

**UNIVERZITET PRIVREDNA AKADEMIJA
NOVI SAD**

**FAKULTET ZA PRIMENJENI MENADŽMENT, EKONOMIJU I
FINANSIJE, BEOGRAD**

DOKTORSKA DISERTACIJA

**PRIMENA SAVREMENOG MENADŽMENTA U
USTANOVAMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Doktorant:
Ana R. Gavrilović
51/2011

Mentor:
Prof. dr Božidar Mihajlović

Beograd, 2014. godine

Članovi komisije:

1. **Predsednik:** Prof. dr Branislav Jakić, redovni profesor, uža naučna oblast: Opšti menadžment od 19.11.2013. godine, Fakultet za primenjeni menadžment, ekonomiju i finansije u Beogradu, Univerzitet Privredna akademija u Novom Sadu
2. **Mentor:** Prof. dr Božidar Mihajlović, redovni profesor, uža naučna oblast: Primenjeni menadžment, od 19.11.2013. g., Fakultet za menadžment malih i srednjih preduzeća u Beogradu, Univerzitet Privredna akademija u Novom Sadu
3. **Član:** Prof. dr Berislav Vekić dr. sc. med., vandredni profesor, uža naučna oblast Medicina u sportu, od 01.04.2012., Alfa Univerzitet, docent na katedri za hirurgiju, od 2009. g., Medicinski fakultet „Medicinska Akademija - US Medical School“; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

I SADRŽAJ

1. UVOD.....	10
1.1.Predmet istraživanja.....	11
1.2.Problem istraživanja.....	11
1.3.Cilj istraživanj.....	12
1.4.Osnovne hipoteze.....	12
1.5.Metode koje su korišćene u istraživanju.....	13
1.6.Očekivani efekti i doprinos istraživanja.....	18
1.7.Struktura rada.....	19
2. TEORIJSKE POSTAVKE O MENADŽMENTU U ZDRAVSTVU	
2.1. Procesi menadžmenta kroz njihovu iterativnu prirodu.....	22
2.2.Menadžment u savremenim uslovima.....	29
2.3.Specifičnosti menadžmenta u zdravstvenim organizacijama.....	38
2.4. Uloga menadžera u zdravstvu.....	43
2.4.1. <i>Veštine savremenog menadžera u zdravstvu</i>	43
2.4.2. <i>Odnos menadžer-lekar</i>	46
2.5. Vrste zdravstvenog menadžmenta.....	48
2.6. TQM (Total Quality Management) u integrisanoj zdravstvenoj zaštiti.....	50
2.7. Menadžment zasnovan na znanju – Knowledge Management.....	61
2.7.1. <i>Razvoj menadžment nauke u zdravstvu</i>	63
3. SPECIFIČNOSTI PRIMENE MENADŽMENTA U PREVENTIVNIM ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA	
3.1. Segmenti primarne (preventivne) zdravstvene zaštite.....	66
3.2. Značaj inovacija u zdravstvenom sistemu republike Srbije.....	72
3.3. Osnovna ograničenja i preduslovi uspešnog menadžmenta u zdravstvu.....	76
3.4. Strategija poslovanja zdravstvenih ustanova kao neprofitnih organizacija.....	89
3.5.Tehnička opremljenost zdravstvenih ustanova i kadrovi u zdravstvenim ustanovama.....	92
3.6. Savremen informacioni sistem kao preduslov za uspešan menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije.....	94
3.6.1. <i>Jedinstveni ZIS ka društveno odgovornom ponašanju</i>	97

4. MODEL PRIMENE MENADŽMENTA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI SRBIJI

4.1. Zdravstveni sistem Srbije.....	116
4.2. Vrste zdravstvenih usluga i njihove delatnosti.....	117
4.3. Organizacija zdravstvene zaštite.....	118
4.4. Zdravstvena infrastruktura.....	122
4.5. Upravljanje zdravstvenim sistemom.....	123
4.6. Organi zdravstvene ustanove i stručni organi zdravstvene ustanove.....	125
4.7. Glavna stručna tela na nivou Republike.....	125
4.8. Ljudska prava i vrednosti u zdravstvenoj zaštiti.....	125
4.9. Finansiranje zdravstvenog sistema.....	126
4.10. Najčešći problemi u sistemu zdravstvene zaštite.....	129
4.11. Neophodnost reforme zdravstvenog sistema sa akcentom na pametno upravljanje i primarnu zdravstvenu zaštitu.....	131
4.12. Ciljevi i pravci reforme zdravstvene zaštite.....	131
4.13. Komparativna analiza.....	132
4.13.1. Republika Srbija.....	133
4.13.2. Finska.....	137
4.13.3. Republika Hrvatska.....	139

5. PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U DOMOVIMA ZDRAVLJA

5.1. Domovi zdravlja u svetu, kroz istoriju.....	143
5.2. Domovi zdravlja u Republici Srbiji, kroz istoriju.....	143
5.3. Organizacija, zadaci, funkcije savremenog doma zdravlja.....	144
5.3.1. Modeli organizovanja službi u Domu zdravlja.....	146
5.3.2. Služba za socijalnu medicinu, higijenu i epidemiologiju.....	149
5.3.3. Dispanzerska služba Doma zdravlja.....	153
5.3.4. Služba opšte medicine.....	159
5.3.5. Služba za stomatološku zaštitu.....	161
5.3.6. Apotekarska služba.....	162

5.4. Dom zdravlja Voždovac.....	163
5.4.1. Organizaciona šema DZ Voždovac.....	164
5.4.2. Vizija i misija u radu Doma zdravlja Voždovac.....	167
5.4.3. Sistemi vrednosti u radu.....	168
5.4.4. SWOT analiza Doma zdravlja Voždovac.....	169
5.4.5. Opšti strateški ciljevi doma zdravlja Voždovac do 2015. godine.....	172
5.4.6. Kvalitet pruženih zdravstvenih usluga i tržišna pozicioniranost.....	177
5.5. Dom zdravlja “Dr Milutin Ivković” Palilula.....	179
5.5.1. Vizija i misija Doma zdravlja “Dr Milutin Ivković” Palilula.....	180
5.5.2. Organizaciona šema DZ. “Milutin Ivković” Palilula.....	181
6. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	
6.1. Upitnik za procenjivanje profesionalnog zadovoljstva zaposlenih.....	186
6.2. Upitnik za procenjivanje zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite.....	191
6.3. Poređenje zadovoljstva korisnika iz DZ “Palilula” sa zadovoljstvom korisnika iz DZ “Voždovac”.....	198
6.4. Profesionalno zadovoljstvo zaposlenih.....	204
6.5. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga.....	205
6.6. Sumiranje rezultata istraživanja.....	208
6.7. Potvrde hipoteza.....	210
7. PREDLOG IDEJNOG REŠENJA PRIMENE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DOMOVIMA ZDRAVLJA.....	
7.1. Konkretna predlog akcija za bolje funkcionisanje PZZ u Republici Srbiji.....	219
8. ZAKLJUČAK.....	225
9. LITERATURA.....	233

II SPISAK SLIKA:

Slika br.1: Zdravstveni sistem.....	60
Slika br.2: Knowlege management.....	62
Slika br.3: Šema Zdravstvenog sistema Srbije.....	121
Slika br.4: Vertikalna hijerarhija Zdravstvenog sistema RS.....	122
Slika br.5: Zdravstveno zakonodavstvo.....	124

Slika br.6: Horizontalne veze Zdravstvenog sistema sa ostalim sistemima.....	129
Slika br.7: Priznanje Domu zdravlja Voždovac za izvrsnost u razvoju strateškog plana i menadžmenta u PZZ.....	165
Slika br.8: Sertifikat o akreditaciji DZ Voždovac.....	165
Slika br.9: SZO – Funkcije i ciljevi Zdravstvenog sistema.....	166
Slika br. 10: Najbolji u stalnom unapređenju kvaliteta rada DZ Voždovac.....	167
Slika br. 11: Sertifikat o akreditaciji Doma zdravlja “Dr Milutin Ivković” Palilula.....	179
Slika br.12: Sertifikat za uspešno poslovanje DZ Palilula.....	180
Slika br. 13: Organizaciona šema – ogranak “Stara Palilula”.....	181
Slika br. 14: Organizaciona šema – ogranak “Karaburma”.....	182
Slika br.15: Organizaciona šema – ogranak “Dunavski venac”.....	183
Slika br.16.: Uspešnost ostvarenih usluga DZ “Dr. Milutin Ivković” Palilula.....	184
Slika br.17: Prosečna oceana zadovoljstva radom po ustanovama PZZ.....	209
Slika br. 18: Prosečna oceana zadovoljstva korisnika u Domovima zdravlja.....	210

III SPISAK TABELA:

Tabela br. 1: Vrste planova.....	25
Tabela br. 2: Svrha organizovanja.....	27
Tabela br. 3:Koncept menadžmenta nauke prema orijentaciji.....	63
Tabela br. 4: Sistem-orijentisani menadžment.....	64
Tabela br.5: Koncept menadžmenta nauke prema intenzitetu.....	65
Tabela br.6 : Strateška analiza–SWOTanaliza (DZ Voždovac).....	170
Tabela br.7: Otkrivanje povezanosti putem mapiranja.....	171
Tabela br.8: Unapređenje preventivnih zdravstvenih usluga i poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva.....	172
Tabela br.9: Razvoj i unapređenje službe palijativnog zbrinjavanja i nege.....	173
Tabela br. 10: Razvoj novih načina plaćanja timovima izabраниh lekara.....	174
Tabela br. 11: Poboljšanje kvaliteta i efikasnosti rada.....	175
Tabela br. 12: Implementacija informacionog sistema.....	176

Tabrla br. 13: Trenutno stanje funkcionisanja u PZZ i konkretni predlozi za unapređenje funkcionisanja Domova zdravlja i PZZ.....	222
---	-----

Rezultati istraživanja:

Tabela 1 – Obrazovna struktura zaposlenih.....	186
Tabela 2 – Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni adekvatnošću opreme za rad?</i>	186
Tabela 3 – Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni međuljudskim odnosima na poslu?</i>	187
Tabela 4 – Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni neposrednom saradnjom sa kolegama – timski rad?</i>	187
Tabela 5 – Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni mogućnostima koje imate za kontinuiranu edukaciju?</i>	188
Tabela 6 – Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni mogućnošću profesionalnog razvoja?</i>	188
Tabela 7 – Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni zaradom koju ostvarujete za posao koji obavljate?</i>	189
Tabela 8 - Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni podrškom predpostavljenih</i>	189
Tabela 9 - Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni evaluacijom vašeg rada od strane rukovodilaca?</i>	190
Tabela 10 - Raspodela odgovora na pitanje: <i>da li ste zadovoljni svojim poslom?</i>	190
Tabela 11 – Obrazovna struktura korisnika zdravstvenih usluga.....	192
Tabela 12 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 1: <i>ocena dužine čekanja na prijem</i>	192
Tabela 13 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 2: <i>ocena odnosa lekara specijaliste prema pacijentu pri pregledu</i>	193
Tabela 14 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 3: <i>ocena kvaliteta zdravstvenog pregleda</i>	194
Tabela 15 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 4: <i>ocena kvaliteta aparata kojima je</i>	

<i>vršen zdravstveni pregled</i>	195
Tabela 16 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 5: <i>ocena prijema i odnosa zaposlenih 5u Domu zdravlja prema pacijentu</i>	196
Tabela 17 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 6: <i>ocena poštovanja prava pacijenta</i>	197
Tabela 18 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 1.....	198
Tabela 19 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 1...	199
Tabela 20 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 2.....	199
Tabela 21 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 2...	200
Tabela 22 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 3.....	200
Tabela 23 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 3...	201
Tabela 24 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 4.....	201
Tabela 25 - Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 4.....	202
Tabela 26 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 5.....	202
Tabela 27 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 5.....	202
Tabela 28 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 6.....	203
Tabela 29 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 6.....	203
Tabela 30 - Zadovoljstvo zdravstvenih radnika u DZ „Palilula“ i DZ „Voždovac" - deskriptivna statistika.....	204
Tabela 31 – Razlike u pogledu zadovoljstva zdravstvenih radnika s obzirom na dom zdravlja.....	205
Tabela 32 - Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga – deskriptivna statistika.....	206
Tabela 33 – Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga (pojedinačne stavke) - deskriptivna statistika.....	207
Tabela 34 – Razlike u pogledu zadovoljstva korisnika s obzirom na dom zdravlja (pojedinačne stavke).....	207
Tabela 35 – Rezime rezultata poređenja zaposlenih i korisnika iz dva Doma zdravlja.....	208

IV SPISAK GRAFIKONA

Grafik 1 – Raspodela odgovora zaposlenih na sva pitanja u vezi profesionalnog zadovoljstva.....	191
Grafik 2 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 1.....	193
Grafik 3 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 2.....	194
Grafik 4 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 3.....	195
Grafik 5 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 4.....	196
Grafik 6 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 5.....	197
Grafik 7 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 6.....	198

V. PRILOZI

Prilog 1: Primer anketnih listića korišćenih u istraživanju za anketiranje korisnika zdravstvenih usluga i za anketiranje zaposlenih u Domovima zdravlja.....	244
---	-----

1.UVOD

Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti - Svetska zdravstvena organizacija (SZO), 1946. godine. Ovom definicijom se u znatnoj meri izjednačavaju pojmovi "zdravlja" i "blagostanja", što podrazumeva i fizičko i mentalno zdravlje, ali i društvenu prilagođenost i ispunjenost.

Tokom decenije političke i ekonomske nestabilnosti kao i poslednje godine praćene globalnom ekonomskom krizom dovele su do toga da je sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji postao neadekvatan. U ovakvim uslovima teški su pokušaji rekonstrukcije i unapredjenja usluga zdravstvene zaštite u skladu sa potrebama građana.

Zdravstveni sistem u Srbiji pati od nedostatka sredstava i investicija ali obezbeđuje osnovnu uslugu građanima. U Republici Srbiji zdravstvena zaštita je obezbeđena kako kroz državni tako i privatni sektor. Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srbije reguliše obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Republički zdravstveni fond je zadužen da upravlja i osigura obavezno osiguranje, dok dobrovoljno osiguranje može biti obezbeđeno kroz privatno osiguranje.

Ustavom se garantuje pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu, kao osnovno ljudsko pravo. To pravo pretpostavlja da svi raspoloživi resursi društva budu iskorišćeni u obezbeđivanju dostupne, efikasne i kvalitetne zdravstvene zaštite koja odgovara potrebama građana.

Najnovija istraživanja koja je obavila Evropska komisija pokazuju ekonomsku važnost zdravlja, a ne samo zdravstvene zaštite, u smislu održivog ekonomskog razvoja a ne samo socijalne kohezije. Zdravlje se mora posmatrati kao ekonomski potencijal - deo ljudskog kapitala, pa i kao sredstvo povećanja produktivnosti i smanjenja javnih troškova lečenja.

Unapređenje zdravlja u mnogome zavisi od efikasnosti i uspešnosti funkcionisanja zdravstvenog sistema. Efikasnost i uspešnost zdravstvenog sistema mogu se ojačati kroz razvoj primarne (preventivne) zdravstvene zaštite koja će se organizovati po principu naučnog upravljanja odnosno savremenog menadžmenta u čijem je centru model porodične medicine.

Ovaj rad će se baviti razradom ovog modela rešenja u okviru potrebne reorganizacije i uvođenja savremenog menadžmenta u ustanove primarne zdravstvene zaštite u Srbiji.

1.1. Predmet istraživanja

Predmet ovog rada je analiza načina uvođenja i primene savremenog menadžmenta u primarnoj odnosno preventivnoj zdravstvenoj delatnosti koja je identifikovana kao nosilac promena u reformi zdravstvenog sistema Srbije sa osvrtom na sve njegove segmente i elemente koji direktno utiču na pružanje zdravstvenih usluga u koje spadaju (planiranje – identifikovanje misije, ciljeva i strategije koje treba da izvrši menadžment zdravstvene ustanove, gde zatim sledi implementacija i evaluacija), koristeći primere iz prakse sa naglaskom na uvođenje modela porodične medicine koji ima centralnu ulogu u reformi zdravstvenog sistema.

Rad tretira i istražuje primarnu zdravstvenu zaštitu kao integralni, permanentni i sveobuhvatni deo formalnog sistema zdravstvene zaštite u svim državama, odnosno ona se shvata kao sredstvo kojim se balansiraju dva osnovna cilja sistema zdravstvene zaštite – optimizacija i uravnoteženost u distribuciji zdravstvenih usluga kroz sistem kvalitetnog zdravstvenog menadžmenta.

1.2. Problem istraživanja

Svakodnevne primedbe i nezadovoljstvo na funkcionisanje zdravstvene zaštite u Srbiji su dovoljan motiv za obavljanje istraživanja sa korisnicima zdravstvene zaštite i to u onom delu sistema gde se pruža i ostvaruje najviše zdravstvenih usluga i sa kojim se korisnici zdravstvene usluge prvo i najčešće sreću, a to je primarna zdravstvena zaštita.

Potreba za istraživanjem na ovom nivou organizacije zdravstvene zaštite je velika, jer se u razvijenim zdravstvenim sistemima, koji se po načinu svoje organizacije poslovanja visoko vrednuju, primarna zdravstvena zaštita tretira kao nosilac celog zdravstvenog sistema i pružalac 80 % usluga.

Najčešće primedbe koje se mogu čuti u medijima, štampi i među pacijentima su na lošu organizaciju posla, dugo čekanje na pregled, neljubaznost lekara i drugog zdravstvenog osoblja, neadekvatno pregledanje od strane lekara, kao i nedovoljno dobijanje informacija od strane lekara i zdravstvenog osoblja o patološkom stanju i lečenju, zbog koga je pacijent i došao. Među primedbama se mogu čuti i žalbe na korumpiranost zdravstvenih radnika, kao i zbog plaćanja lekova iz sopstvenog džepa a mogao bi se dobiti lek sa istim dejstvom besplatno, sa pozitivne liste lekova...

Najveći deo ovih problema je moguće sanirati ili do njih ne bi ni došlo postojanjem dobrog načina organizacije poslovanja na nivou zdravstvene ustanove. Menadžment zdravstvenih ustanova bi primenom savremenih menadžerskih alata i tehnika uspostavio sistem poslovanja koji bi bio detaljno isplaniran, organizovan, vođen kroz svaku fazu primene, sa pažljivo odabranim kadrovima i naravno kontrolisan u svakoj fazi pružanja zdravstvene usluge. S obzirom na pokušaj implementacije i primene savremenog menadžmenta u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, izabrana su dva doma zdravlja koji su dobitnici prestižnih priznanja za kvalitet i organizaciju poslovanja po principima savremenog naučnog upravljanja (menadžmenta), gde je istraženo da li je stanje sistema zaista loše ili su pacijenti u ovim ustanovama zadovoljni tretmanom koji dobijaju. Na osnovu toga se može ustanoviti koliko je zaista savremeno upravljanje implementirano u ustanove primarne zdravstvene zaštite i da li je to potencijalno rešenje problema koji se javljaju u funkcionisanju iste.

1.3. Cilj istraživanja

Cilj rada je usko povezan sa unapređenjem sistema zdravstvene zaštite sa akcentom na preventivnu medicinu kroz sagledavanje sistema menadžmenta u preventivnim zdravstvenim ustanovama, kroz definisanje problema koji se javljaju ili se mogu javiti kod pružanja zdravstvenih usluga (plasmana usluga) i iznalaženje načina za povećanje nivoa primene menadžmenta kvaliteta usluga u zdravstvu, kao i identifikovanje slabih tačaka u procesu menadžmenta sa osnovim ciljem iznalaženja i plasmana predloga za rešavanje identifikovanih problema.

Primarna zdravstvena zaštita organizuje i racionalizuje angažman resursa, osnovnih i specijalističkih, koji su usmereni ka promociji, održavanju i unapređenju zdravlja.

1.4. Osnovne hipoteze

Postavljene hipoteze se oslanjaju na definisane ciljeve rada kao i primarno istraživanje koje će ukazati na eventualne prednosti i nedostatke savremenog menadžmenta u primarnoj (preventivnoj) zdravstvenoj ustanovi.

Hipoteze koje se u ovom radu dokazuju ili opovrgavaju su sledeće:

Hipoteza opšta 0: Poštovanjem principa savremenog menadžmenta i njegovom primenom u ustanovama primarne zdravstvene zaštite smanjilo bi se nezadovoljstvo kako davalaca tako i korisnika zdravstvenih usluga, a dobrom organizacijom bi se nadomestio i kompenzovao nedostatak adekvatne aparature i zastarele tehnologije za preventivnu dijagnostiku, kao neophodnih sredstava za rad. Primenom nove tehnologije rada i menadžmenta omogućilo bi se uvođenje novog načina (sistema) poslovanja, čime bi se ubrzali i pojednostavili procesi rada i komunikacije između svih učesnika u sistemu zdravstvene zaštite, dok bi primena savremene informacione tehnologije dovela do značajne uštede vremena i finansija (smanjenje troškova) u poslovanju.

Hipoteza pomoćna 1: Na kvalitet pružene zdravstvene usluge značajno utiče primena sistema savremenog menadžmenta, standardizacija rada sa pacijentima, dobra komunikacija, ljubaznost zdravstvenih radnika i timski rad, kao presudna osnova za dobru organizaciju posla i kvalitet pružene zdravstvene usluge.

Hipoteza pomoćna 2: Menadžeri zdravstvenih ustanova imaju pozitivan stav prema unapređenju kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga ka pacijentima, prema kontinuiranoj medicinskoj edukaciji (usavršavanju) i podizanju kvaliteta i stručnosti u radu zdravstvenih radnika.

Hipoteza pomoćna 3: Motivisanost zaposlenih u smislu zarade koju ostvaruju, za posao koji obavljaju i mogućnost profesionalnog razvoja bitno utiču na odnos prema korisniku zdravstvene usluge, kao i kvalitet pružene usluge.

1.5. Metode koje su korišćene u istraživanju

Za potrebe izrade rada korišćene su više odabranih metoda koje su prilagođene istraživačkom području u vezi sa definisanom temom. Izneta su i mnoga teoretska saznanja zasnovana na mnogobrojnim domaćim i inostranim, naučnim i stručnim radovima, ali i velikom broju studija, strategija i izveštaja čiji je predmet istraživanje i analiza primarne (preventivne) zdravstvene zaštite.

Pored sekundarnih izvora informacija, sprovedeno je i primarno istraživanje metodom **ankete**, usmereno na ne/zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga i zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi u primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Desk research – metoda koja podrazumeva sublimiranje stavova i zaključaka na osnovu brojnih izvora informacija kao što su: domaća i strana literature, mnogobrojni stručni radovi i monografije, projekti, studije, časopisi, zakoni i drugi izvori sa interneta;

Induktivno-deduktivna metoda – metoda koja se koristi za objašnjenje postojećih i otkrivanje novih saznanja, ali i dokazivanje postavljenih teza sa ciljem povezivanja hipoteza naučnog istraživanja;

Metoda analize i sinteze – metoda koja u analitičkom smislu najpre raščlanjuje i pojednostavljuje složenije pojave, sudove i zaključke na njihove jednostavne sastavne delove da bi zatim posebno izučavala svaki od tih delova, sa ciljem detaljnog razumevanja određenih stavova ili pojmova. Nasuprot tome, metodom sinteze su određeni delovi i elementi saznanja prikupljeni i spojeni u jednu teoretsko-misaonu celinu. Spajanjem prikupljenih, pojedinačnih materijala u jednu celinu izveden je zaključak o stanju menadžmenta preventivne zdravstvene zaštite, ali i perspektive njegovog daljeg razvoja.

Metoda ankete i intervju – ima za cilj da prikupi podatke, mišljenja, stavove korisnika primarne zdravstvene zaštite i zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi. **Anketni upitnik**, koji je namenjen učesnicima u zdravstvenoj zaštiti, ima za cilj da da ocenu stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ukaže na prednosti preventive i problem sa kojima se susreću učesnici i konačno da smernice za rešavanje pojedinih problema u okviru menadžment funkcije.

U istraživanju su primenjene **statističke metode i metode modelovanja**. Po prikupljenim podacima iz upitnika i posle realizovanih anketa, statističkom metodom su utvrđeni rezultati ispitivanja u vidu parametara predstavljenih grafikonima i tabelama sa ciljem da se utvrde karakteristike, strukture i prioritetne zakonitosti ispitivanih pojava. Prilikom obrade podataka prikupljenim anketama, primenjena je i **deskriptivno-statistička obrada**, koja obuhvata metode prikupljanja, sređivanja i prikazivanja podataka. Za obradu podataka dobijenih istraživanjem putem anketnih listova korišćeni su adekvatni **matematičko-statistički podatci**.

Za zaključivanje o suštinskim svojstvima konkretnih pojavnih oblika, korišćene su **metode konkretizacije i apstrakcije**.

U statističkoj obradi podataka koji su prikupljeni anketom, korišćeno je više različitih nivoa statističke obrade, kao i više različitih tehnika obrade. **U oblasti elementarne statistike korišćene su tehnike sređivanja podataka, grafičkog predstavljanja raspodele učestalosti mere centralne tendencije, percentili i percentilni rangovi i mere varijabilnosti**.

U utvrđivanju odnosa, između nezavisne i zavisnih varijabli, korišćene su **korelacije (s koeficijent i linearna korelacija)** kao i zaključivanje o pouzdanosti i značajnosti statističkih mera i razlika između statističkih mera (**Ni kvadrat test, i F test**).

Opis anketnih listova za korisnike usluga - Predmet ovog istraživanja jeste ostvarenje prava pacijenata koje im Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije utvrđuje i njihovo (ne)zadovoljstvo prilikom zdravstvenih pregleda u Domovima zdravlja Voždovac i Dr Milutin Ivković Palilula. Kako domovi zdravlja vrše primarnu preventivnu zdravstvenu zaštitu, istraživanje je sprovedeno u odnosu na grupu pacijenata, radnika, prilikom preventivnih pregleda tokom 2013. godine.

Odabir Ustanova primarne zdravstvene zaštite, odnosno domova zdravlja, u kojima će se vršiti anketiranje korisnika zdravstvenih usluga i zaposlenih je napravljen u odnosu na činjenicu da su oba doma zdravlja odabrani kao reprezentativni po načinu svoje organizacije i funkcionisanja.

Oba doma zdravlja su dobitnici nagrada za kvalitet u organizaciji poslovanja. Dom zdravlja Voždovac je dobitnik priznanja za izvrstan razvoj strateškog plana i menadžmenta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u 2010. godini, a oba doma zdravlja su nagrađena za najbolje u stalnom unapređenju kvaliteta rada u 2007. godini (na teritoriji preko 50 000 stanovnika), pa su kao takvi pogodni za obavljanje istraživanja.

Ovim istraživanjem će se na direktnom uzorku potvrditi ili opovrgnuti kvalitet poslovanja kroz zadovoljstvo ili nezadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga kao i zaposlenih u navedenim domovima zdravlja, a kroz to će dati mogućnost praćenja kvaliteta pružanja usluga i uvid u način primene savremenog menadžmenta u ustanovama primarne zdravstvene zaštite.

Unapređenje kvaliteta rada zdravstvenih Ustanova, odnosno zdravstvene zaštite, kao sastavni deo zaštite, predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i efektivnosti u radu, kao i veća satisfakcija korisnika.

Cilj ovog istraživanja je da se sagleda zadovoljstvo korisnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i faktori koji utiču na njihovo zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo kao i zadovoljstvo zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao pružaocu zdravstvenih usluga.

Primeniće se anketno istraživanje kojim će se obuhvatiti radno aktivna populacija korisnika u preventivnoj zdravstvenoj ustanovi. Za anketiranje je izabrana zdrava, radnoaktivna populacija iz razloga objektivnosti koju bolesni korisnici usluga ne poseduju u dovoljnoj meri.

Kada je osoba oslabljenog zdravlja ili obolela pod uticajem promena postaje emotivna i subjektivna a time se gubi na objektivnosti i kvalitetu dobijenih rezultata.

Metoda, tehnika i instrumenti istraživanja su prilagođeni grupi pacijenata koji su anketirani i odgovarajući su analizi zadovoljstva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, obzirom da se radi o pacijentima koji dolaze na preventivne preglede odnosno da se radi o radno aktivnoj zdravoj populaciji.

Kao **instrument istraživanja** koristiće se anonimni upitnik – anketni list konstruisan na osnovu postojeće literature i preporuka Svetske zdravstvene organizacije (po ugledu na anketne listiće koji se koriste u Zavodima za zdravstvenu zaštitu stanovništva). Istraživanje će biti sprovedeno tokom 2013. godine. Svi analizirani aspekti zadovoljstva korisnika (kontinuitet i učestalost korišćenja zdravstvene zaštite, mišljenja korisnika o stručnim i ličnim problemima, ocena organizacionog aspekta), pristupačnost i dostupnost, uvažavanje pacijentovog mišljenja u toku lečenja, utiču na opšte zadovoljstvo lekarom. Kao jedno od merenja performansi sistema menadžmenta kvalitetom, daće informacije o zapažanju korisnika o tome u kojoj meri su ispunila njegove zahteve kroz:

Istraživanje zadovoljstva korisnika, podaci korisnika o kvalitetu isporučene usluge, istraživanje mišljenja pacijenta, pohvale, reklamacije na stručan rad osoblja i odnos osoblja prema pacijentima, poštovanje prava pacijenata.

Istraživanjem su utvrđeni, prikupljeni i analizirani odgovarajući podaci da se pokaže pogodnost i efektivnost sistema menadžmenta kvalitetom i da se vrednuje mogućnost za stalno poboljšavanje efektivnosti sistema menadžmenta kvalitetom.

Istraživanje je sprovedeno u dva doma zdravlja: Dom zdravlja Voždovac i Dom zdravlja dr Milutin Ivković Palilula.

U svakoj od navedenih Ustanova primarne zdravstvene zaštite obavljeno je istraživanje na dve različite grupe ispitanika. U **prvoj fazi** je obavljeno istraživanje na korisnicima usluga zdravstvene zaštite a u **drugoj fazi** su ispitanici bili zaposleni u ovim zdravstvenim ustanovama.

Anketiranje korisnika usluga: Metoda, tehnika i instrumenti istraživanja su prilagođeni grupi pacijenata koji su bili anketirani i odgovarajući su analizi zadovoljstva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, obzirom da se radi o pacijentima koji dolaze na preventivne preglede odnosno da se radi o radno aktivnoj zdravoj populaciji.

Istraživanjem su predstavljene starosna struktura ispitanih pacijenata i stepen

obrazovanja ispitanika. Anketni listovi za korisnike usluga sadrže šest osnovnih pitanja, s tim da svako od šest pitanja na listiću sadržati po četiri podpitanja. Osnovna pitanja u anketnom listu su:

1. Ocenite dužinu čekanja na prijem.
2. Ocenite kakav je bio odnos prema Vama pri pregledu kod lekara specijaliste.
3. Ocenite kvalitet zdravstvenog pregleda.
4. Ocenite kvalitet aparata kojima je vršen zdravstveni pregled.
5. Ocenite prijem i odnos prema Vama zaposlenih u Domu zdravlja.
6. Ocenite da li su poštovana Vaša prava kao pacijenta.

Korisnicima usluga su u anketnim listovima predloženi odgovori koje su oni zaokruživali i time dati svoj odgovor na postavljeno pitanje: a) da, b) ne.

Opis anketnih listova za zaposlene: Predmet ovog istraživanja je profesionalno zadovoljstvo zaposlenih u domovima zdravlja. Zaposlenima u Domovima zdravlja Voždovac i Palilula podeljeni su anketni listovi sa ciljem uvida u njihovo profesionalno zadovoljstvo (uslovi rada, međuljudski odnosi, stručno usavršavanje i dr.) Anketni listovi su posedovali pitanja sa sledećim elementima na osnovu kojih su zaposleni iskazivali svoje ne/zadovoljstvo:

1. Adekvatna oprema za rad.
2. Međuljudski odnosi.
3. Neposredna saradnja sa kolegama – timski rad.
4. Mogućnosti koje imate za kontinuiranu edukaciju.

Zaposlenima su anketnim listovima predloženi odgovori koje će oni zaokruživati i time dati svoj odgovor na postavljena pitanje: a) veoma nezadovoljan, b) nezadovoljan, c) ni zadovoljan ni nezadovoljan, d) zadovoljan, e) veoma zadovoljan.

Treća faza istraživanja je bila obrada podataka sakupljenih anketiranjem i predstavljanje rezultata, zaključaka i predloga.

Nakon analize anketnih listova, rezultati su prikazani tabelarno i procentualno putem grafikona.

Teoriski aspekti istraživanja: Unapređenje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova, odnosno zdravstvene zaštite, kao sastavni deo zaštite, predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i efektivnosti u radu, kao i veća satisfakcija korisnika.

Istraživanje je sprovedeno da se sagleda zadovoljstvo korisnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i faktori koji utiču na njihovo zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo. Primenjeno je

anketno istraživanje kojim je obuhvaćena radno aktivna populacija korisnika u preventivnim zdravstvenim ustanovama. Kao instrument istraživanja korišćen je anonimni upitnik – anketni list konstruisan na osnovu postojeće literature i preporuka Svetske zdravstvene organizacije. Istraživanje je sprovedeno u toku 2013. godine. Svi analizirani aspekti zadovoljstva korisnika (kontinuitet i učestalost korišćenja zdravstvene zaštite, mišljenja korisnika o stručnim i ličnim problemima, ocena organizacionog aspekta), pristupačnost i dostupnost, uvažavanje pacijentovog mišljenja u toku lečenja, utiču na opšte zadovoljstvo lekarom. Kao jedno od merenja performansi sistema menadžmenta kvalitetom, neophodno je pratiti informacije o zapažanju korisnika o tome u kojoj meri je ispunila njegove zahteve kroz:

Istraživanje zadovoljstva korisnika, podatke korisnika o kvalitetu isporučene usluge, istraživanje mišljenja pacijenta, pohvale, reklamacije na stručan rad osoblja i odnos osoblja prema pacijentima, poštovanje prava pacijenata.

Odgovarajući podaci se prikupljaju, analiziraju da bi pokazala pogodnost i efektivnost sistema menadžmenta kvalitetom i da bi se vrednovala mogućnosti za stalno poboljšavanje efektivnosti sistema menadžmenta kvalitetom.

Zbog toga ustanove zdravstvene zaštite moraju stalno da poboljšavaju efektivnost sistema menadžmenta kvalitetom, korišćenjem politike kvaliteta, ciljeva kvaliteta, rezultata provera, analize podataka, korektivnih i preventivnih mera i preispitivanja od strane rukovodstva.

1.6.Očekivani efekti i doprinos istraživanja

Rezultati istraživačkog rada predstavljaju empirijsku osnovu za analizu aktuelnog stanja primene savremenog menadžmenta u ustanovama primarne zdravstvene zaštite kao polazne osnove za unapređenje funkcionisanja iste. Pored analize aktuelnog stanja, proces istraživanja sadrži i komponentu kvalitativnog pristupa kojom se nastoji steći uvid u zadovoljstvo kvalitetom pruženih zdravstvenih usluga od strane korisnika i zadovoljstva zaposlenih pružalaca zdravstvenih usluga, čime se pruža mogućnost sagledavanja problema sa različitih aspekata i olakšava iznalaženje rešenja u postizanju i očuvanju zadovoljavajućeg nivoa kvaliteta usluge.

Naučni doprinos rada se ogleda u prikazivanju problematke koja prati zdravstvenu zaštitu u novonastalim uslovima potrebe za reformom zdravstvenog sistema ka održivosti i očuvanju kvaliteta sa akcentom na primarnu zdravstvenu zaštitu, identifikovanu kao „čuvar kapije zdravstvenog sistema“.

Društveni značaj rada se manifestuje kroz analitički pristup otvorenom pitanju budućeg načina funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga na nacionalnom nivou. Značaju rada doprinose i primarni rezultati empirijskog istraživanja o nivou funkcionisanja zdravstvenog sistema u uslovima teške opšte-društvene i finansijske krize i formiranje aktuelnog i budućeg pravca razvoja u organizaciji i pružanju zdravstvenih usluga po principima savremenog menadžmenta, kroz preraspodelu i prestrukturiranje ka preventivi, odnosno primarnoj zdravstvenoj delatnosti.

1.7.Struktura rada

Rad se sastoji iz devet poglavlja, kojima prethodi uvod, a zaključak predstavljaju sintezu svih obrađenih tema u radu, iza koga sledi pregled literature korišćene u izradi rada.

U prvom, uvodnom, delu rada su predstavljeni predmet, problem i cilj istraživanja, osnovne hipoteze, metode korišćene u istraživanju, očekivani efekti i doprinos istraživanja i struktura rada.

U drugom delu rada teorijski su obrađene postavke o menadžmentu u zdravstvu. U ovom delu analizirana je interaktivna funkcija procesa menadžmenta (planiranje, organizovanje, vođenje i kontrola), zatim menadžment u savremenim uslovima poslovanja kroz specifičnosti menadžmenta u zdravstvenim organizacijama, sa osvrtom na ulogu menadžera u zdravstvu kroz njegove veštine i izgradnju poslovnih odnosa, kao i odnos menadžer - lekar. Predstavljeni su koncepti, modeli i vrste savremenog menadžmenta u zdravstvu, koji su se razvijali kroz više etapa (TQM - Total Quality Management; Menadžment zasnovan na znanju u integrisanoj zdravstvenoj zaštiti) uz sagledavanje razvoja menadžment nauke u zdravstvu.

U trećem poglavlju rada detaljno su analizirane specifičnosti primene menadžmenta u preventivnim zdravstvenim ustanovama. U ovom poglavlju su obrađeni segmenti primarne (preventivne) zdravstvene zaštite, kao i značaj inovacija u našem zdravstvenom sistemu, ograničenja i preduslovi uspešnog menadžmenta u zdravstvu, poslovna strategija zdravstvenih ustanova kao neprofitnih organizacija, tehnička opremljenost zdravstvenih ustanova i kadrove u zdravstvenim ustanovama, kao i značaj savremenog informacionog sistema kao preduslov uspešnog funkcionisanja menadžmenta u zdravstvenom sistemu.

U četvrtoj celini posebna pažnja je posvećena modelima primene menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite u Srbiji, sagledavajući celokupan zdravstveni sistem, sa osvrtom na vrste zdravstvenih usluga i njihove delatnosti, organizaciju zdravstvene zaštite i institucionalne modele zdravstvene zaštite, zdravstvenu infrastrukturu, upravljanje zdravstvenim sistemom, kao i organe koji upravljaju zdravstvenom ustanovom i stručne organe u istoj, glavna stručna tela na nivou Republike, sa naglaskom na ljudska prava i vrednosti u zdravstvenoj zaštiti. Takođe je predstavljeno finansiranje zdravstvenog sistema i najčešći problem koji se susreću u sistemu zdravstvene zaštite, kao i neophodnost reforme zdravstvenog sistema sa akcentom na pametno upravljanje i primarnu zdravstvenu zaštitu, sa njenim ciljevima i pravcima. Da bi se o navedenom stekao dobar uvid, predstavljena je komparativna analiza zdravstvenog sistema Srbije sa nekoliko različitih zdravstvenih sistema (sa Finskim i zdravstvenim sistemom Republike Hrvatske, kao zemlje iz okruženja).

Peto poglavlje detaljno opisuje primarnu zdravstvenu zaštitu u domovima zdravlja, sa osvrtom na istorijski razvoj domova zdravlja u Republici Srbiji, zatim organizaciju, zadatke i funkcije savremenog doma zdravlja i daje opširan uvid u modelie organizovanja službi u Domu zdravlja (*Služba za socijalnu medicinu, higijenu i epidemiologiju, Dispanzerska služba Doma zdravlja, Služba opšte medicine, Služba za stomatološku zaštitu, Apotekarska služba*). Potom je predstavljen Dom zdravlja Voždovac, sa svojom organizacionom šemom, vizijom i misijom, sistemom vrednosti u radu, kompletna SWOT analiza ovog doma zdravlja, opšti i strateški ciljevi postavljeni za ostvarenje do kraja 2015. godine i kvalitet pruženih zdravstvenih usluga i tržišna pozicioniranost istog. Takođe je predstavljen i Dom zdravlja “Dr Milutin Ivković” Palilula kroz svoju viziju, misiju, organizacionu šemu...

Šesto poglavlje predstavlja rezultate istraživanja i njihov grafički prikaz. Tabelama i grafikonima su prikazani obrađeni rezultati iz upitnika za procenjivanje profesionalnog zadovoljstva zaposlenih, zatim upitnik za procenjivanje zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite, poređenje zadovoljstva korisnika iz DZ “Palilula” sa zadovoljstvom korisnika iz DZ “Voždovac”, profesionalno zadovoljstvo zaposlenih, zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga, sumirani rezultati istraživanja i potvrde hipoteza.

U sedmom poglavlju se daju predlozi idejnog rešenja primene primarne zdravstvene zaštite u domovima zdravlja, sa konkretnim predlozima akcija za bolje funkcionisanje PZZ u Republici Srbiji.

U osmom poglavlju se iznose zaključci sveopšte analize.

Deveto poglavlje daje pregled korišćene literature za izradu rada.

2. TEORIJSKE POSTAVKE O MENADŽMENTU U ZDRAVSTVU

2.1. Procesi menadžmenta kroz njihovu iterativnu prirodu

„U vremenu drastičnih promena, budućnost nasleđuju oni koji uče. Oni koji misle da su sve naučili osposobljeni su da žive u svetu koji više ne postoji“. Eric Hoffer

Značaj menadžmenta u poslovnom sistemu nije nov, ali je on višestruko povećan tokom globalizacije i sprovođenja dostignuća naučno-tehnološke i komunikacione revolucije. Ta su dostignuća, uslovlila sveobuhvatne promene u društvu i dovela menadžment u samo središte važnosti sveukupnih činilaca poslovanja i razvoja organizacije.

U svakom poslovnom sistemu postoji mreža procesa koja može biti jednostavna i vrlo složena, što zavisi od veličine i postavljanja poslovnog sistema. Svaki poslovni sistem treba da utvrdi poslovne procese, izvrši njihovo dekomponovanje i odredi odgovornosti i ovlašćenja za njihovo obavljanje. Procesni pristup razvoju i stvaranju znanja sastoji se od sledećih koraka

- određivanje potreba i očekivanja korskornika,
- definisanje misije i politike kvaliteta,
- utvrđivanje poslovne strategije i politike,
- određivanje procesa i odgovornosti neophodnih za dostizanje poslovnog uspeha,
- utvrđivanje i primena mera za određivanje rezultata svakog procesa,
- određivanje sredstava za sprečavanje pogrešaka i otklanjanje njenih uzroka,
- traženje mogućnosti za poboljšanje efikasnosti procesa,
- određivanje i davanje prioriteta onim poboljšanjima koja mogu dovesti do optimalnih rezultata,
- planiranje strategije procesa i resursa za postizanje ciljeva poslovnog sistema,
- praćenje troškova i rezultata poboljšanja,
- procena rezultata u odnosu na očekivane rezultate.

Menadžment, dakle predstavlja ključni uslov uspešnosti, to jest stabilnog rada i razvoja kako privrednih tako i neprivrednih sistema. Jednu od najopštijih i najboljih definicija dao je Peter Draker (Peter Drucker) i ona je u nešto širem kontekstu interpretirana u nastavku. Menadžment predstavlja usmeravanje i obezbeđivanje sprovođenja efektivnog i efikasnog korišćenja raspoloživih resursa radi postizanja željenih rezultata, pri čemu:

– "efektivno" se odnosi na postizanje ciljeva saglasno planovima i rasporedu rada uz zadovoljstvo kupaca i zaposlenih učesnika,

– "efikasno" podrazumeva da se realizacija ciljeva odvija uz odgovarajuće troškove, ekonomično i rentabilno,

– "raspoloživi resursi" su ljudski resursi sa svojim znanjem i veštinama, postrojenja, oprema i tehnologija, pri čemu su od posebnog značaja aspekti: raspoloživost i pouzdanost resursa, učinak rada resursa, amortizacija i troškovi rada resursa i savremenost opreme i tehnologija,

– "željeni rezultati" predstavljaju ishode koji treba da se ostvare na osnovu analiziranih i definisanih stratejskih, taktičkih i operativnih ciljeva, usklađenih sa situacijom i okolnostima na tržištu, željama zaposlenih, stvarnim potencijalima preduzeća, trendovima u svetu, itd.

Klasično shvatanje upravljačkih procesa (ili procesa menadžmenta) polazi od stanovišta da postoje samo četiri osnovna upravljačka procesa:

- planiranje,
- organizovanje,
- rukovođenje (vođenje) i
- kontrolisanje.

Neki autori ovde dodaju i odlučivanje, a jedan od nesumnjivih autoriteta u ovoj oblasti Harold Kunz smatra da je proces "staffing" (što se može slobodno opisno prevesti kao pribavljanje, obuka, raspoređivanje, nagrađivanje i razvoj kadrova) takođe poseban fundamentalni proces menadžmenta. U skladu sa tim, mogle bi se konstatovati manje ili veće razlike kod pojedinih autora, pri čemu i dalje ostaje otvoreno pitanje gde je mesto i kakva je uloga posebno izdvojenih procesa, kao što je upravljanje promenama, upravljanje organizacionom kulturom, upravljanje konfliktima, itd. Takvi "specifični" upravljački procesi se ne mogu zanemariti, jer predstavljaju deo i teorije i prakse savremenog menadžmenta. Osnovni upravljački ili menadžerski procesi su značajni za razumevanje suštine upravljanja i oni će u nastavku biti predstavljeni posebnim šemama i komentarima, dok će ostali biti samo kratko prokomentarisani i prikazani u okviru sistemskog modela menadžmenta.

U procesu naučnog i stručnog prikupljanja i naučne obrade relevantnih elemenata menadžmenta, nužno je uzeti u obzir kriterijume i faktore funkcionisanja sistema menadžmenta u interakciji sa okruženjem. U ovim uslovima odlučuje se, ocenjuje, unapređuje, koordinira i projektuje čitav sistem menadžerske pozicije i funkcije. Pravci i uspešnost realizovanja ovih usvojenih odluka sa različitim alternativama nisu statične, već dinamičko-funkcionalne prirode.

Različiti su uticaji okruženja u kojem menadžerske funkcije postaju realizovane ili ne. Ovi uticaji imaju mogućnost dvostrukog dejstva – oni olakšavaju položaj i funkcionisanje nekog sistema u celini ili ga, pak, otežavaju, odnosno faktori okruženja mogu biti ograničavajući što govori o neostvarivanju funkcije menadžmenta. Efekat njihovog dejstva može dovesti do dubokih poremećaja u sistemu reprodukcije ili omogućiti ubranu i uspešnu ciljnu funkciju.

Ako se u stabilnosti izazivaju poremećaji u funkcionisanju pod uticajem spoljnih faktora, menadžerska funkcija teži da uključi dopunske stabilizacione faktore i adaptivne faktore i ponašanja da bi isključila ili uvažila u svom ponašanju te poremećaje i time vratila funkcionisanje u prvobitnu projektnu stabilnost. Ova karakteristika menadžerskih funkcija naziva se sposobnost za samoorganizovanje, adaptaciju ili promenu i prilagođavanje strateških opredeljenja. Veću samoorganizaciju ima onaj menadžerski sistem umeća i prakse koji poseduje širu zonu oko ravnotežnog stanja stabilnosti, u kojoj može da odstranjuje poremećaje funkcionisanja i da permanentno prilagođava ponašanje i ostvarivanje ciljne funkcije novonastalim momentima i uslovima.¹

Funkcije u menadžmentu su planiranje, organizovanje, vođenje i kontrola. Planiranje je funkcija u menadžmentu koja obuhvata definisanje ciljeva, utvrđivanje strategija radi postizanja tih ciljeva i razvoj planova za integrisanje i koordinisanje aktivnosti. Ako nemamo određen cilj na umu, možemo da krenemo u bilo kom pravcu. Međutim, ako imamo na umu određeni cilj, moramo na najbolji način da isplaniramo kako da stignemo do njega. Pošto organizacije postoje da bi postigle neke određene ciljeve, neko mora jasno da definiše taj cilj i način kako da se to postigne. Taj “neko” je menadžment.²

Planiranje je proces koji uključuje definisanje ciljeva, utvrđivanje ukupne strategije za postizanje ovih ciljeva i savremeno planiranje kako bi se organizacioni rad integrisao i koordinisao. Planiranje obuhvata i cilj (šta činiti) i sredstva (kako činiti).

Ono može biti formalno i neformalno. Pri neformalnom planiranju, ništa nije zapisano i malo je ciljeva sa kojima se upoznaju drugi članovi organizacije. Kada koristimo izraz planiranje, mislimo na formalno planiranje. Prilikom formalnog planiranja definišu se specifični ciljevi koji pokrivaju period od nekoliko godina. Ovi ciljevi su dati u pismenom obliku i podeljeni

¹ Sokić S., “*Kapital u ekonomiji tranzicije*“, C-print, Beograd, 2005. Str. 605

² Robins S., Coulter M., „*Menadžment*“, osmo izdanje, (urednik izdanja na srpskom jeziku Prof.dr Branislav Mašić), Beograd, 2005., str. 9

organizacionim članovima.³

Postoji najmanje četiri razloga za planiranje. Planiranje obezbeđuje pravac, smanjuje nesigurnost, troškove i viškove svodi na najmanju meru i utvrđuje standarde koji se primenjuju u kontroli. Napred nabrojano je svrha planiranja.

Planiranje trasira pravac delovanja menadžera i ostalih u kompaniji. Bez planiranja, odeljenja i pojedinci svojim pojedinačnim delovanjem u različite svrhe koče organizaciju da se efikasno kreće prema svojim ciljevima. Planiranje smanjuje nesigurnost primoravajući menadžere da gledaju unapred, predvide promenu rezultata i odgovarajuću reakciju. Iako planiranje ne može da eliminiše nastanak promene ili rizik, menadžeri vrše planiranje kako bi predvideli eventualnu promenu i pronašli najefikasniji odgovor na nju. Pored toga planiranje smanjuje višak aktivnosti kao i sporedne aktivnosti. Kada su radne aktivnosti koordinisane oko utvrđenih planova, višak aktivnosti se svodi na najmanju meru. Dalje, kada su, na osnovu planiranja, sredstva i ciljevi jasni, neefikasnost postaje očigledna i može se korigovati ili eliminisati. Planiranje utvrđuje ciljeve i standard koji se koriste pri kontroli. Bez planiranja ne bi postojao način da se vrši kontrola.⁴

Planiranje obuhvata dva važna elementa: ciljeve i planove. Ciljevi su željeni ishodi za pojedince, grupe ili celokupnu organizaciju. Oni obezbeđuju pravac za sve odluke menadžmenta i stvaraju kriterijume na osnovu kojih se može meriti stvarno radno postignuće. Zato se oni često nazivaju osnovama planiranja. Planovi su dokumenta koja utvrđuju način ostvarivanja ciljeva i dokumenta koja daju tipičan opis raspodele resursa, programa i drugih neophodnih koraka za postizanje ciljeva. Kada menadžeri planiraju, oni razvijaju i ciljeve i planove (Tabela br.1).⁵

Tabela br. 1. – Vrste planova

Vrste planova			
Obim	Vremenski okvir	Specifičnost	Učestalost primene
Strateški	Dugoročni	Usmeravajući	Jednokratni
Operativni	Kratkoročni	Specifični	Trajni

Izvor. Robins S., Coulter M., Menadžment, str. 162.

³ Isto., str.158

⁴ Robins S., Coulter M., „Menadžment“, osmo izdanje, (urednik izdanja na srpskom jeziku Prof.dr Branislav Mašić), Beograd, 2005., str. 159

⁵ Isto., str.160

Nakon planiranja sledeća funkcija u menadžmentu je organizovanje. Organizovanje obuhvata definisanje zadataka koji treba da se urade, utvrđivanje ko treba da ih uradi, kako grupisati te zadatke, ko kome podnosi izveštaj i gde se donose odluke.⁶ To je proces stvaranja organizacione structure tj. stvaranje formalne podele poslova unutar organizacije. Kada menadžeri razviju ili podele strukturu, oni prave organizacioni dizajn, koji podrazumeva odluke o šest ključnih elemenata: specijalizaciji, departmentalizaciji, lancu komandovanja, rasponu kontrole, centralizaciji, decentralizaciji i formalizaciji. Menadžeri su odgovorni da organizuju posao da bi postigli cilj organizacije.

Suština specijalizacije rada je stepen do kojeg su zadaci u jednoj organizaciji podeljeni u posebne poslove tj. celokupan posao ne obavlja pojedinac, nego se taj posao deli, a svaki posao obavlja druga osoba. Zaposleni pojedinci su specijalizovani za obavljanje dela posla. Posle podele prema specijalizaciji rada, poslovi se dalje grupišu da bi se zajednički zadaci mogli koordinisati. Osnova po kojoj se grupišu poslovi naziva se departmentalizacija (funkcionalna, proizvodna, geografska, procesna, poslovi sa klijentima i međufunkcionalni timovi).

Znači da je organizovanje određivanje optimalnog grupisanja organizacionih aktivnosti i resursa rada, radi realizacije postavljenih planova u skladu sa usvojenim programima kroz dva značajna momenta:

a) proces organizovanja predstavlja segment po kome se menadžment, kao teorija upravljanja, najviše preklapa sa teorijom organizacije i praktično se može tvrditi da im je to najveći deo zajedničkog jezgra i

b) obezbeđivanje, raspoređivanje i usavršavanje kadrova, neki autori tretiraju kao poseban upravljački proces i nazivaju ga "upravljanje ljudskim resursima", kako je u nastavku prikazano u okviru sistemskog modela menadžmenta; po klasičnom pristupu ovaj segment upravljanja čini jedinstvenu celinu sa procesom organizovanja, jer je problem optimalnog raspoređivanja kadrova, u suštini, problem čisto organizacione prirode, iako se u njemu koristi čitav niz specijalnih psihosocijalnih, psihometrijskih i ergoekonomskih metoda i tehnika (Tabela br.2).

Savremeno shvatanje procesa organizacije sve više se poistovećuje sa pojmom tehnologija organizovanja, što podrazumeva čitav skup principa primene ekspertskog znanja,

⁶ Robins S., Coulter M., „Menadžment“, osmo izdanje, (urednik izdanja na srpskom jeziku Prof.dr Branislav Mašić), Beograd, 2005., str. 232

kvantitativnih metoda i tehnika (prevashodno zasnovanih na multivarijantnoj statičkoj analizi i teoriji grafova) i savremenih specijalizovanih paketa programa.

Tabela br. 2. – Svrha organizovanja

- Deli rad na posebne poslove i odeljenja
- Dodeljuje zadatke i odgovornosti vezane za pojedinačne poslove
- Kordiniše različite organizacione zadatke
- Objedinjuje poslove u jedinici
- Uspostavlja odnose između pojedinaca, grupa i odeljenja
- Uspostavlja formalne linije nadležnosti
- Raspodeljuje organizacione resurse i primenjuje ih

Izvor: Robins S., i Coulter M., Menadžment, str. 234

Nakon podele u posebne poslove, pa grupisanja poslova savremeni menadžeri uzimaju u obzir lanac komandovanja kako bi na najbolji način strukturali svoju organizaciju. Lanac komandovanja predstavlja kontinuiranu liniju autoriteta koja polazi od gornjih organizacionih nivoa do najnižih nivoa i koja razjašnjava ko je prema kome odgovoran.

Menadžeri radi boljeg organizovanja moraju znati broj zaposlenih s kojima mogu efikasno i efektivno da upravljaju. To je raspon kontrole, koji je kao elemenat organizovanja bitan zato što u velikoj meri određuje broj nivoa i menadžera koje organizacija ima.

Ako top menadžeri donose odluke s malim ili nikakvim inputom s nižih nivoa imamo centralizaciju u organizovanju, a suprotno tome ako je odlučivanje prepušteno menadžerima koji su najbliži izvršenju je decentralizacija u donošenju odluka.

U organizacionoj strukturi šesti elemenat je formalizacija. To je stepen do kojeg su poslovi u okviru jedne organizacije standardizovani i stepen do kojeg je ponašanje zaposlenih u skladu sa pravilima i procedurama.⁷

Bez obzira na to koji strukturalni dizajn menadžeri biraju za organizacije, on treba da pomogne zaposlenima da obave svoj posao na najbolji – najefikasniji i najefektivniji – mogući način. Struktura treba da pomogne i olakša organizacionim članovima sprovođenje organizacionog posla. Struktura je samo sredstvo da se dođe do cilja.

U svakoj organizaciji postoje ljudi, a posao menadžera je da radi sa ljudima i da uz pomoć

⁷ Robins S., Coulter M., „Menadžment“, osmo izdanje, (urednik izdanja na srpskom jeziku Prof.dr Branislav Mašić), Beograd, 2005., str. 240

ljudi postigne ciljeve organizacije. To je menadžerska funkcija vođenja.⁸ Kada menadžeri obavljaju svoju glavnu funkciju, oni motivišu podređene saradnike, a istovremeno podstiču pojedince i timove za vreme rada, biraju najefikasniji sistem komunikacija ili u svakom pogledu rešavaju pitanja ponašanja zaposlenih.

Poslednja funkcija u menadžmentu je kontrola. Pošto su ciljevi postavljeni, planovi definisani, utvrđena strukturalna organizacija (organizovanje), a ljudi angažovani za rad, obučeni i motivisani (glavna funkcija), mora da se proceni da li sve funkcioniše po planu. Da bi bili sigurni da sve ide po planu, menadžeri moraju da nadziru i da procene učinak. Stvarni učinak mora da se poredi sa prethodno postavljenim ciljevima. Ako postoji neko značajno odstupanje, poređenje ili prilagođavanje je ono što podrazumeva funkcija kontrole. Kontrola se sastoji od tri koraka: merenje stvarnog učinka, poređenje stvarnog učinka u odnosu na standard i preduzimanje menadžerskih koraka da bi se ispravile devijacije ili neodgovarajući standardi.⁹

Navedene funkcije u menadžmentu pružaju plodno tle i potrebnu akcionu mobilnost, rukovodeći kvalitet zasnovan na realnosti i efikasnosti za donošenje strateških organizacionih odluka i njihovu menadžersku operacionalizaciju. Zbog toga je značajno uvažavanje varijabli, činjenica i kauzalnih odnosa koji uslovljavaju uspešno planiranje, organizovanje, vođenje i kontrolu radnih rezultata.

Menadžment je značajan kao i druge praktične delatnosti, od čina stvaralaštva u najširem smislu reči, medicine, filma, muzike, slikarstva, računovodstva, međunarodne razmene i saradnje, do diplomatskih odnosa, novinarstva i dr. Menadžment je definisan na različite načine, ali ne i precizno i obuhvatno. Nema opšteprihvate definicije menadžmenta.

Ako se uopšte može govoriti o jednoj definiciji koja se šire koristi, onda treba ukazati na definiciju koju je dao jedan od pionira menadžmenta, Henri Fajol, a koja je služila kao osnova i putokaz mnogim kasnijim teoretičarima, u njihovim nastojanjima da definišu i objasne pojam i značenje menadžmenta.

Prema Henriju Fajolu, menadžment predstavlja „proces predviđanja, organizovanja, komandovanja, koordinacije i kontrole“.

To je proces ili funkcija koja je najznačajnija za svako preduzeće i ona obuhvata uslove

⁸Isto., str.9

⁹Robins S., Coulter M., „*Menadžment*“, osmo izdanje, (urednik izdanja na srpskom jeziku Prof.dr Branislav Mašić), Beograd, 2005., str.9 i str.460

upravljanja preduzećem. Ova definicija, sa više ili manje prilagođavanja, koristila se dugi niz godina, tretirajući menadžment kao proces koji omogućava organizacijama da dostignu svoje ciljeve planiranjem, organizovanjem, vođenjem i kontrolisanjem njihovih resursa.

Nakon iterativnih funkcija menadžmenta razradiće se kako menadžment funkcioniše u savremenim uslovima, šta se očekuje od pravilne primene funkcija menadžmenta i rezultati koje menadžment i organizacija dobijaju pravilnim postavljanjem ciljeva i organizovanjem.

2.2. Menadžment u savremenim uslovima

Osnovna stanovišta od kojih se polazi u koncipiranju sistemskog modela savremenog menadžmenta se mogu predstaviti kroz sledeće iskaze:

1. savremeni menadžment, pragmatično shvaćen kao upravljanje preduzećem, u današnjim uslovima privređivanja predstavlja kompoziciju različitih međusobno povezanih procesa koji, svi zajedno, imaju ulogu obezbeđenja kontinualnog efektivnog i efikasnog korišćenja raspoloživih resursa uz neophodno adaptiranje i razvoj sa dugoročnom perspektivom,

2. menadžment u savremenim uslovima mora biti strategijskog karaktera i mora da sadrži sve attribute strategijskog upravljanja. U kontekstu prikazanog modela, to znači da menadžment obuhvata procese kao što su istraživanje i analiziranje vizija budućnosti, istraživanje i analiziranje okruženja, analiziranje i dijagnostifikovanje organizacije, kao i karakteristike strategijskog pristupa inkorporirane u procese odlučivanja, planiranja, upravljanja ljudskim resursima, pa sve do kontrolisanja i

3. procesi komuniciranja, odlučivanja i rešavanja problema predstavljaju posebne "univerzalne procese" koji prožimaju sve ostale upravljačke procese, što samim tim znači da odlučivanje nije samo jedna od faza planiranja, niti je rešavanje problema samo potproces rukovođenja.

Istraživanje i analiziranje vizija budućnosti predstavlja sistematizovano prikupljanje informacija i analizu izazova, koji će se prema mišljenjima "futuresologa" i usko specijalizovanih eksperata, verovatno dogoditi i koji su od interesa za poslovanje i razvoj preduzeća. Ovde se prevažno radi o objedinjavanju "saznanja" dobijenih primenom metoda globalnog i poslovnog predviđanja. Ovaj upravljački proces treba da najvišem rukovodstvu preduzeća pruži odgovor na pitanje "šta će se dogoditi?", odnosno da obezbedi neophodne informacije za snalaženje u raznovrsnim trendovima, koji imaju ili mogu imati presudan uticaj na budući rad preduzeća i da

potpomogne generisanju sopstvenih vizija buduće uloge preduzeća, kako bi preduzeće zauzelo bolju poziciju od konkurencije. Istraživanje i analiziranje okruženja predstavlja proces koji stalno treba da pruža odgovor na pitanja "šta se dogodilo?" i "šta se događa?" u okruženju preduzeća, obuhvatajući pri tome ekonomsku, tehnološku, sociokulturnu, političko-pravnu, državnu i međunarodnu dimenziju. Glavni zadaci ugrađeni u ovaj proces su istraživanje lokalnih i svetskih tržišta, kupaca, konkurenata, dobavljača, državnih i međunarodnih agencija, interesnih grupa, tržišta rada, vlasnika i kooperanata. Osnovni rezultati ove analize su formulisane "šanse" i "pretnje" koje dolaze iz okruženja. Ova funkcija menadžmenta i proces koji se u okviru nje odvija, u tesnoj su vezi sa funkcijom marketinga, s tim da obuhvata šire područje razmatranja vezano za privredne, političke i kulturne faktore okruženja.

Analiziranje i dijagnostikovanje organizacije je proces kojim se identifikuju i sistematizuju problemi (slabosti), otkrivaju njihovi uzroci i utvrđuju stvarni potencijali preduzeća.

Odlučivanje i rešavanje problema predstavljaju blisko povezane "univerzalne" procese koji su prisutni u svim ostalim upravljačkim procesima (a ne samo u planiranju) i to na strategijskom, taktičkom i operativnom nivou.

Komuniciranje je treći "univerzalni" proces koji povezuje i prožima sve ostale upravljačke procese i koji se delimično preklapa sa pojmom informisanja.

Upravljanje promenama i razvojem predstavlja u savremenom menadžmentu veoma važan proces, sa odgovarajućim specifičnim grupama metoda i tehnika, pomoću kojih se utvrđuju potrebe za promenom, sprovode promene i ocenjuje njihov uspeh, odnosno povećava organizaciona efektivnost. Najčešće oblasti promena su strategije, strukture, organizaciona pravila i postupci, tehnologije rada i znanja i veštine učesnika.

Inoviranje, odnosno upravljanje kreativnošću i inovativnim procesima predstavlja jedan od upravljačkih procesa, koji zauzima sve značajnije mesto i koji treba da obezbedi neprekidan dotok inovativnih predloga.

Upravljanje ljudskim resursima predstavlja kompleksan proces koji objedinjuje analizu i opis poslova, planiranje kadrova, pribavljanje kadrova, selekciju, obuku i razvoj kadrova, vrednovanje rada, određivanje kompenzacija i beneficija i radne odnose.

Izgrađivanje timova je proces zasnovan na posebnim saznanjima socijalne psihologije i ekonomske teorije timova i koji omogućuje povećanje efektivnosti i zadovoljstva radnika, i grupa

u celini, i izmenu odnosa između radnika i operativnog rukovodstva, od konfrontacije ka kooperaciji.

Upravljanje organizacionim menadžmentom i poslovnom etikom su dva međusobno usko povezana procesa, pomoću kojih se snažno može uticati na organizacionu efektivnost putem postavljanja i menjanja vrednosti i etičkih standarda.

Upravljanje konfliktima predstavlja proces izazivanja konstruktivnih konflikata, izbegavanja ili redukovanja destruktivnih konflikata i razrešavanja konflikata, što sve zajedno čini nužne zahvate, jer bezkonfliktnih procesa rada, kao i bezkonfliktnih organizacija nema.

Upravljanje korišćenjem vremena predstavlja proces optimiranja vlastitog raspoloživog vremena, kao i vremena podređenih, u cilju ostvarenja postavljenih planova. Adekvatno upravljanje korišćenjem vremena znatno redukuje konflikte i eliminiše stresne situacije.

Operativno upravljanje funkcijama predstavlja ekstenziju prethodno navedenih upravljačkih procesa i kompletiranje svih specifičnih upravljačkih zahvata, pomoću kojih se obezbeđuje sprovođenje procesa transformacije ulaza u izlaze, odnosno ulaznih resursa u proizvode i usluge. U predmetnom prilazu, centralno mesto zauzima proizvodna funkcija, ali se operativno upravljanje odnosi i na sve ostale funkcije (marketing, projektovanje, finansije, informisanje).

Sistemska model savremenog menadžmenta predstavlja sintezu koncepcija i pojedinih aspekata menadžmenta razvijenih u poslednjih nekoliko godina. Model obuhvata celinu upravljačkih procesa neophodnih za upravljanje preduzećem u savremenim uslovima i kao takav pruža pogodnu osnovu za sagledavanje veza između upravljačkih procesa i ostalih organizacionih funkcija.

Ključne oblasti interesovanja i delovanja savremenih menadžera su:

- 1. utvrđivanje prioriteta,*
- 2. umešnost korišćenja raspoloživog vremena,*
- 3. istraživanje tržišta i prodor na nova tržišta,*
- 4. istraživanje i razvoj - tehnološki progres,*
- 5. dugoročne vizije – strategija,*
- 6. stil rada (osmišljeno, brzo, u kontinuitetu, fleksibilno nasuprot sporo, tvrdoglavu, nepromišljeno, isprekidano),*
- 7. briga o talentima i perspektivnim kadrovima,*

8. *nagrađivanje,*
9. *delegiranje nadležnosti odlučivanja,*
10. *eliminisanje birokratizma i preteranog formalizma,*
11. *razvijanje unutrašnjeg i spoljašnjeg preduzetništva,*
12. *lojalnost zaposlenih i kupaca,*
13. *stimulisanje inovacija,*
14. *produktivnost i rentabilnost (povećanje kroz novu logiku rada i organizovanja),*
15. *posvećenost zaposlenih realizovanju glavnih ciljeva,*
16. *psihološki faktori promena,*
17. *generisanje i razmatranje alternativa,*
18. *unapređenje i promena načina kontrolisanja.*¹⁰

Teorija menadžmenta kao i teorija upravljanja razvijale su se paralelno i neodvojivo tokom ljudske istorije i praktično ih je nemoguće razdvojiti nekom fiksnom i jasnom granicom. Saznanja, principi i metode jedne i druge oblasti uzajamno su nadopunjavana i izgrađivana u međusobnoj interakciji, već i na osnovu same činjenice da su isti istraživači, naučnici i iskusni menadžeri sistematizovali i objašnjavali i organizacione i upravljačke postavke, koncepcije, modele ili praktične tehnike. Iako usko povezane, danas ipak egzistiraju i proučavaju se dve zasebne discipline pod nazivom *teorija organizacije i menadžment*.

Suština menadžmenta sastoji se u rešavanju problema potrošača, korisnika usluga, odnosno: kako na najefikasniji način zadovoljiti identifikovane potrebe, mnogo brže i bolje od konkurencije, uz uvažavanje osnovnih ekoloških principa. Uspešna preduzeća, i ustanove, zadovoljenje potreba kupaca i korisnika usluga postavljaju kao ključni cilj poslovanja. Pri tome polaze od činjenice da kupci/korisnici usluga, kupuju od onih ponuđača koji nude najbolju vrednost. Zadovoljni proizvodima i uslugama, kupci ostaju lojalni partneri koji šire pozitivni publicitet o kompaniji. Za uzvrat kompanija ima obezbeđeno tržište i kontinuirani priliv finansijskih sredstava, što joj omogućava pozitivno poslovanje. Proces razvoja menadžmenta i njegovu evoluciju diktiraju: intenzivne promene u okruženju, odnosi ponude i tražnje, konkurencija, sofisticiraniji zahtevi kupaca, prava kupaca da za ponuđenu cenu dobiju najbolju uslugu ili proizvod. Dobar menadžment nije slučajan, već je rezultat istraživanja tržišta, praćenja

¹⁰ Grujić M.: " *Menadžment*", Svetlost, Čačak, 2003. god.

promena, pažljivog planiranja i realizacije. Tržišna orijentacija kompanije zasniva se na pristupu da sve aktivnosti treba postaviti kao dobro osmišljenu filozofiju poslovanja baziranu na efektivnom i društveno-odgovornom menadžmentu.¹¹

Po Peteru Druckeru *"Osnovni zadatak menadžmenta je da učini ljude efikasnim, da ostvaruju svoje definisane i mjerljive ciljeve."* Menadžment je vrlo stara aktivnost – postoji koliko i civilizacija. Značaj menadžmenta se ogleda u omogućavanju zadovoljavanja potreba, definisanju i ostvarivanju ciljeva, obezbeđivanju efikasnog funkcionisanja organizacija i porastu broja organizacija i broj menadžerskih pozicija. Suština menadžmenta se različito može tretirati i tumačiti i to kao usmeravanje organizacije ka ostvarivanju ciljeva, donošenju odluka i preduzimanje akcija kako bi se aktivnosti obavile i ciljevi ostvarili i kreiranje vrednosti (za vlasnike) – vrhovna ciljna funkcija privrednih organizacija. Postoje različiti kriterijumi za podjelu menadžmenta kao što su na osnovu grana delatnosti ili poslovnih funkcija. Najvažniji kriterijum za podjelu menadžmenta je priroda problema i odluke koje slede na osnovu kojih se deli na:

1. **Operativni** koji je orijentisan ka rešavanju operativnih problema sa fokusom ka organizaciji – interna orijentacija, ka transformacionim procesima, ka zadacima putem kojih se ostvaruju ciljevi u okviru pojedinih funkcija
2. **Strategijski** koji je orijentisan ka rešavanju strategijskih problema sa fokusom ka okruženju – eksterna orijentacija, ka usklađivanju uticaja iz eksternog okruženja sa internim mogućnostima organizacije sa puno rizika i neizvesnosti (puno promena), ka formulisanju ciljeva i strategija za njihovo ostvarivanje gde se odluke tiču celine organizacije, prožimaju sve funkcije – opstanak, rast, razvoj, gašenje, spajanje, preuzimanje...¹²

Prema **vrsti procesa** menadžment možemo podeliti na **menadžment funkcionisanja i menadžment razvoja**.

Prema **poslovnim funkcijama** na **marketing, finansijski, proizvodni menadžment i menadžment ljudskih resursa**.

Zadatak menadžmenta je da identifikuje, shvati, razume, predvidi okruženje preduzeća i da usmerava svoje preduzeće prema njegovim pozitivnim karakteristikama u odnosu na potencijalne marketing odluke tj. da pronade odgovarajuću usaglašenost sopstvenog biznisa sa okruženjem.

¹¹ Bulat V.: "Industrijski menadžment", ICIM, Kruševac, 1999 god.

¹² Grujić M.: "Menadžment", Svetlost, Čačak, 2003. god.

Menadžment funkcije su: planiranje, organizovanje, vođenje, kontrola, ljudski resursi.

Stilovi menadžmenta su: autokratski stil, benevolentni autokratski stil, demokratski stilovi, konsultativni stil, participativni stil, konsenzus stil, "Laissez - faire" stil.

Faktori koji utiču na izbor menadžment stila su: priroda posla, karakteristike ljudi koji se kontrolišu, zakon većine, raspoloživo vreme za odlučivanje, faza razvoja kompanije.

Principi efikasnog menadžmenta su:

1.Odluke treba definisati i prezentirati što jednostavnije ("KISS" princip)

2.Menadžment pomoću ciljeva ("Managament by Objectives")

3.Menadžment na bazi "prioriteta" ("Managament by Priorities")¹³

Složenost menadžmenta u njegovoj savremenoj ulozi i funkciji, kao procesa i funkcije usmerenih ka najefikasnijem i optimalnom – za raznovrsne svrhe – projektovanom cilju u širokom nastupu faktora “ciljnih funkcija, strategija i ograničenja” iskazuje se i u raznovrsnom pojmovnom određenju i širokoj isprepletanosti sa raznovrsnim faktorima, procesima i činionicima.

Savremeni menadžeri kada analiziraju osnovne radne zadatke koji moraju da se izvrše, kada koriste studiju da bi eliminisali nepotrebne pokrete, kada iznajmljuju najkvalifikovanije radnike za posao i kada projektuju podsticajne sisteme zasnovane na učinku, oni koriste principe naučnog menadžmenta (korišćenje naučnih metoda sa ciljem definisanja “najboljeg načina” za obavljanje posla).

Savremeni menadžment je konstruisan kao naučna disciplina koja istražuje i objašnjava naučna upravljanja “određenim poslom, poduhvatom, poduhvatom ili sistemom”. Preciznije: optimizacijom upravljanja, prirodnim, ljudskim, tehnološkim, proizvodnim, ekonomskim, finansijskim, i drugim resursima koji opredeljuju civilizacijski, društveni i drugi razvoj, a posebno položaj čoveka u funkciji njegovog razotudjenja i boljeg života.

Pored principa naučnog menadžmenta, savremeni menadžeri koriste i ideje opšte administrativne teorije. Neki mehanizmi birokratije su neophodni da bi se resursi koristili efikasno i efektivno, ali insistiranje birokratije na strogu podelu rada, pridržavanje formalnih zakona i propisa i primena nepristrasnosti i kontrole zaposlenom pojedincu oduzima kreativnost i organizacionu sposobnost da brzo reaguje u odnosu na rastuće dinamično okruženje. Stoga savremeni menadžeri primenjuju u poslovanju samo pojedine ideje opšte

¹³ Grujić M.: "Menadžment", Svetlost, Čačak, 2003. god.

administrativne teorije. U donošenju odluka menadžeri koriste i kvantitativni pristup. Ovaj pristup uključuje i primenu statistike, optimiziranje modela, informativne modele i kompjuterske simulacije aktivnosti menadžmenta. On direktno doprinosi donošenju odluka menadžera u oblasti planiranja i kontrole. Savremeni menadžeri posebnu pažnju posvećuju primeni organizacionog bihevizma (OB), oblasti koja se bavi proučavanjem ponašanja ljudi na poslu. Oblast ljudskih resursa u menadžmentu, kao što su savremeni pogledi na motivaciju, liderstvo, poverenje, timski rad i konflikt u menadžmentu, proizilaze iz istraživanja organizacionog bihevizma.¹⁴

Menadžerska aktivnost u savremenim uslovima podrazumeva iznalaženje optimalnog upravljanja i rukovođenja kao ishoda niza kriterijuma, adekvatnih rešenja problema u poslovanju koji proizilaze iz stručnog sagledavanja svih vrsta i aspekata optimuma, kao i izbor najpovoljnijeg, polazeći od ciljne funkcije organizacije, velike korporacije, brojnih oblika organizovanja – sve do najširih državnih funkcija i koordinacije, globalnih svetskih procesa, regionalnih organizacija i pojava oblika uticaja na svetske tokove ekonomskog poretka. Uspešnost se iskazuje u sintezi ekonomski optimalnih rešenja, radno optimalnih koordinacija i organizovanja, tehničko – tehnoloških optimalnih rešenja, brojnih stručnih i finansijskih optimuma i dr.

Da bi organizacija uvažila menadžersku sintezu kriterijuma optimalnosti, u smislu generalnih ekonomskih pojava oblika uspešnosti, delotvornosti, kvaliteta i rezultata, primenjuju se raznovrsne stručne, naučne i druge racionalne odluke u nizu, koordinaciji, vođenju, kontroli, a sve u cilju efikasnog korišćenja raspoloživih resursa.

Prilikom izbora optimalnih rešenja u kompetenciji inventivnog menadžmenta u preduzeću, ustanovi i društvu raste značaj znanja i nauke, iskustva i hrabrosti, adekvatnih informacija i brojnih ideja u funkciji izbora odgovarajuće strategije, ali i upravljanja i rukovođenja kako bi se te strategije realizovale na optimalan način.

Racionalno upravljanje predstavlja menadžera koji, da bi uspešno obavio posao, treba da u ostvarenju svoje funkcije ima osobine, sklonosti, umeće i znanje za formiranje strategije koja uvažava: da su učesnicima u procesu odlučivanja poznate sve mogućnosti izbora, s posebnim akcentom na optimalnim rešenjima i kriterijumima optimalnosti za svaki slučaj; da

¹⁴ Robins S., Coulter M., „*Menadžment*“, osmo izdanje, (urednik izdanja na srpskom jeziku Prof.dr Branislav Mašić), Beograd, 2005., str. 32

su na vreme upoznati sa posledicama mogućih izbora za funkcionisanje i razvoj sistema; da poseduju sistem vrednosti kojim vrednuju sveukupnost predloženih strategija i njihovog izbora na osnovu kojih se utvrđuju opredeljenja i donose odluke.

Tržišni uslovi privređivanja nameću potrebu za shvatanje važnosti ljudskih resursa u organizaciji, odnosno da se zaposleni javljaju kao njen najvažniji resurs. Zaposleni predstavljaju kreatore novih tehničkih, tehnoloških i organizacionih rešenja, stvaraoce novih vrednosti i odnosa upravljača procesa rada i razvoja organizacije. Iz ovog razloga u svim tržišno orijentisanim privredama menadžmentu ljudskih resursa se poklanja izuzetna pažnja.

Bez čoveka i njegovog rada ne bi postojalo ništa i ne bi se ništa razvijalo. Iako su svi resursi u organizaciji važni, ljudski resursi su najvažniji. Ljudsko ponašanje je složeno i često nepredvidivo (svaki čovek je zasebna ličnost). Stoga je i upravljanje ljudima daleko složenije i komplikovanije nego upravljanje tehničkim, finansijskim i drugim resursima organizacije. Da bi se ostvarili povoljni rezultati, neophodan je individualan pristup, jer čovek u organizaciji ne unosi samo svoje znanje i veštine, već i svoje ambicije, planove i ciljeve.

Ljudski resursi i mogućnost koju nudi informaciona tehnologija su osnovni faktori razvoja, a odgovornost je osnovni princip koji odlikuje modernu organizaciju. Razvoj koncepta kvaliteta zahteva unapređenje funkcije menadžmenta ljudskih resursa u cilju sveopšteg obrazovanja za sistem kvaliteta. Osnovni princip koji zadovoljava savremeni koncept kvaliteta je da je čovek najvažniji resurs. Ljudi su osnovni potencijal koji preduzeće ili ustanova ima i oni moraju biti polazna i krajnja tačka u unapređenju kvaliteta poslovanja. Bez ljudi sa odgovarajućim znanjem, sposobnostima i iskustvom ni najbolja ideja neće biti realizovana.

Suočeni smo sa brzim i velikim promenama koje utiču na savremeno poslovanje i menadžment, kao i u promeni onoga što za preduzeće i ustanovu stvara vrednost. Ljudi, ljudski resursi, menadžment ljudskih resursa nesumljivo su ključne reči i dominantna preokupacija savremenih menadžera i organizacija.

Na uspeh u radu, odnosno kvalitet zaposlenih utiče više faktora, kao što su: znanje, sposobnost, osobine ličnosti, unutrašnja motivacija, organizacijski ambijent, pri čemu organizacijski ambijent čine: rukovođenje, organizovanje, motivisanje, komunikacija i kontrola. Ljudski resursi su ukupna znanja, veštine, sposobnosti, kreativne mogućnosti, motivacija i odanost kojom raspolaže neka organizacija. To je ukupna intelektualna i psihička

energija koju organizacija može angažovati na ostvarivanju ciljeva i razvoja poslovanja.

Kritičari smatraju da je naziv "ljudski resursi" ponižavajući za zaposlene jer oni smatraju da se čovek ne sme posmatrati kao objekat i kao dodatak mašini. Pošto su ljudi najveće bogatstvo organizacije nedopustivo je da se bilo ko dovodi u istu ravan sa novcem, mašinom i informacijom pogotovo ako se teži izgradjivanju humanijih odnosa između vlasnika kapitala i vlasnika radne snage i više se ne mogu favorizovati pojmovi koji asociiraju na stare modele upravljanja, rukovođenja, naređivanja, kontrole i kažnjavanja. S druge strane pristalice poistovećivanja ljudi sa resursima, smatraju da se konačno sprečava nastavak prakse prema kojoj su materijalni, finansijski i drugi resursi organizacije, u prošlosti tretirani povoljnije nego zaposleni. Takođe pod ljudskim resursima se više ne smatraju samo zaposleni, već i njihove mogućnosti, sposobnosti, vrednosti i veštine. Zadatak menadžmenta više nije samo nalaženje potrebnog broja ljudi sa odgovarajućim kvalifikacijama nego i njihovo aktiviranje, razvijanje, i unapređenje potencijala i usmeravanja u pravcu ostvarivanja organizacionih ciljeva, a samim tim i njihovih ličnih interesa i ciljeva. Zbog toga je u poslednje vreme sve više u upotrebi izraz: "ljudski potencijal", što je daleko adekvatnije od izraza "resurs".

Upravljanje ljudskim resursima je strategijski pristup upravljanju najvrednijim sredstvima jedne organizacije, a to su ljudi koji rade u njoj i koji pojedinačno ili kolektivno doprinose ostvarenju njenih ciljeva. Aktivnosti koje su značajne za funkciju upravljanja ljudskih resursa su: planiranje ljudskih resursa, analiza, regrutovanje i selekcija, socijalizacija, obuka i razvoj, motivisanje, zaštita zdravlja i poštovanje zakonskih i drugih propisa. Zadatak menadžmenta organizacije je da sve raspoložive potencijale aktivira i usresredi ka ostvarivanju organizacionih ciljeva ali i pojedinačnih ciljeva i interesa zaposlenih.

Savremena organizacija zahteva od zaposlenih: efikasnost, produktivnost, kvalitetan rad i kreativnost, a za ostvarivanje ovih ciljeva oni moraju posedovati znanje, sposobnosti, osobine ličnosti, veštinu i motivaciju.

Povećanje produktivnosti, kao imperativa moderne ekonomije, postiže se samo uz korišćenje sposobnosti svih ljudi i njihovu motivaciju, u atmosferi međusobnog razumevanja i poverenja između rukovodioca i zaposlenih. Povećanje produktivnosti je lični odnos svakog pojedinca.

Za obezbeđenje kvaliteta potrebna je optimalna kadrovska struktura, po broju primerena obimu posla, a po zanimanjima, sposobnostima i osobinama ličnosti zahtevima koji proizilaze

iz sadržaja posla i ciljeva organizacije. Od zaposlenih se više ne očekuje samo fizička snaga, usko operativno znanje, poslušnost, nego tehnička i stručna osposobljenost, ali i kreativnost, inovativnost, visoka motivisanost i odgovarajuće organizaciono ponašanje.¹⁵

Obezbeđenje kvaliteta zahteva stalna poboljšanja i unapređenja procesa rada, proizvoda i usluga, a to mogu da ostvare samo ljudi, punim angažovanjem i razvojem svojih ukupnih unutrašnjih dispozicija.¹⁶

Akio Morita (osnivač kompanije Sony, Japan) kaže: ” Nema tajnih sastojaka ili skrivene formule od kojih zavisi uspeh najboljih japanskih kompanija. Ni teorija, ni planiranje, ni vlada, ne mogu dovesti poštovanje do uspeha: ono može biti jedino rezultat rada ljudi”.

Iskustvo Japanaca je pokazalo da je za aktiviranje pozitivnog ljudskog ponašanja važna: upornost, strpljenje i podsticaj rukovodstva, obučavanje i stimulisanje. Koncept upravljanja ljudskim resursima u Japanu, zasniva se na sledećoj činjenici: shvatajući svoje mesto i ulogu u organizaciji, zaposleni na najbolji način mogu da razumeju filozofiju same organizacije i streme osnovnom cilju organizacije.

U značajnoj meri na primenu funkcija menadžmenta utiče globalizacija.

2.3. Specifičnosti menadžmenta u zdravstvenim organizacijama

Razvoj zdravstvenog menadžmenta, Zdravstveni menadžment, odnosno menadžment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova, mada je bio gotovo sve vreme pod “okriljem” razvoja opšteg menadžmenta, nije u potpunosti pratio niti prihvatio sve ideje, principe i teorije koje su se razvijale tokom devetnaestog i dvadesetog veka. Ta razlika, odnosno karakteristike razvoja zdravstvenog menadžmenta bile su pre svega posledica nekih specifičnosti zdravstvenog sistema u odnosu na klasične velike korporacije i komercijalna preduzeća. Među karakteristikama u razvoju zdravstvenog sistema najznačajnije su:

1. Zdravstveni sistem nije imao svoju „industrijsku revoluciju”;
2. Značajna medicinska otkrića počela su da se dešavaju tek krajem 19. i početkom 20. veka;
3. Ovaj sistem postao je značajniji podsistem društvenog sistema tek posle Prvog svetskog

¹⁵ Vujić D., *Menadžment ljudskih resursa i kvalitet*, Centar za primenjenu psihologiju, Beograd, 2003. Str.298

¹⁶ Kukrika M., *Menadžment znanjem i intelektualnim kapitalom*, Fakultet za trgovinu i bankarstvo „Janjićije i Danica Karić“, Beograd, 2003. Str.93

rata (20-ih godina), a naročito posle Drugog svetskog rata (40-ih i 50-ih godina);

4. U početku svog razvoja nije bio ni komplikovan ni kompleksan;

5. Nije bio podesan za razvoj menadžmenta zbog njegove pretežno društvene a ne komercijalne delatnosti;

6. Zdravstveni sistem danas je jedan od komplikovanih “podsistema” koji se razvijao polako tokom vekova doprinosom ljudi, verovanja, nauke, komercijalnih faktora i drugih socijalnih snaga, ali obično i najčešće bez detaljnog proučavanja ili sistematskog planiranja;

7. Zdravstveni sistem mora biti viđen kao jedna koherentna celina koja se sastoji od mnogo povezanih delova, komponenata (sektorskih i međusektorskih), kao i same zajednice komune i kombinovanim efektom utiče na zdravlje populacije;

8. Zdravstveni sistem treba da bude kreiran tako da svi njegovi delovi rade zajedno i da se prilagode jedan drugom. Ovo se može učiniti kroz stalnu komunikaciju i podelu rada;

9. Zdravstveni informacioni sistem (ZIS), a posebno zdravstveni menadžment informacioni sistem (ZMIS), razvio se relativno kasno i još se razvija;

10. Rad na unapređenju zdravlja i zdravstvena zaštita ljudi imaju svoje specifičnosti u odnosu na klasičan rad drugih organizacija i ustanova;

11. Procenu uspešnosti rada ovog sistema, odnosno njegovu efikasnost i efektivnost, nije jednostavno i lako meriti;

12. Za uspeh nekih mera i akcija u razvoju zdravstvenog sistema (sem nekih kod kojih su rezultati vidljivi skoro odmah posle akcije), potreban je duži vremenski period.¹⁷

Povećanje performansi zdravstvenih ustanova nedvosmisleno podrazumeva drugačiji pristup u odnosu na slične poduhvate u drugim granama privređivanja. Najčešće, ovo znači povećanje efikasnosti uz istovremeno poboljšanje kvaliteta zdravstvene usluge i stavljanje u prvi plan potrebe i zahteve korisnika usluga. Pri tome, akcentiranje **menadžmenta u zdravstvu** za nas predstavlja instrument za unapređenje poslovanja zdravstvenih ustanova, ali i instrument za efikasan transfer tehnologije i znanja. Uvažavajući činjenicu da je zdravstvo u velikom broju zemalja, pa i u Republici Srbiji, grana sa visokim stepenom državne regulacije, inicijativa u smislu otvaranja prostora za dalji razvoj privatnog sektora uz permanentni uticaj na sve relevantne institucije u cilju promovisanja zdravlja i veće dostupnosti savremenih medicinskih

¹⁷ Mićović P., *Zdravstveni menadžment*, Zdravstvena zaštita, 2009, vol. 38, br. 5, str. 73-78

procedura, opreme, materijala i ljudskih resursa, za nas predstavlja jedan od osnovnih strategijskih ciljeva.

U procesu pružanja usluga za ultimativni cilj je postavljeno unapređenje sistema pružanja zdravstvene usluge i uslova lečenja, a uzimajući u obzir specifične zahteve i potrebe pojedinačnih zdravstvenih ustanova. Naš zadatak je, dakle, razumevanje navedenih zahteva i potreba, ali i praćenje najsavremenijih trendova (teorijskih i praktičnih), kao i pronalaženje modela za efikasnu implementaciju dostignuća iz oblasti menadžmenta u osnovnu delatnost zdravstvenih ustanova, bilo da se radi o dijagnostici, opštoj medicini, hirurgiji, stomatologiji ili bilo kojoj drugoj grani medicine. Izazovi savremenog načina poslovanja, uz uvažavanje svih specifičnosti poslovanja u sektoru zdravstva, u najvećem broju slučajeva su rezultat problema koji se javljaju kao posledica sve učestalijih promena uslovljenih brojnim faktorima iz svih oblasti ljudskog života i rada.

Priroda odnosa između menadžmenta i medicine najčešće je opisana kao suprotstavljena uz veoma različite ciljeve ove dve oblasti. Naš zadatak u ovoj fazi je iniciranje stvaranja „produktivne veze” uz otkrivanje svih specifičnosti ovog odnosa i na kraju, davanje nedvosmislenog odgovora na pitanje kakve benefite mogu da očekuju pacijenti kroz stvaranje navedene veze. Pri tome, osnova je potpuna integrisanost i saradnja sa svim korisnicima naših usluga uz kreiranje sistema koji inicira promene i na taj način omogućava ostvarivanje kompetitivnih prednosti na svim nivoima uz činjenje onoga što je dobro ne samo za profit, već za maksimiziranje kvaliteta zdravstvene usluge i korisnosti svih uključenih strana.

Globalizacija tržišta i sve veće potrebe društva traže od svake organizacije da se organizuje tako da zadovolji sve zahteve klijenata i da garantuje njihovo zadovoljstvo. Ovo u istoj meri važi i za zdravstvene ustanove. One moraju da obezbede zadovoljstvo korisnika svojih usluga, ostvarujući najbolji mogući kvalitet u dijagnozi bolesti, lečenju i nezi pacijenata po prihvatljivim cenama i uz najmanji mogući rizik pojave grešaka i nepovoljnih efekata u odnosu na pacijente. Brzo povećanje znanja u oblasti medicine, još brže povećanje složenosti medicinske tehnologije, svakodnevno uvođenje novih i sve složenijih medicinskih usluga, ultimativno zahteva od zdravstvenih ustanova novi način organizovanja i ponašanja. Zbog toga menadžment kvaliteta usluga treba potpuno integrisati sa čitavim poslovnim sistemom zdravstvene ustanove, što znači da savremene strategije menadžmenta kvaliteta usluga i zahtevi sistema menadžmenta kvalitetom treba da prožmu čitav organizacioni sistem i njegovu mrežu procesa. Ma koliko bila jednostavna ili složena, usluga je uvek u manjoj ili većoj meri, rezultat sadejstva i preplitanja

ljudskog i tehnološkog faktora. U slučaju ovog tipa usluga, sadejstvo pomenuta dva faktora, predstavlja najpovoljniju kombinaciju koja eliminiše pitanje i probleme primarnosti bilo kojeg faktora, posebno, ako imamo u vidu činjenicu da bez njihovog sadejstva ne može ni biti usluge. U traganju za potpunom definicijom kvaliteta usluge kao najbolja osnova pokazalo se oslanjanje na poznate veličine, kategorije i definicije kao što su:

- Definicija kvaliteta;
- Činjenica da je definicija uvek rezultat odgovarajućeg procesa;
- Stanovišta da je usluga posledica sadejstva ljudskog i tehničkog faktora.

Analizom organizacija koje sa uspehom pružaju dobar kvalitet usluge svojim korisnicima, utvrđeno je i pet ključnih preduslova neophodnih za dobar kvalitet usluge bez obzira na političke i kulturne okvire i to:

- *Briga o kvalitetu* - proveriti da li rukovodstvo i zaposleni na isti način definišu kvalitet i usluge.
- *Briga o korisniku* – utvrditi da li korisnik ima prioritet za sve zaposlene u organizaciji. Korisnik mora da bude u žiži svih aktivnosti i stremljenja.
- *Briga o ljudima iz prvih redova* – voditi računa o ljudima iz prvih redova kako bi oni mogli uspešno da opslužuju korisnika. To znači da je potrebno brinuti o njima kako bi ublažili pritisak stalnog izlaganja javnosti, nervoznom i umornom korisniku. Ako nešto krene loše, krivica se svaljuje na ljude iz prvih redova, mada oni nisu ništa pogrešili. Briga o ljudima iz prvih redova znači pružanje pomoći i opreme kako bi mogli da dobro obave svoj posao.
- *Briga o komunikaciji* – utvrditi da li je ono što se saopštava korisniku u skladu sa nivoom kvaliteta usluge. Ovde treba uložiti poseban napor da ne bi došlo do pogrešnog predstavljanja kvaliteta usluge i do stvaranja lažnih očekivanja u svesti korisnika.
- *Briga o rukovođenju* – delovanje i ponašanje rukovodstva mora da pokazuje kompletnu predanost kvalitetnoj usluzi. Veliki uticaj će imati način na koji srednje rukovodstvo vodi svoje zaposlene u svakodnevnom poslu. Na osnovu ponašanja rukovodilaca, zaposleni će verovati ili ne verovati da postoji prava predanost kvalitetnoj usluzi.

Međunarodni standardi sistema menadžmenta kvaliteta u poslovanju u našoj državi su uvedeni kao SRPS ISO 9000 (9000, 9001 i 9004).

Ovi standardi ne određuju i ne propisuju kako treba da radi svako pojedinačno preduzeće, već ukazuju na osnovne principe u postavljanju adekvatne osnove za poboljšanje kvaliteta. Kreiranje ISO standard je motivisano sa ciljem da se pomogne organizacijama svih vrsta i veličina u primeni i sprovođenju sistema menadžmenta kvalitetom. Sistem menadžmenta kvalitetom nameće obavezu da se kvalitet usluge meri i da se procenjuje stepen zadovoljstva korisnika. S obzirom da je svaka vrsta usluge specifična, uslužne organizacije rešenje problema ocenjivanja kvaliteta svoje usluge vide u raznim vrstama upitnika koji su u te svrhe nedovoljni.¹⁸ Iz ovog razloga uslužne organizacije moraju uložiti više napora u ocenjivanju kvaliteta za razliku od organizacija sa materijalnom proizvodnjom, gde je u većoj meri sve jasno.

Da bi prevazišle problem ocenjivanja kvaliteta usluge potrebno je da uslužne organizacije realizuju prikupljanje reklamacija, primedbi i pohvala od strane korisnika, definišu mere i ciljeve kvaliteta koji su bitni sa aspekta zadovoljenja korisnika, upravljaju neusaglašenostima, a sve u cilju preventivnog delovanja i realizacije poboljšanja. Kvalitet zdravstvene zaštite je prepoznat kao jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite, kako državnog, tako i privatnog sektora. Stalno unapređenje kvaliteta i bezbednosti pacijenata je sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika, zdravstvenih saradnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu. Stalno unapređenje kvaliteta predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i uspešnosti u radu, kao i veće zadovoljstvo korisnika i davalaca zdravstvenih usluga.

Stalno unapređenje kvaliteta zahteva uvođenje kulture kvaliteta koja će podjednako uključiti sve interesne grupe – korisnike, davaoce zdravstvenih usluga, finansijere i donosioce odluka na svim nivoima. Tradicionalno shvatanje da su zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici, kao neposredni davaoci zdravstvenih usluga, jedini odgovorni za kvalitet pružene zdravstvene zaštite, zamenjeno je novim pristupom koji prepoznaje značaj organizacije u celini, a posebno ulogu menadžmenta, kao i čitavog procesa rada, a ne pojedinačnog izvršenja u zadovoljavanju potreba korisnika. Ovaj pristup usmeren je ka tome da menadžment zdravstvene ustanove utvrdi zašto se nešto dešava i da otkrije puteve koji mogu da preveniraju loš kvalitet.

¹⁸ Munitlak, Ivanović: „*Savremeni koncepti strategijskog menadžmenta*“, Univerzitet Educons, 2009, str.231

2.4. Uloga menadžera u zdravstvu

Zdravstveni sistem je jedan od najvažnijih, a u neku ruku i najkompleksnijih sistema jednog društva, pa na zdravstvenom menadžmentu leži ogromna odgovornost za upravljanje istim. Neophodno je poznavanje lokalnih kapaciteta, zakonodavstva i regulative, izvrsna obučenost iz oblasti finansija da bi se napravila adekvatna strategija razvoja i ista sprovela u delo u uslovima tranzicije koja je jako vidljiva i u funkcionisanju ovog sistema.

Inovativnost, fleksibilnost, poštovanje iskustva, znanja zaposlenih na svim pozicijama u ustanovi, liderstvo, vizija potencijalnog napretka organizacije ka ciljevima, formiranje timskog rada i realizacija komunikacije među svim organizacionim nivoima i zaposlenima, kao i stimulacija nagrađivanjem pojedinaca i grupa za kvalitetan rad i ostvarenje zacrtanih planova i strategija su osobine neophodne za jednog kvalitetnog menadžera u zdravstvu.

Izgradnja unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti i bolji menadžment zdravstvenih usluga kao primarni cilj i motiv rada menadžera zavise isključivo od kvaliteta rada i zadovoljstva pacijenata - ako menadžer to uspe da obezbedi, zagantovano je uspešno poslovanje.

2.4.1. Veštine savremenog menadžera u zdravstvu

Kada govorimo o veštinama koje bi trebalo sa poseduje dobro obučen menadžer u zdravstvu neophodno je početi od četiri ključne:

- Liderstvo – vođenje ljudi
- Sposobnost komunikacije
- Organizacione sposobnosti
- Adekvatno i kvalitetno upravljanje resursima....

Sposobnost liderstva (vođenja ljudi) nemoguće je ostvariti bez kvalitetne obuke iz različitih oblasti menadžmenta kao što su: poznavanje motivacije i nadgledanja ljudi, analize, opisa i specifikacija zadataka, intervjuisanje i selekcija osoblja, dodela priznanja, kazni i davanja saveta, unapređivanje i usavršavanje osoblja, iniciranje promena, upravljanje sopstvenom karijerom i razvojem...

Sposobnost organizovanja se ogleda kroz veštine planiranja i predviđanja, postavljanje ciljeva i standard, praćenje rada pojedinaca i grupa, metode analize rada, metode istraživanja, prikupljanje i obrada informacija, organizovanja administrativnog rada...

Sposobnost komuniciranja jednog menadžera bi se mogla nazvati ključnom u odnosu sa zaposlenima čiji kvalitetan rad i motivacija za isti su sredstvo ostvarenja cilja organizacije i s toga bi školovan menadžer morao kvalitetno obavljati: pisanje izveštaja i prezentacija informacijataja, javne nastupe i odnose sa javnošću, vođenje grupnih diskusija, vođenje pregovara, grupno rešavanje problema i donošenje odluka, efikasnu saradnju sa drugim institucijama...

Sposobnost upravljanja resursima se sagledava kroz sposobnost: procene budućih troškova, ekonomičnog korišćenja resursa, finansijske kontrole i zadržavanja troškova, analizu ekonomske isplativosti, izbor i korišćenje opreme, nadzor nad održavanjem opreme i zgrada, organizovanje transportnog sistema, poznavanje marketinga...

Takođe je neophodno naglasiti da izazovi postavljeni pred savremenog menadžera od njega u određenim situacijama zahtevaju gotovo mađioničarske veštine tako da je kontinuirana edukacija i praćenje globalnih trendova uslov za razumevanje i razvoj veština za uspešan opstanak i razvoj organizacije kao i efikasnost u okruženju. Rad na razvoju sopstvenih potencijala je podrazumevan, naročito na kreativnosti veština komuniciranja. Tretiranje i taktičan odnos poštovanja zaposlenih se postiže kako kroz razvoj ličnih tako i kroz razvoj veština u menadžmentu ljudskim, kapitalnim i informacionim resursima, a da bi bili u korak sa vremenom moraju posedovati veštine i znanja u metodama evaluacije za procenu organizacione performanse, naročito procenu kvaliteta zdravstvene zaštite.

Veštine menadžera u zdravstvu:

- **VOĐENJE LJUDI**
- **KOMUNICIRANJE**
- **ORGANIZOVANJE**
- **UPRAVLJANJE RESURSIMA...**

Sposobnost organizovanja:

- planiranje i predviđanje
- postavljanje ciljeva i standard
- praćenje rada pojedinaca i grupa
- metode analize rada

- metode istraživanja
- prikupljanje i obrada informacija
- organizovanje administrativnog rada

Sposobnost komuniciranja

- pisanje izveštaja i prezentacija informacijataja
- javni nastup i odnosi sa javnošću
- vodjenje grupnih diskusija
- pregovaračke sposobnosti
- grupno rešavanje problema i donošenje odluka
- efikasna saradnja sa drugim institucijama

Sposobnost upravljanja resursima

- procena budućih troškova
- ekonomično korišćenje resursa
- finansijska kontrola i zadržavanje troškova
- analiza ekonomske isplativosti
- izbor i korišćenje opreme
- održavanje opreme i zgrada
- organizovanje transportnog sistema
- poznavanje marketinga

Sposobnost vođenja ljudi

- poznavanje motivacije i nadgledanja ljudi
- analiza, opis i specifikacija zadataka
- intervjuisanje i selekcija osoblja
- dodela priznanja, kazni i davanje saveta
- unapređivanje i usavršavanje osoblja
- iniciranje promena
- upravljanje sopstvenom karijerom i razvojem

U korak sa vremenom (veštine) ...

- Razumevanje i razvoj veština za uspešan opstanak i razvoj organizacije i efikasnost u okruženju.

- Razvoj sopstvenih potencijala, naročito kreativnosti veština komuniciranja.
- Razumevanje i razvoj veština u menadžmentu ljudskim, kapitalnim i informacionim resursima.
- Razumevanje i razvoj veština u metodama evaluacije za procenu organizacione performanse, naročito procenu kvaliteta zdravstvene zaštite.

McKinsey 7S okvir

- **Kadrovi:** kategorije zaposlenih unutar organizacije i kako se one razvijaju
- **Stil:** karakteristike ponašanja ključnih menadžera radi dostizanja organizacionih ciljeva
- **Zajedni korist:** dugoročna vizija i sve vrednosti zaposlenih koje kreiraju budućnost organizacije
- **Veštine:** dominantni atributi i sposobnosti ključnog osoblja u organizaciji kao celinu
- **Strategija:** plan ili kurs akcije koji vodi ka alokaciji resursa da bi se dostigli odgovarajući ciljevi
- **Struktura:** kako su ljudi i zadaci organizovani i povezani unutar organizacije
- **Sistemi:** procedure i rutinski procesi, uključujući protok i informacija koje povezuju organizaciju.

2.4.2. Odnos “menadžer – lekar”

Menadžment u zdravstvu se sveo na relaciju dve suprostavljene grupacije i odnos snaga među njima: lekari i stomatolozi sa jedne, i menadžeri sa druge strane. Uobičajena praksa u svim zdravstvenim ustanovama bila je da su doktori donosioci odluka u svim zdravstvenim sistemima kao da raspoređuju sredstva i beneficije praktikovanja budžetskih sredstava. Iz takvog tretmana od strane države proizašla je potreba za zadržavanjem ustanovljenog statusa po svaku cenu, što je za posledice imalo nepriznavanje legitimiteta “ne – medicinskih profesija” a naročito menadžera u zdravstvu. Ali teška ekonomska situacija i kriza svetskih razmera koja je pogodila i Srbiju, naročito se osetila u Zdravstvenom sistemu pa su zdravstvene uprave sastavljene uglavnom od lekara i stomatologa, usled nepoznavanja finansija, ekonomije i menadžmenta, posustale u pokušaju održavanja kvalitetnog funkcionisanja zdravstvenog sistema u novonastalim uslovima.

Sve češće se dešava, poslednjih godina, da se iznose u javnost i kritikuju mnoge pogrešne lekarske odluke u vezi funkcionisanja zdravstvenih ustanova i smatra se da je neophodno da se lekari bave onom oblašću u kojoj su najkompetentniji i daju najveći doprinos, a to je lečenje

ljudi.

Pogrešna je ideja mnogih zdravstvenih profesionalaca da menadžment i menadžeri žele da preuzmu od njih pozicije na “njihovom neprikosnovenom terenu”, čime bi oni (lekari i stomatolozi) izgubili slobodu u odlučivanju načina poslovanja i kliničke prakse. Postojao je i strah da menadžeri mogu da ih istisnu iz procesa donošenja odluka i, konsekvntno ignorišu medicinsko mišljenje i savete. Uvek je vladao stav da je zdravstvo posebna i specijalna delatnost, čije osobenosti nisu za menadžerski ili komercijalni pristup. Etičke vrednosti, smatra se, ne treba da budu “uprljane” preduzetničkim mentalitetom. Termini kao što su: konzument, marketing, odnosi s javnošću ili godišnji izveštaj smatraju se kao dokaz da su se vrednosti zdravstvene službe pretvorile od humanih vrednosti u komercijalne.¹⁹

Za menadžere, s druge strane, jako je važan faktor umešnosti u saradnji sa drugima, timski rad u cilju postizanja boljih ukupnih rezultata. Savremeni menadžeri su u stanju da usvoje strateški pristup zasnovan na dokazima iz istraživanja- menadžment na osnovu dokaza (evidence-based management), da razumeju zdravstveno stanje populacije i uspešno se nose sa kompleksnom analizom faktora koji određuju zdravlje u okviru složenih političkih i ekonomskih uslova, kao i da vode zdravstvenu službu i za vreme trajanja njene transformacije.²⁰

Mora se naglasiti da postoje i doktori koji menadžment shvataju kao konstruktivan i potreban pa podržavaju u prate menadžerske edukacije što pomaže sticanju i razumevanju veština iz ove oblasti.

Jedan od ključnih faktora u organizaciji i implementaciji promena u zdravstvenim organizacijama i sistemu u celini je primena odgovarajuće strategije, metoda i alata, a jedna od najefikasnijih je strategija promena ljudskih resursa”.²¹

Vreme će pokazati potrebu za konstruktivnim timskim radom menadžera i lekara, svakog u svom domenu za zadržavanje i povećanje kvaliteta zdravstvenih usluga usmerenih ka korisnicima. Evidentno je da dosadašnja praksa u rukovođenju zdravstvenim ustanovama trokira pa su transformacije kako u strukturi, tako i u radu svih zaposlenih u zdravstvenim službama, bilo da se radi o medicinskom ili ne medicinskom osoblju neophodne i urgentne i bez njih neće biti ni

¹⁹ White T., *Management for Clinicians*, London, 1993.

²⁰ Bjegovic V., *Strateski pristup uslugama u zdravstvu*; iskustva i preporuke EU, Seminar: ”Menadzment u zdravstvu”, Institut za menadzment,FON, Beograd, op.cit.,str.1., 2006.

²¹ Shortell M.S, Kaluzny, A.D., *Health Care Management: Organization Design & Behaviour*, Thomson Delman Learning, Dec 30, 1999.

poboljšanja u zdravstvu u celini, gde je jedan od uslova da školovani menadžeri kontinuiranom edukacijom i treningom rade na poboljšanju kvalifikovanosti za obavljanje poslova u novom okruženju. Transparentnost između operative i supervizora, kao i između različitih odeljenja za pružanje usluga, timovi različitih stručnjaka na istom zadatku i brži i efikasniji promet informacija, kako interno tako i u odnosu na spoljne faktore, biće obeležja novog, fleksibilnog zdravstvenog menadžmenta.²²

2.5. Vrste zdravstvenog menadžmenta

Multicentrični pristup integrisanoj zdravstvenoj zaštiti predstavlja osnovu savremene organizacije u sektoru zdravstva u kojoj se istovremeno ostvaruju različiti strateški ciljevi razvoja zdravstvenog sistema. Najznačajnije aktivnosti koje to omogućavaju su:

1. Optimizacija medicinskih, zdravstvenih i socijalnih procesa u zdravstvu
2. Racionalizacija sistema zdravstvene zaštite
 - a) Kvalitet i ekonomičnost
 - b) Institucionalna podrška i usmerenje
3. Prospektivno planiranje i retrospektivna analiza
4. Kontinuitet i dostupnost zdravstvene zaštite

Planiranje i upravljanje zdravstvenom zaštitom je složen menadžerski zadatak koji mora biti usklađen sa zdravstvenom politikom i ekonomijom sa jedne, te strukturom i organizacijom zdravstvenog sistema sa druge strane. U suštini menadžmentom zdravstvene zaštite usklađuju se dva procesa, pripremanje i izvršavanje zadatih aktivnosti u jedan efikasan i kompatibilan sistem. Model povratne sprege uravnotežava dva gore navedena procesa, na taj način da što je više nedostataka u pripremi (negativne tendencije u planu), to je potrebno više da se pojačaju izvršne aktivnosti.²³

Prilikom razmatranja modaliteta efikasnosti sistema zdravstvene zaštite u određenom zdravstvenom sistemu neophodno je razlikovati šta čini menadžment zdravstvene zaštite, a šta sistema kao celine. Zdravstveni sistem obezbeđuje država kroz svoj budžet, takse, premije i druge oblike osiguranja na ekonomskom, te ministarstvo zdravlja, regionalne i lokalne vlasti na

²² Todorović N., Gaić-Stevanović M., "Zaposleni u zdravstvu u transformaciji zdravstvenog menadžmenta", Stom Glas S, vol. 55, 2008

²³ Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007., str 111-116

političkom planu. Pored toga, menadžment zdravstvenog sistema ima i jedan specifičan način i socijalni aspekt, preko kojeg se obezbeđuje razvoj i opšte – društvena dobit.

Menadžment zdravstvene zaštite je isključivo vezan za planiranje, organizaciju, vođenje i kontrolu funkcionisanja zdravstvenih usluga i produktivnost u zdravstvu na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou, odnosno na nivou ambulantne zaštite, stacionarne zaštite, nege i rehabilitacije.

Zdravstveni menadžment sadrži u sebi tri globalne vrste menadžmenta koje se danas koriste kako u teoriji, tako i u praksi:

1. Menadžment zdravstvenog sistema

2. Menadžment zdravstvene zaštite

Za svaki od ovih entiteta menadžmenta postoje različite podvrste koje čine čitav spektar pristupa ili ulaza u zdravstveni sistem. Najznačajnije podvrste zdravstvenog menadžmenta su:

1. Menadžment slučaja (“case-management”)

2. Menadžment iskoristljivosti (“utilization-management”)

3. Menadžment bolesti (“disease-management”)²⁴

Menadžment slučaja je pacijent-orijentisani deo zdravstvenog menadžmenta čiji je cilj optimizacija kvaliteta zdravstvene zaštite, kontinuitet zdravstvene usluge i kontrola troškova u vezi sa tim. Funkcija ovog tipa menadžmenta je multidimenzionalna u odnosu na osiguranike, pacijente, te socijalne i administrativne structure zdravstvenog sistema. “Case-management” mora da razume, kordinira, postupa, izračunava, dokumentuje i kontroliše složeni proces između individue i zdravstvenog sistema.

Menadžment iskoristljivosti je resurs-orijentisani deo zdravstvenog menadžmenta koji uvek prati liniju postupaka zdravstvene zaštite u odnosu na simptom, dijagnozu ili medicinski sprovedenu procedure. Prilikom analiziranja iskoristljivosti ljudskih i materijalnih resursa kao merni parametri koriste se: lekar, bolnica, populacija i dijagnoza a potom se priprema izveštaj o iskoristljivosti svih kapaciteta koji su bili dostupni.

U okviru menadžmenta zdravstvene zaštite posebno se izdvaja menadžment bolesti, koji se pokazao značajnim za klinička stanja sa multifaktorijskim uzorcima i sistemskim posledicama na više nivoa u organizmu. Menadžment bolesti je integrisana zdravstvena zaštita od prevencije, dijagnosike i terapije do rehabilitacije i nege usmerene kroz jedan racionalan i pacijent-

²⁴ Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007., str 111-116.

orijentisani sistem upravljanja celokupnim zdravstvenim postupkom i pristupom određenoj bolesti. Redosled postupka u menadžmentu bolesti je strogo definisan zbog visokog stepena kontrole i racionalizacije u pristupu bolesti i pacijentu. Ključni elementi u menadžmentu bolesti su:

1. Informisanje i trening zdravstvenih radnika
2. Edukacija pacijenata i visoko rizičnih grupa
3. Koordinisano pružanje zdravstvenih usluga
4. Menadžment kompjuterizacije podataka ²⁵

Na kraju se može zaključiti da planiranje, upravljanje i kontrola parametrima kvaliteta u zdravstvu predstavljaju najznačajniju validnu komponentu razvoja zdravstvenog sistema, koja se sastoji od strategijskog i operativnog dela. Strategija se odnosi na produktivne zadatke u zdravstvenoj zaštiti i stvaranje sistema sigurnosti kvaliteta, dok se pomoću operativnog menadžmenta kvaliteta definišu parametri kvaliteta zdravstvene zaštite za pojedinačne ili specifične slučajeve.

Funkcije strategijskog menadžmenta kvaliteta obuhvataju zdravstvene, finansijske i normativne parametre kojima se želi postići efikasan sistem vrednovanja kvaliteta usluge u zdravstvu.²⁶

2.6. TQM (Total Quality Management) u integrisanoj zdravstvenoj zaštiti

Poboljšanje kvaliteta u većini zemalja ima glavnu ulogu u reformi zdravstvenih sistema i pružanja usluga. Sve zemlje suočavaju se s izazovima da u **okviru raspoloživih resursa osiguraju pristup, pravičnost, sigurnost i učešće pacijenata, i da razvijaju veštine, tehnologiju i medicinu zasnovanu na dokazima.**

Kvalitet je bitna i neophodna komponenta zdravstvene zaštite i obeležje svake aktivnosti koju sprovodimo u zdravstvu i medicini. Druge dve komponente su **obim aktivnosti i troškovi** koji su s njima u vezi.

Osim toga, kvalitetna zdravstvena zaštita je i pravo svakog pacijenta, odnosno korisnika zaštite i zajednice. To posebno postaje važno u vremenu ograničenih resursa za zdravstvenu zaštitu i ograničenja u budžetima.

U nekim oblastima, kao što je inženjerstvo, kvalitet se može povezati s opipljivim

²⁵ Isto.

²⁶ Isto.

fizičkim svojstvima. U nekim oblastima, kao što je to zdravstvena zaštita, kvalitet je često neopipljiv.

Kvalitet se najlakše prepoznaje u njegovoj odsutnosti. Stoga se često umesto kvaliteta usluge meri odsustvo kvaliteta.

Tradicionalno se kvalitet definiše kao dostignuti *stepen uspešnosti*. To je sažeta definicija, ali nedovoljna za naše svrhe, budući da se taj metafizički kvalitet ne može kvantifikovati i stoga je neprimenljiv u vrednovanju medicinskih usluga i zdravstvene zaštite.

Druga je definicija: *kvalitet je ispunjenje ili premašivanje očekivanja potrošača, koja u žižu postavlja klijenta/korisnika i pogodnija je za naše potrebe.*²⁷

Kvalitet u zdravstvu se mora analizirati i sprovesti kroz tri dimenzije:

1. *stepena vrsnosti;*
2. *dostignutog nivoa;*
3. *zadovoljenja određenih potreba sistema i korisnika usluga.*

Primarne odlike kvaliteta (razmotri ćemo šest odlika kvaliteta):

1. Kvalitet nije apsolutan, budući da podrazumeva različite stvari u različitim situacijama. Stoga se ne može meriti na isti način kao, na primer, telesna temperatura ili težina bolesnika.
2. Kvalitet je multidimenzionalan, imajući u vidu da postoje mnogi doprinoseći faktori. Izvesni aspekti kvaliteta mogu se objektivno izmeriti, kao na primer, vreme čekanja na medicinsku uslugu; drugi, međutim, ne mogu – na primer, ponašanje lekara tokom pregleda pacijenta. Drugi je problem što kriterijume koje je najlakše meriti nisu i najznačajniji za procenu kvaliteta.
3. Kvalitet je podložan ograničenjima. U mnogim slučajevima procena kvaliteta ne može se odvojiti od troškova. Međutim, troškovi nisu samo finansijski, već se mogu odnositi na ljude, sredstva i vreme. Neki resursi su kritični za osiguranje kvaliteta.
4. Kvalitet je rezultat prihvatljivih kompromisa. Kad je kvalitet pod ograničenjima i kad se traže kompromisi, neke kriterijume kvaliteta pre možemo odbaciti nego druge. Na primer, lakše ćemo isključiti komfor pacijenta nego produktivnost od koje nam, recimo, zavisi finansiranje zdravstvene ustanove. Onaj kriterijum koji bismo poslednji odbacili, možemo prihvatiti kao kritičnu odliku.

²⁷ Grant ES., “ *Quality Medical Care*”, A definition. *JAMA* 1988;280:56-61.

5. Kriterijumi kvaliteta su zavisni. Kriterijumi kvaliteta deluju jedni na druge, dovodeći ih u sukob. Na primer, što je veći broj pacijenata upućen u bolnicu, biće duže vreme čekanja na uslugu u bolnici, ali će se skratiti vreme čekanja na zakazane preglede u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
6. Prihvatljivost kvaliteta menja se tokom vremena. Napredak u kliničkoj praksi i poboljšanja u pružanju medicinske zaštite dovode do povećanja stepena kvaliteta usluge, što povećava očekivanja pacijenata i javnosti.

Definicije kvaliteta u medicini / zdravstvu i kvalitetna zdravstvena zaštita: bilo koji domen u kome se radi s ljudima mnogo je kompleksniji od domena koji se odnose na proizvode. Zbog toga mnogi autori tvrde da je gledanje na poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite kroz oko osiguranja kvaliteta u industriji – neodgovarajuće. S time se treba složiti.

Kada treba definisati kvalitet zdravstvene zaštite, u kontekstu onoga što je već rečeno, moguće je mnoštvo definicija (kažu da ih ima preko stotinu) i sve su one legitimne zavisno od toga gde smo smešteni u sistemu zdravstvene zaštite (profesionalni i menadžerski pogled ili perspektive glavnih aktera u zdravstvu). Budući da u zdravstvenoj i medicinskoj zaštiti prvenstveno treba udovoljiti željama, potrebama i zahtevima korisnika, treba početi od Grantove definicije kvaliteta i njegove definicije kvalitetne medicinske zaštite koja glasi: **“Kvalitetna medicinska zaštita je potencijal elemenata te zaštite za ostvarenje opravdanih medicinskih i nemedicinskih ciljeva bolesnika i lekara.”**²⁸

Kritični aspekti ove definicije su u naglasku da ciljeve zaštite određuje pacijent uz pomoć svog lekara, sa ključnom pretpostavkom da je pacijent dobro informisan i da zajedno s lekarom deli odgovornost za odluke u pogledu vlastite zdravstvene zaštite.

Naravno, postoje i druge definicije kvalitetne medicinske zaštite, koje iste ili slične ideje formulišu na druge načine. Jedna od češće navođenih definicija je ona od Lohr-a i Schroeder-a: **“Kvalitetna medicinska zaštita je onaj stepen zaštite pri kojem zdravstvene usluge za pojedinačne pacijente i populaciju povećavaju verovatnoću željenih zdravstvenih ishoda i koji je u saglasnosti sa tekućim profesionalnim znanjem.”**²⁹

Još precizniju definiciju kvalitetne medicinske zaštite, koja postojećim pridružuje organizacione, političke i finansijske interese, daje Ovretveit: **“Kvalitetna medicinska zaštita je potpuno zadovoljenje potreba onih kojima je najviše potrebna zdravstvena usluga, po**

²⁸ Grant ES., “ *Quality Medical Care*”, A definition. *JAMA* 1988;280:56-61.

²⁹ Lohr KN, Schroeder SA., “ *A strategy for quality assurance in Medicare*”, *N Engl J Med* 1990; 322:707-12.

najmanjem trošku za organizaciju, a u okviru ograničenja i smernica koje postavljaju zdravstvene regulative i finansijeri.”³⁰

U prethodnim definicijama zajednički naziv je osetljivost na aktualne potrebe korisnika zdravstvene/medicinske zaštite. Međutim, kvalitet zaštite ne može se svesti samo na zadovoljstvo korisnika ili njihove izražene zahteve. Često korisnici zaštite ne znaju, šta treba pa mogu zahtevati neodgovarajući ili čak štetan tretman. Stoga u definiciju treba uključiti i profesionalnu potrebu, odnosno prosuđivanje do koje mere usluga zadovoljava pacijentove potrebe, bilo na individualnom, bilo na populacionom nivou. Mada ni to nije dovoljno da se pruži kvalitetna medicinska zaštita. Usluga koja je zadovoljila pacijentove i profesionalne potrebe i ciljeve, još uvek može biti nekvalitetna ako je neefikasna ili rasipna, tj. ako se ograničeni resursi isuviše i neopravdano troše na jednog pacijenta a time se mogla pružiti pomoć većem broju korisnika. Dakle, kvalitetna medicinska zaštita nije ona koja se postiže po bilo kojoj ceni, već ona koja – udovoljavajući pacijentove i profesionalne potrebe i ciljeve – koristi resurse na najefikasniji način. Najzad, medicinska zaštita ne može biti kvalitetna ako ne zadovoljava zakonske, etičke, ugovorne i druge obaveze. Iz poslednje definicije proističe da je kvalitetna medicinska zaštita rezultat istovremeno suprotnih zahteva različitih interesnih grupa.

Ključne dimenzije kvalitetne zdravstvene / medicinske zaštite: postoji mnogo dimenzija kvalitetne zdravstvene zaštite među kojima su:

- delotvornost (efficiency)
- dostupnost (accessibility)
- efikasnost (efficacy)
- neprekidnost (continuity)
- pravičnost (equity)
- prihvatljivost (acceptability)
- pravovremenost (timeliness)
- prikladnost (appropriateness)
- raspoloživost (availability)
- sigurnost (safety)

³⁰ Ovretveit J., “ *Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services*”, Blackwell Science, Oxford 1995:2.

- efektivnost (effectiveness)...

Većina ovih pojmova govori za sebe pa će biti razjašnjeni samo oni pojmovi kod kojih bi moglo doći do zabune:

Delotvornost (*efficiency*): odnos između rezultata (ishoda) intervencije/zaštite i upotrebljenih resursa da se pruži takva intervencija/zaštita. Iz ove relacije moguće je zaključiti da je delotvornost veća ako se mogu postići kvalitetno isti rezultati uz smanjivanje ulaganja u resurse (snižavanje troškova, skraćivanje vremena, manje obučeni ljudi po intervenciji/zaštiti). Veću delotvornost možemo postići i obrnutim procesom, da istim resursima pružimo kvalitetniju intervenciju/zaštitu.

Efikasnost (*efficacy*): stepen u kom intervencija/zaštita za pacijenta, pod optimalnim uslovima pružanja, pokazuje da su ispunjeni željeni rezultati.

Efektivnost (*effectiveness*): stepen u kom je intervencija/zaštita pružena pacijentu na ispravan način, prema trenutnom stanju znanja, s ciljem da se postigne željeni rezultat. To je stepen u kojem je dobit koja se može postići već dostignuta ili stepen u kojem služba ispunjava svrhu radi koje je formirana.

Dostupnost (*accessibility*): stepen u kom korisnik može pravovremeno i bez prepreka (putnih, geografskih, kulturalnih, finansijskih) potražiti i postići zdravstvenu zaštitu.

Raspoloživost (*availability*): stepen u kom je odgovarajuća intervencija/zaštita primenjena u svako doba kada je pacijent zatraži.

Prikladnost (*appropriateness*): stepen u kom je pružena intervencija/zaštita, prema trenutnom stanju znanja, značajna za pacijentove kliničke potrebe.

Tri ugla gledanja na kvalitet zdravstvene/medicinske zaštite (vodeći računa o različitim interesima učesnika koji su uključeni u pružanje medicinskih usluga, razlikujemo tri ugla gledanja na kvalitet medicinske zaštite):

1. kvalitet za korisnika: ono što korisnici i negovatelji traže od usluge;
2. profesionalni kvalitet: lekari i drugi stručnjaci procenjuju da li su zadovoljene potrebe pacijenta; da li su usluge tehnički ispravno pružene; i da li su primenjene odgovarajuće procedure sa ciljem da se zadovolje potrebe korisnika;
3. kvalitet za menadžment: medicinska zaštita se ocenjuje u odnosu na efikasnost, učinak i produktivnost, u okviru zadatih ograničenja i smernica koje su propisane zakonskom regulativom i finansijskim propisima u zdravstvenom sistemu.

Da bismo mogli govoriti o kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti, ova tri pogleda treba integrisati, što usložava postizanje kvalitetne medicinske zaštite i konceptualno razlikuje kvalitetne medicinske usluge od drugih vrsta usluga koje se pružaju klijentima. To, znači da treba definisati standarde kvaliteta za sva tri pogleda, što – na kraju – kroz ispoljene konflikte standarda može razotkriti različite ciljeve tri interesne grupe. Na primer, izvesni zahtevi u pogledu standarda sigurnosti (npr. protivpožarna zaštita) mogu biti u sukobu s pacijentovim potrebama ili profesionalnim standardima. Veština pomirenja ovih potencijalnih sukoba leži u malim kompromisima koji donose mnogostruke dobiti svim uključenim stranama.

Mnogi smatraju da je dovoljno osigurati resurse – dovoljan broj uvežbanog osoblja, opremu i novac i da će se kvalitet desiti sam po sebi. To se uglavnom ne dešava. Američki guru kvaliteta Crosby (1979) napisao je knjigu *Kvalitet je besplatan* (hteo je zapravo reći da nedostatak kvaliteta košta) i u toj knjizi tvrdi da se proverom prakse i redukcijom rasipanja mogu postići značajne uštede koje prevazilaze troškove uvođenja novih procedura. Nažalost, to nije uvek tačno, jer uvođenje novih tehnologija zahteva značajna ulaganja. Na primer, porast programa skrininga (screening) u Velikoj Britaniji doveo je do porasta stope kompijuterizacije u porodičnoj praksi sa 35% na 90%. To je bila ogromna investicija čiji su troškovi nadmašili uštede koje su se postigle u smanjenju oboljevanja stanovništva po uvođenju skrininga.

Očigledno je da različiti pogledi na kvalitet treba da budu u dinamičkoj ravnoteži. Jedan od najčešćih konflikata jeste onaj između troškova i kvaliteta. Naročito je značajan rastući konflikt između pacijentovog i profesionalnog pogleda na kvalitet. Bolje informisana javnost (Internet, na primer) sve više iskušava tradicionalnu ekspertizu lekara. Deo te rastuće svesnosti o pravima pacijenata jeste i porast broja parničenja i traženje naknada štete zbog nesavesnog lečenja. To može imati brojne posledice, ali jedna ključna je da lekari mogu preduzeti drugačiji tok akcije sa ciljem da se zaštite od rizika i da odustanu od pristupa koji favorizuje pacijente (tzv. defanzivna medicina).

Teško je pomiriti različite stavove, aspekte posmatranja i očekivanja stepena kvaliteta između donosilaca zakonske regulative u zdravstvu, finansijera, medicinskih profesionalca, menadžmenta medicinskih ustanova i pacijenata kao najvažnijih u lancu. Interesi ovih grupa uvek su suprotstavljeni jedni drugima. ***To objašnjava zašto je diskusija o kvalitetu zdravstvene zaštite toliko kompleksna i zašto uvođenje sistema kvaliteta u zdravstvo napreduje tako sporo.***³¹

³¹ www.webmedicina.com (ČETVRTAK, 30 AVGUST 2012 17:54)

Mehanizmi postizanja i podsticanja pružanja visokokvalitetne zdravstvene ustanove ne vezuju se samo za stručnost kadrova (ona se podrazumeva), već se usmerava ka saradnji sa pacijentom, koja ide uporedo ka saradnji sa kolegama i dobroj komunikaciji . Dakle, **kriterijumi pružanja kvalitetne zdravstvene** usluge su još i :

- postupanje i strogo pridržavanje procedura rada (koje treba da budu koncipirane u skladu sa standardom ISO 9001-2001 , a to znači da su : konzistentne, tačne, logične, bezbedne i da su zadovoljeni kriterijumi: ko, kako, koliko i na koji način treba da obavi određenu radnu aktivnost)

- program upravljanja stresom

- uspostavljanje i negovanje profesionalne komunikacije na svim nivoima i medju svim učesnicima u sistemu zdravstvene zaštite, koja je otežavajuća bez unapredjenje nivoa EI (naročito socijalne, interpersonalne inteligencije

- primena savremenih informacionih i zdravstvenih tehnologija u svrhu kvalitetnog, stručnog i efikasnijeg pružanja medicinskih usluga

- primena inovativnih znanja u oblasti medicinskih nauka

- kontinuirano unapredjenje kvaliteta pruženih usluga

- kontinuirana edukacija zdravstvenog kadra i dr.

Integraciju medicinskih i nemedicinskih delova zdravstvenog sistema moguće je dostići pravovremenom racionalizacijom, efikasnom mrežom zdravstvenih ustanova i usklađivanjem regulacionih mehanizama u zdravstvu sa predviđenim aktivnostima. Principi menadžmenta u integrisanoj zdravstvenoj zaštiti su višeslojni. Iz didaktičkih razloga izvršena je sledeća podela:

1. Menadžment potpunog kvaliteta (“Total Quality Management”- TQM)

2. Menadžment koštanja

3. Menadžment informisanja

4. Faktori implementacije (kultura preduzetnika, organizacija i personalni kapaciteti u zdravstvu).³²

TQM predstavlja jedan od glavnih strateških oslonaca u razvoju integrisane zdravstvene zaštite. Sistem menadžmenta kvaliteta zasnovan je na pravnim standardima DIN EN ISO 8402, a u odnosu na organizacionu strukturu, postupke, procese i sredstva.³³

³² Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007., str. 83

³³ Isto., str. 84.

DIN EN ISO 8402: „Sve aktivnosti koje u okviru QM – sistema određuju politiku kvaliteta, ciljeva i odgovornosti, a koje se ostvaruju planiranjem kvaliteta, upravljanjem kvalitetom, dokazivanjem sigurnosti kvaliteta i poboljšanjem kvaliteta spadaju u “Total Quality Management”, usmeren ka organizacionoj strukturi, postupcima, procesima i sredstvima što sve zajedno daje – **SISTEM MENADŽMENTA KVALITETA.**

Izgradnja i primena TQM menja preduzetničku kulturu, uključujući informacionu tehnologiju, preciznost, didaktički pristup, transparentnost i “date to date”, poznavanje budžeta. Na taj način se mogu dostići strateški ciljevi reforme zdravstvenog sistema sa orijentacijom prema kupcu, saradniku ili procesu. Svaka od orijentacija ima svoje mnogobrojne specifičnosti, što upućuje da analiza zdravstvenog sistema bez primene TQM – principa više nije moguća, jer ne može da pruži validnu i realnu sliku stanja u zdravstvenoj zaštiti jedne zemlje.

Ciljane vrednosti TQM su sledeće:

- Analiza i poboljšanje postupka i procesa u menadžmentu zdravstvene zaštite
- Analiza i poboljšanje organizacionih uslova u zdravstvenom sistemu
- Optimalan upravljački mehanizam i hijerarhisko-funkcionalna povezanost jednog sistema
- Generisanje univerzalnih vrednosti u optimalnim uslovima savremenog pristupa menadžmentu.

Evropski region se već deceniju i više bavi uspostavljanjem jednog univerzalnog TQM – sistema, a kao nosilac aktivnosti određena je Evropska fondcija za menadžment kvaliteta (“European Fondation for Qualiti Management” – EFQM), koji direktno podržavaju, putem dodeljivanja priznanja i nagrade za kvalitet u raznim oblastima, dve organizacije:”Deming Application Prize” i “Malcolm Baldrige National Quality Award”. Tako je nastao EFQM - model koji za kriterijume kvaliteta koristi rezultate i osposobljenost.

Ciljevi i strategija TQM :

“**TOTAL**”- svi poslovni sektori i saradnici povezani su kroz razvoj kvaliteta menadžmenta organizacije, podsistema i sistema.

“**QUALITY**”- visoko postavljeni zahtevi za određeni nivo vrednosti proizvoda i/ili usluge.

“**MANAGEMENT**”- snaga vođenja i organizacije, sa ciljem sigurnosti i poboljšanja

kvaliteta i **strategijom** : “Sinhronizovana aktivnost povezivanja upravljačkih tela sa partnerima, mrežom organizacionih jedinica, saradnicima i kupcima.

Tipovi orijentacija u TQM – sistemu:

- **prema kupcu** – pouzdanost, reagibilnost, učestalost, komunikacija, verovanje, sigurnost, razumevanje, materijalna podrška,

- **prema saradnicima** – identifikacija, motivacija, samostalnost, kooperativnost, inicijativa, kreativnost, preduzetništvo, upravljanje,

- **prema procesu** – ceo sistem jedna organizaciona jedinica, anticipacija nedostataka, preventivne aktivnosti, brzina, informacija, monitoring, kontrola i evaluacija.³⁴

Permanentno učenje inovacionih tehnika i teorijska znanja iz oblasti menadžmenta kvaliteta predstavljaju osnovni uslov za uvođenje TQM sistema u zdravstveni sistem. Rezultati i osposobljenost su ne samo glavni kriterijumi za razvoj menadžmenta kvaliteta, već i za njegovo tumačenje, formulisanje nove strategije i dostizanje optimalne efikasnosti i efektivnosti odgovarajućeg procesa.

Definicija kriterijuma:

- **Rezultati kao kriterijum za TQM** – rezultati proistekli u procesu preduzetničke delatnosti stavljaju se za glavni cilj i oni omogućavaju sve druge aktivnosti, od investicija do očuvanja radnih mesta. Pitanja:

1. Koji podaci i informacije su značajni za uspeh, i kako ih pronaći?
2. Šta se može razvijati s obzirom na dobijene vrednosti?

- **Osposobljenost kao kriterijum za TQM** – osposobljenost je znanje kojim se dostiže optimum efikasnosti i efektivnosti odgovarajućeg procesa, a čine ga produktivni i tzv. Umetnuti faktori. Pitanja:

1. Šta preduzima preduzetnik da bi dostigao pretpostavljeni kvalitet?
2. Kako se pri tome treba postupiti?³⁵

Osnova za odlučivanje u mreži integrisane zdravstvene zaštite je informacija o koštanju predviđenih usluga i analiza svrsishodnosti korišćenja datih finansijskih i materijalnih troškova. Razlozi za nastanak **menadžmenta koštanja u zdravstvu** su visoki rastući rashodi, visoki zahtevi osiguranika i potreba kontrole ekonomičnosti zdravstvene zaštite. U integrisanoj zdravstvenoj

³⁴ Isto., str. 85.

³⁵ Isto., str. 86.

zaštiti je naglašeno da se medicinski i nemedicinski parametri razvoja zdravstvenog sistema ne mogu više odvojeno analizirati, već čine jednu celinu.

Zadaci menadžmenta koštanja u integrisanoj zaštiti su:

1. Relevantna informacija o koštanju u svrhu odlučivanja na nivou onih koji nude uslugu
2. Struktura koštanja i fleksibilnost moraju se optimizirati zbog održivosti u sistemu zdravstvene zaštite
3. Potencijalno smanjenje koštanja neophodno je anticipirati i pripremiti uži nivo troškova
4. Procesi davanja usluga u zdravstvenoj zaštiti moraju se koordinirati između više proizvođača

Zbog kompleksnosti zdravstvenog sistema svaki model plaćanja mora imati jasno definisane ciljeve i specifičnu misiju.

Ciljevi menadžmenta koštanja su:

1. Zadovoljstvo kupaca
2. Efikasnost
3. Rentabilnost
4. Rast
5. Tržište
6. Ispunjenje ciljeva saradnika
7. Zaštita okoline
8. Korektan pristup³⁶

Menadžment pozicija predstavlja izazov u doba tržišne ekonomije i globalizacije sistema. Mesto spajanja različitih delova zdravstvenog sistema sa samim procesom zdravstvene zaštite, gde se strukovni, ekonomski i politički uticaji dodiruju, novi je aspekt multidimenzionalnosti profesije. Tipovi pozicija u zdravstvu su:

1. Pozicije u sistemu zdravstva
2. Funkcionalne pozicije u zdravstvenoj zaštiti
3. Pozicije u procesu usluga

Pozicije u zdravstvu su značajan faktor organizacije, planiranja, vođenja i kontrole uspešnosti preduzetih mera za unapređenje zdravstvene zaštite. Optimizacija procesa zdravstvene

³⁶ Isto., str. 88

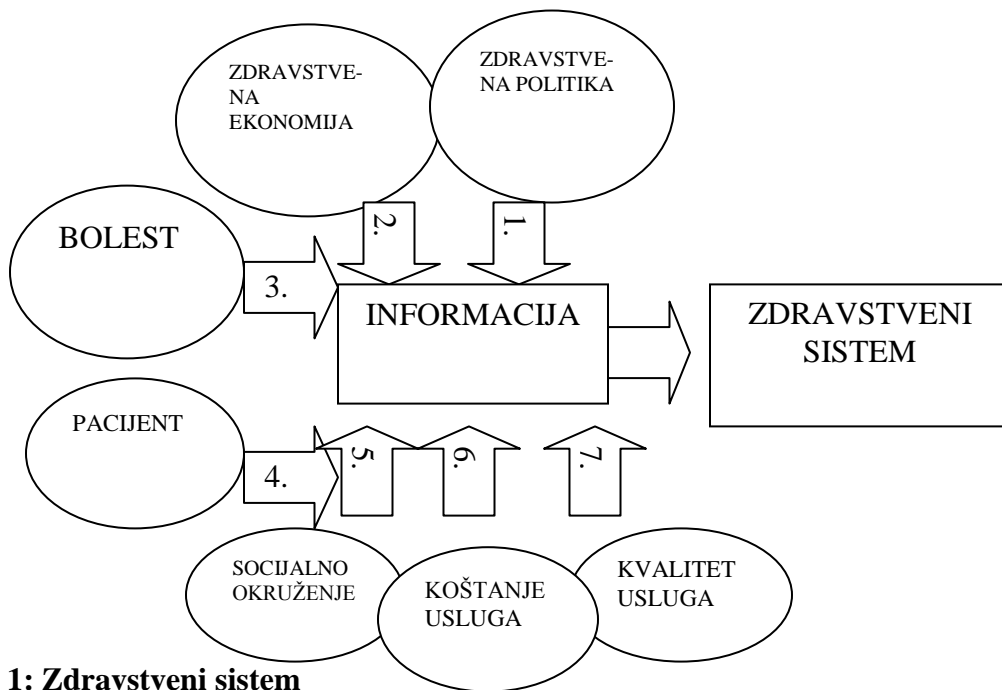
zaštite je suština modela integrisane zaštite, što se može postići interdisciplinarnim pristupom kroz sledeće aktivnosti:

- Međuzavisnost i multiprofesionalnost zajedničkih aktivnosti
- Integracija procesa davanja usluga
- Informaciono povezivanje komunikacionog procesa sa odlučivanjem (Slika br. 1)

Rešavanje problema kroz menadžment pozicija uvek je bio jedan specifičan oblik vladanja sistemom i ljudima, a danas u doba decentralizovanih sistema odlučivanja i odgovornosti, pojavljuju se novi aspekti koji se moraju uzeti u obzir da bi sistem funkcionisao.

Rešavanje problema kroz menadžment pozicija – Decentralizacija:

1. Smanjenje distance: između saradnika, između organizacionih jedinica,
2. Informaciona politika: otvorena, intenzivna,
3. Zajednički cilj: interaktivno učenje svih učesnika u procesu, razmena mišljenja i iskustava.³⁷



Slika br. 1: Zdravstveni sistem

Izvor: Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007., str. 91.

³⁷ Isto., str.91.

Menadžment informisanja u zdravstvenom sistemu može biti eksterni i interni, zavisno od toga da li je u pitanju komunikacija zdravstvenog sistema sa okruženjem ili unutar sistema.

Menadžment informisanja u zdravstvu:

- A. ***Eksterni informacioni menadžment*** – Informaciona povezanost mreže integrisane zdravstvene zaštite sa okruženjem pomoću komunikacionih i političkih marketinških instrumenata (“Public Reaction & Corporate Identity”)
- B. ***Interni informacioni menadžment*** – Informaciona povezanost preduzetničkih i uslužnih delatnosti i organizacionih jedinica unutar zdravstvenog sistema, tj. sistema integrisane zdravstvene zaštite.

Organizacija kao implementacioni parameter je strukturna paradigma integrisane zdravstvene zaštite sa stvaranjem uslova za promene u menadžmentu putem novih organizacionih jedinica, izgradnjom potpuno drugačijih odnosa, te izmenom u procesu rada i u toku aktivnosti.

Organizacioni faktori stvaranja integrisane zdravstvene zaštite:

1. ***Organizacija procesa***
2. ***Organizacija tima***
3. ***Profit-centar-organizacija***³⁸

2.7. Menadžment zasnovan na znanju – Knowledge Management

“Sposobnost kompanije da uči i da naučeno brzo pretvori u akciju, najveća je prednost koju ona može da poseduje.” Jack Welch

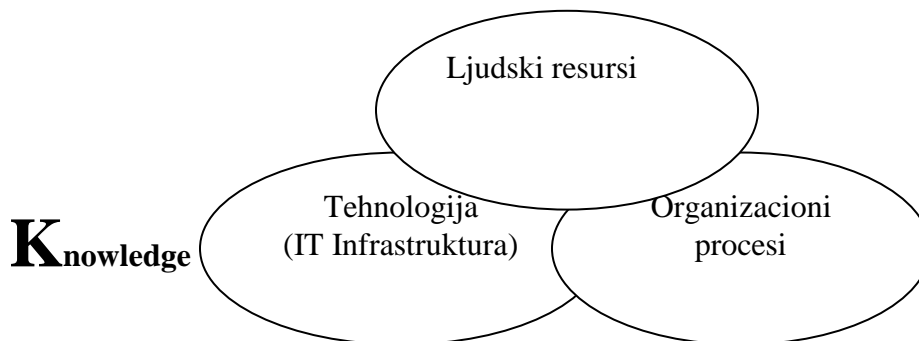
Sasvim je sigurno da sposobnost neke organizacije da uči i da se menja, da uči brže od drugih i da naučeno brzo pretvori u akciju, predstavlja najveću prednost koju ona može da poseduje.

Michael E. Porter – ***Knowledge management*** (Menadžment znanja) predstavlja interdisciplinarni poslovni koncept koji u svom fokusu ima organizaciono učenje.

Koncept menadžmenta znanja je ukorenjen u mnogim disciplinama uključujući biznis, ekonomiju, psihologiju i menadžment informacionih sistema. Za današnje firme pitanje menadžmenta znanja je ultimatum neophodan za postizanje konkurentске prednosti. Menadžment

³⁸ Isto., str. 95.

znanja uključuje ljude, tehnologiju, procese kao međusobno povezane i preklapajuće delove, što se može videti na slici (Slika br.2).³⁹



Slika br.2: Knowledge management

Izvor: Mašić B., Babić L., Boljanović-Đorđević L., Tomašević V., Veselinović S., *Menadžment*, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2009., str. 488.

Menadžment znanja se najčešće opisuje kao proces u kome se znanje osvaja, čuva, deli i primenjuje. To je koncept kolektivnog znanja jedne organizacije čiji krajnji cilj predstavlja “efikasna primena znanja u situacijama u kojima se donose odluke” (eng. *decision – making situations*). Takvo znanje mora biti od značaja i korisno – primenjivo u procesu donošenja i sprovođenja odluka u organizacijama.

Menadžment znanja je proces usvajanja i korišćenja kolektivnog iskustva organizacije bilo gde u poslovnom procesu – na papiru, dokumentima, bazama podataka (eng. *explicit knowledge* – eksplicitno, vidljivo znanje) ili u umovima zaposlenih (tzv. *tacit knowledge*, eng. – prećutno, nevidljivo znanje).⁴⁰

Osim glavnih podprocesa menadžment znanja procesa, koncept menadžmenta znanja sadrži i dizajniranje bojnih polja (područja) organizacije. Tu pre svega mislimo na: poslovne procese, informacione tehnologije (postaju sve više glavni faktor menadžmenta znanja), liderstvo, korporativnu kulturu, upravljanje ljudskim resursima i kontrolu.⁴¹ Navedene oblasti organizacije čine koncept menadžmenta znanja.

Menadžment znanja se može definisati samo uz pomoć tri komponente: procesa, ljudi i informacione tehnologije.⁴²

³⁹ Mašić B., Babić L., Boljanović-Đorđević L., Tomašević V., Veselinović S., *Menadžment*, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2009., str.487-488.

⁴⁰ Milićević V., *Strategijsko poslovno planiranje: menadžment pristup*, Kultira, Beograd, 1993., str.23.

⁴¹ Russell L., Ackoff, *Creating the Corporate Future*, John Wiley & Sons, 1981., str.17.

⁴² Ansoff H., McDonnell J., *Implanting Strategic Manegemaent*, Prentice Hall, 1990., str.19.

2.7.1. Razvoj menadžment nauke u zdravstvu

Menadžment nauke u zdravstvu ima ukupno četiri koncepta:

1. Orijentacija (Tabela br. 3)
2. Cilj
3. Intenzitet
4. Marketing⁴³

Izazov postavljen pred savremeni menadžment u zdravstvenoj zaštiti u uslovima opterećenih povećanjem koštanja i zahtevima u pogledu sigurnosti i kvaliteta zdravstvenih usluga je održivost vlastitih institucija. Pritisци na novi koncept menadžmenta zdravstvenog sistema su mnogobrojni, ali se mogu, s obzirom na važnost, izdvojiti sledeći:

- Racionalizacija zdravstvenig sistema
- Pozicioniranje zdravstvene delatnosti
- Integracija zdravstvene zaštite
- Transparentnost reformskih aktivnosti
- Nove forme i profesije u zdravstvenoj zaštiti⁴⁴

Prema orijentaciji, menadžment se usmerava u pravcu celokupnog stanovništva i tehničko-tehnološkim uslovima razvoja, sa jedne, te u odnosu pacijent –sistem sa druge strane (Tabela br. 4).

Tabela br. 3: Koncept menadžmenta nauke – prma orijentaciji

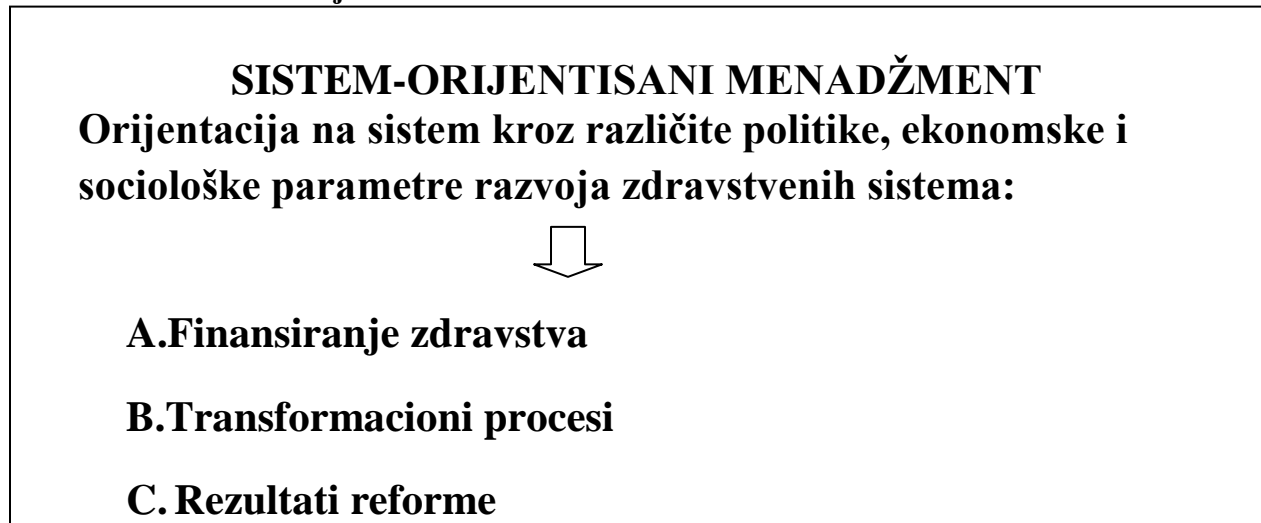
<p style="text-align: center;">KONCEPT MENADŽMENTA NAUKE (PREMA ORIJENTACIJI)</p> <p>A : POPULACIONI TEHNIČKO - TEHNOLOŠKI</p> <p>B : SISTEM-ORIJENTISANI KLIJENT-ORIJENTISANI</p>

Izvor: Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007., str. 128.

⁴³ Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007., str. 127.

⁴⁴ Isto., str. 127.

Tabela br. 4: Sistem-orijentisani menadžment



Izvor: Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007., str. 131.

Klasičan *sistem-zavisni organizacioni menadžment* kao podsistem društvenog uređenja se sve više zamenjuje faktorima kao što su: marketing, radni plan, finansijski plan, budžetiranje, plan aktivnosti, vremenski rokovi, razvoj ljudskih resursa, interaktivne veze bioloških, psiholoških i socioloških fenomena, razvoj novih profesija i veština, informacione tehnologije, edukacije i usavršavanja.

Drugi oblik menadžmenta nauke je cilj-orijentisani menadžment i predstavlja specifičan proces formulisanja ciljeva razvoja zdravstvenog sistema i počinje od identifikacije strateških ciljeva, a završava se izradom plana ugradnje definisanih ciljeva u zdravstvenom sistemu kroz različite oblike strateških i operativnih planova razvoja. Kontrola procesa ugradnje i evaluacija dostignutih ciljeva u praksi su završne aktivnosti u cilj-orijentisanom menadžmentu. Ovaj model se koristi kada su u pitanju vrlo uski, precizno determinisani, delovi zdravstvenog sistema koje treba regulisati ili izgraditi neke nove forme u svrhu efikasnosti rada određenih podsistema. U takvim slučajevima je cilj-orijentisani menadžment najpopularniji pristup u rešavanju problema.⁴⁵

Koncept menadžmenta nauke prema intenzitetu ima dva dela, individualni i sistemski (Tabela br. 5).

Individualni deo obuhvata sve aktivnosti koje pojedinac mora prepoznati, analizirati, uočiti problem i pripremiti moguće alternative za rešenje ovog problema. Ova aktivnost može biti ili intuitivna, kada pasivno na osnovu iskustva i osećaja za stvarnost anticipiramo još nevidljivi

⁴⁵ Isto., str. 131.

problem, ili reaktivna, kada je taj isti problem već vidljiv.

Sistemska gledanje je jedan kompleksniji i sveobuhvatniji pristup rešenju nagomilanih pitanja koji zahteva da se razvije određeni lanac uzročno-posledičnih veza kako bi se problem uspešno rešio. Stvara se takozvani interaktivni kružni tok, kakav je recimo "polyci cycle" reforme zdravstvenog sistema.

Najviši stepen znanja, iskustva i menadžerske veštine predstavlja projekcioni pristup menadžmentu kada vrhunski menadžer anterogradno, znači unapred, pravi određene korekcije u planu aktivnosti očekujući da će političke, ekonomske ili personalne promene koje bi mogle uslediti, doneti takve poremećaje u sistemu da je on primoran da već sada pripremi, odnosno, promeni određene planove, aktere ili forme delovanja.⁴⁶

Tabela br.5: Koncept menadžmenta nauke prema intenzitetu

**KONCEPT MENADŽMENTA NAUKE
(prema intenzitetu)**

A: PASIVNI(INTUICIJA)

REAKTIVNI (odgovor na problem)

B: INTERAKTIVNI („KRUŽNI TOK“)

PROJEKCIONI (ANTEROGADNA KOREKCIJA)

Izvor: Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007., str. 133.

⁴⁶ Isto., str. 132.

3. SPECIFIČNOSTI PRIMENE MENADŽMENTA U PREVENTIVNIM ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

3.1. Segmenti primarne (preventivne) zdravstvene zaštite

Primarna zdravstvena zaštita je prvi kontakt između pojedinca i zdravstvenog sistema. Zdravstvena delatnost na primarnom nivou obuhvata rad preventivnih zdravstvenih ustanova koje vrše: zaštitu i unapređenje zdravlja, sprečavanje i rano otkrivanje bolesti, lečenje, rehabilitaciju bolesnih i povređenih; preventivnu zdravstvenu zaštitu grupacija stanovništva izloženih povećanom riziku oboljevanja i ostalih stanovnika, u skladu sa posebnim programom preventivne zdravstvene zaštite; zdravstveno vaspitanje i savetovanje za očuvanje, otkrivanje i lečenje bolesti usta i zuba; patronažne posete, lečenje i rehabilitaciju za lica smeštena u ustanove socijalnog staranja; hitnu medicinsku pomoć i sanitetski prevoz; farmaceutsku zdravstvenu zaštitu; rehabilitaciju dece i omladine sa smetnjama u telesnom i duševnom razvoju; zaštitu mentalnog zdravlja; palijativno zbrinjavanje.⁴⁷

U obavljanju zdravstvene delatnosti na primarnom nivou zdravstvene ustanove ostvaruju saradnju sa drugim zdravstvenim, socijalnim, obrazovnim i drugim ustanovama i organizacijama za pripremanje i izvođenje programa za očuvanje i unapređenje zdravlja. Specijalistično – konsultativna delatnost koja se obavlja na primarnom nivou mora imati za svoje potrebe odgovarajuću laboratorijsku i drugu dijagnostiku. Zdravstvene ustanove na primarnom nivou, u obavljanju specijalističko – konsultativne delatnosti povezuju se u stručnom ili organizacionom smislu sa odgovarajućim zdravstvenom ustanovom koja obavlja sekundarnu zdravstvenu delatnost. Primarna zdravstvena zaštita predstavlja prvi nivo kontakta pojedinca, porodice i zajednice sa sistemom nacionalne zdravstvene zaštite, a približava se, što je moguće više, mestu gde ljudi žive i rade i predstavlja prvi element procesa kontinuirane zdravstvene zaštite.⁴⁸

Primarna zdravstvena zaštita, kao integralni deo sveobuhvatnog sistema zdravstvene zaštite i nukleus tog sistema, orijentisana je na:

- odgovornost za celokupno stanovništvo, a ne samo za pojedince;
- usmerenost prema porodici, očuvanju i unapređenju zdravlja njenih članova;
- razvoj mehanizama za unapređenje kvaliteta zaštite koja se pruža korisnicima;

⁴⁷ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, („Sl. glasnik RS”, 107/2005).

⁴⁸ WHO, Deklaracija iz Alma Ate, (SZO), 1978

- davaoće usluga koji imaju multiple zadatke, a zajednica je uključena u odlučivanje.

Zasniva se na izabranom lekaru i njegovom timu. Oni predstavljaju „čuvare kapije” za ulaz u zdravstveni sistem.

Primarna zdravstvena zaštita:

- obezbeđuje rešenja za preko 85% zdravstvenih problema u populaciji;

- predstavlja prvi kontakt sa zdravstvenom službom;

-blisko je locirana, orijentisana ka pojedincu, porodici i zajednici, sa efektivnim komunikacijama;

-obezbeđuje kontinuitet određen potrebama pacijenta, rešava akutne i hronične poremećaje zdravlja;

- ima relativno nisku cenu koštanja;

- podrazumeva multisektorsku saradnju;

- akcenat stavlja na promociju zdravlja i prevenciju;

- primenjuje odgovarajuće tehnologije za zdravlje.

Na osnovu napred navedenog segmenti preventivne zdravstvene zaštite su:⁴⁹

1. Zdravstveno vaspitanje
2. Opšta medicina
3. Medicina rada
4. Zdravstvena zaštita dece
5. Zdravstvena zaštita žena
6. Polivalentna patronaža
7. Stomatološka zdravstvena zaštita
8. Laboratorijska dijagnostika
9. Rendgen dijagnostika
10. Kućno lečenje i zdravstvena nega
11. Hitna medicinska pomoć.

Preventiva je usmerena ka unapređenju kvaliteta, efikasnosti i dostupnosti primarne zdravstvene zaštite, kao i iznalaženju novih pristupa i modela za bolje zdravlje stanovnika na lokalnom nivou. U skladu sa tim glavni strateški pravci su:

- uspostavljanje prioriteta u očuvanju i unapređenju zdravlja građana;

⁴⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, („Sl. glasnik RS”, 107/2005).

- pomeranje težišta aktivnosti domova zdravlja sa bolesti na determinante zdravlja i faktore rizika kao uzroke oboljevanja i prevremene smrtnosti;

- kreiranje aktivnosti u oblasti promocije zdravlja;

- unapređenje i podrška individualnim i kolektivnom zdravim stilovima života, adekvatnim zdravstvenim i psihosocijalnim intervencijama u zajednici i efektivnom korišćenju zdravstvenih službi;

- razvijanje partnerstva za zdravlje na svim nivoima.

Od preventivne zdravstvene zaštite se očekuje da dovede do:

- poboljšanja zdravstvenog stanja stanovništva;

- smanjenje troškova putem porasta efikasnosti pružanja zdravstvene zaštite;

Povećanja zadovoljstva korisnika radom zdravstvene službe, kao i zadovoljstva davaoca usluga;

- povećanja mogućnosti izbora za korisnike i davaoce usluga u zdravstvu.

Definisanje ciljeva u smislu zadatka i aktivnosti, odnosno programa i projekata koje treba sačiniti, predloga indikatora za prećenje ostvarivanje postavljenih ciljeva, uz određivanje nosioca, rokova i dinamike realizacije je jedan od ključnih zadataka menadžera preventivne zdravstvene ustanove.

Osnovne smernice tekuće reforme sistema zdravstvene zaštite koje se odnose na primarnu zdravstvenu zaštitu u Srbiji su:

- redefinisane sadržaja i obima primarne zdravstvene zaštite koji će se finansirati od zdravstvenog osiguranja;

- definisanje kadrovskih zahteva, potreba i neophodnih veština;

- obezbeđivanje snažne dijagnostičke, terapijske i informatičke podrške;

- primena definisanih vodiča dobre prakse kao efikasnih instrumenata stalnog unapređenja kvaliteta;

- razvijanje uloge i aktivnosti lekara opšte medicine;

- okretanje i fokusiranje ka zajednici i ka porodici;

- postavljanje korisnika (pacijenta) u centar sistema zdravstvene zaštite;

Finansiranje mehanizama kapitacije;

Izjednačavanje mogućnosti, prava i obaveza za privatnog i za državnog lekara.

U Viziji sistema zdravstvene zaštite u Srbiji navode se vodeći principi reforme i to:⁵⁰

- sistem zdravstvene zaštite jasno organizovan u tri funkcionalna nivoa;
- jednaka pristupačnost za usluge osnovnog sadržaja i obima zdravstvene zaštite (osnovni paket zdravstvenih usluga);
- visok prioritet u budućem sistemu preventivnoj i primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- povećano učešće privatnog, profitnog i neprofitnog sektora u pružanju zdravstvene zaštite stanovništvu;
- jasno definisane i razdvojene uloge korisnika, posrednika i davalaca zdravstvenih usluga;
- nacionalni sistem za obezbeđivanje kvaliteta i licenciranje kao baza za promovisanje, poboljšanje, praćenje i kontrolisanje kvaliteta usluga i ustanova.

Sveobuhvatni ciljevi sistema zdravstvene zaštite:

- Promocija, očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva
- Postizanje jednakosti u zdravlju bez obzira na dom zdravlja u kome se zaštita ostvaruje;
- Povećanje otvorenosti domova zdravlja i razvijanje aktivnog pristupa ka pojedincu, porodici, zajednici, uz preuzimanje njihove odgovornosti za zdravlje;

Opšti i specifični ciljevi:⁵¹

1. Ostvariti ujednačenost i dostupnosti, obezbeđenosti i kvalitetu zdravstvene zaštite:

- Obezbediti jednake uslove za korišćenje zdravstvene zaštite za sve građane
- Unaprediti kapacitete i opremljenost preventivnih zdravstvenih ustanova
- Obezbediti stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite
- Podesticati razvoj, primenu i praćenje vodiča dobre prakse
- Uvoditi i razvijati sistem akreditacije zdravstvenih ustanova

2. Obezbediti veću otvorenost preventivne zdravstvene zaštite ka porodici i zajednici i razvoj aktivnog pristupa u pružanj zdravstvene zaštite zasnovane na potrebama stanovništva:

- Inicirati, kreirati i sprovoditi akcije u zajednici usmerene ka unapređenju i očuvanju zdravlja.
- U zdravstvenoj delatnosti intenzivirati razvoj modela koji podržavaju promociju zdravlja.

⁵⁰ Zdravstvena politika Republike Srbije, 01.02.2002.g.

⁵¹ Isto..

- Informisati, edukovati i osposobljavati stanovništvo u vezi sa očuvanjem zdravlja i smanjenjem faktora rizika.

- Sprovoditi mobilizaciju i razvijati participaciju i organizaciju zajednica za brigu o zdravlju.

3. Stvarati i razvijati partnerstvo za zdravlje na lokalnom nivou između državnog, privatnog i civilnog sektora:

- Formirati i razvijati odbore i koalicije za javno zdravlje na lokalnom nivou

- Formirati i razvijati stručne komisije za razvoj primarne zdravstvene zaštite

- Razvijati intersektorsku saradnju i multidisciplinarni rad.

4. Stalni razvoj i edukacija ljudskih resursa:

- Planirati i sprovoditi program stručnog usavršavanja i kontinuirane medicinske i javno zdravstvene edukacije.

- Uvoditi i razvijati sistem licenciranja zdravstvenih radnika.

5. Unapređivati primarnu zdravstvenu zaštitu zasnovanu na potrebama stanovništva:

- Pratiti zdravstveno stanje stanovništva i determinante zdravlja

- Procenjivati zdravstvene potrebe, rizike i očekivanje zajednice

- Inovirati, razvijati, sprovoditi i pratiti programe preventivne zdravstvene zaštite.

6. Razvijati informatičko – komunikacione tehnologije i zdravstveno informacioni sistem:

- Uvesti i razviti jedinstveni informacioni sistem na nivou primarne zdravstvene zaštite u skladu sa postojećim i novim zakonskim dokumentima.

- Ujednačiti elektronsko vođenje medicinske dokumentacije među domovima zdravlja.

- Uspostaviti jedinstvenu bazu podataka za teritoriju o lečenim licima u zdravstvenim ustanovama,

- unaprediti kvalitet resursnih baza u zdravstvenim ustanovama (kadar, oprema, prostor).

Zdravstvene ustanove su specifične organizacije koje sprovode zdravstvenu delatnost, a to je:

- prati i proučava zdravstveno stanje stanovništva,
- sprovodi mere zdravstvenog vaspitanja,
- iztražuje i otkriva uzroke i pojave širenja oboljenja i povreda, kao i način i mere njihovog sprečavanja, suzbijanja, ranog otkrivanja, efikasnog i kvalitetnog lečenja, rehabilitacije i sprečavanje invalidnosti,

- prati i sprovodi stručno i naučno utvrđene metode dijagnostike, lečenja i rehabilitacije,
- organizuje i sprovodi stručno usavršavanje zdravstvenih radnika i saradnika,
- sprovodi programe zdravstvene zaštite,
- utvrđuje i sprovodi mere u elementarnim nepogodama i vanrednim situacijama, sprovodi mere radi sprečavanja neželjenih komplikacija i posledica pri pružanju zdravstvene zaštite,
- organizuje i sprovodi unutrašnji nadzor nad stručnim radom.

Svrha postojanja menadžmenta u zdravstvenoj organizaciji, odnosno zdravstvenoj ustanovi je njen uticaj na unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva. Primenom menadžmenta u zdravstvu moguće je ostvariti dve osnovne misije zbog kojih zdravstvene ustanove i postoje, a to su:

1. ostvarenje spoljne misije i
2. ostvarenje njene unutrašnje misije.

Ostvarenje spoljne misije zdravstvene ustanove moguće je postići:

- definisanjem mesta i uloge zdravstvene ustanove u sistemu zdravstvene zaštite;
- definisanje mesta i uloge zdravstvene ustanove u odnosu na ciljeve i mere zdravstvene politike;
- usklađivanjem plana rada sa zahtevima spoljne misije;
- struktuiranjem zdravstvene ustanove prema zahtevima spoljne misije;
- odgovarajućom kontrolom onog dela plana rada koji se odnosi na ostvarivanje njene spoljne misije;
- angažovanjem potrebnih sredstava i brige za njihovo racionalno trošenje radi ostvarivanja njene spoljne misije.

Ostvarenje unutrašnje misije zdravstvene ustanove moguće je postići:

- pripremanjem plana rada koje će najracionalnije koristiti postojeće resurse ustanove radi postizanja postavljenih ciljeva.
- što efikasnije izvršenje planiranih aktivnosti;
- odgovarajućom kontrolom izvršenja postavljenih zadataka i aktivnosti;
- stvaranjem pozitivne radne klime i odgovarajuće motivacije zaposlenih za što uspešniji rad u zdravstvenim ustanovama;

- obezbeđenje neophodnih finansijskih sredstava za realizaciju postavljenih ciljeva, kao i racionalno trošenje tih sredstava.

Da bi se misija (spoljna i unutrašnja) zdravstvenih ustanova uspešno sprovela potrebno je izvršiti strukturalne i tehnološke promene u zdravstvenim organizacijama, ali pre svega te promene se odnose na promene kod zaposlenih, ali i promene kod stanovništva koje koristi zdravstvene usluge. Prema tome razvoj zdravstvenih organizacija mora biti usmeren ka pojedincima, grupama, sistemu zdravstvene zaštite. Stoga je potrebno izgraditi poseban program razvoja zdravstvene organizacije, koji ne može da se prepusti laicima ili neformalnim grupama, a preduslovi za stvaranje ovog programa su sledeći zahtevi:

- program moraju prihvatiti svi menadžerski nivoi u zdravstvenoj oragnizaciji;
- respektovati mošljenje spoljnih eksperata, istaknutih menadžera;
- uključiti top menadžment zdravstvene organizacije;
- moraju ga prihvatiti lideri različitih grupa i
- uspeh u prvim fazama predstavlja preduslov za nastavak primene programa.

Sve napred navedeno moguće je sprovesti ukoliko postoji motivisani tim zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi. Motivacija uopšte, a posebno radna motivacija, predstavlja jednu od bitnih pretpostavki uspešnog rada i postizanja dobrih rezultata kako pojedinca, tako i cele organizacije u kojoj radi. Prema tome, što je veći broj motivisanih ljudi, veće je njihovo korišćenje veština i sposobnosti, veće je njihovo uključivanje u izvršenje zadataka koji su im povereni i brže i kvalitetnije ispunjenje ciljeva cele zdravstvene organizacije.

Iz svih tih razloga svaki menadžer, a posebno zdravstveni menadžer, zbog specifičnosti rada sa ljudima želi da ima što veći broj motivisanog osoblja u svojoj ustanovi. Zbog toga uspešni menadžeri planski i sistematski rade na poboljšanju morala i motivacije ljudi sa kojima rade, a samim tim i primena menadžmenta u zdravstvenoj ustanovi može biti uspešnija.

3.2. Značaj inovacija u zdravstvenom sistemu republike Srbije

Inovacije u zdravstvu Republike Srbije mogu biti na nivou:

- Čitavog zdravstvenog sistema; primena inovativnih tehnologija i multidisciplinarnih znanja za: praćenje i kontrolu zaraznih bolesti, nadzor životne sredine i prevenciju zagađenja, bezbednost hrane, praćenje promena zdravstvenog stanja stanovništva, razne vrste pregleda

pojedinih grupa stanovništva, prevenciju i kontrolu hroničnih bolesti, postizanje održivog finansiranja zdravstvene zaštite stanovništva;

- Zdravstvene ustanove: primena opšte prihvaćenih standarda, protokola, doktrina, primena dobrih praksi, dobro definisanje ili unapređenje organizacionih ciljeva, povećanje
- organizacionih performansi, efektivno učešće i uključivanje svih zaposlenih radi stvaranja podloga neophodnih da zdravstvena ustanova postane organizacija koja uči, partnerstvo sa lokalnom privredom i lokalnom zajednicom, povišenje kvaliteta komunikacija.

Na primer inovacije koje bi mogle da značajno povećaju performanse ukupnog zdravstvenog sistema su:

- određeni stepen decentralizacije u okviru sistema zdravstvene zaštite;
- stvaranja tržišta zdravstvenih usluga čija je osnova – kvalitet izvršavanja zdravstvenih usluga:
- mogućnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja građana;
- mogućnost privatnog zdravstvenog osiguranja građana;
- mogućnost da jedna ili grupa zdravstvenih ustanova ponudi određeni skup zdravstvenih usluga na tržištu po principu redovne mesečne predplate od strane korisnika usluga;
- rad državnih i privatnih zdravstvenih ustanova pod istim uslovima;
- precizno regulisanje prava pacijenata;
- određivanje stepena slobode pri izboru lekara i zdravstvene ustanove;
- obavezno osiguranje zdravstvenih ustanova od mogućih grešaka zaposlenih.

Neke od ovih inovacija već su sprovedene kroz reformu našeg zdravstvenog sistema (određivanje stepena slobode pri izboru lekara i zdravstvene ustanove...), a neke suštinske nisu (rad državnih i privatnih zdravstvenih ustanova pod istim uslovima; obavezno osiguranje zdravstvenih ustanova od mogućih grešaka zaposlenih i dr.).

Inovacije koje bi mogle da povećaju performanse zdravstvenih ustanova bi mogle biti:

- efikasno i efektivno postavljanje dijagnoze i terapijskih procedura primenom savremenih tehnologija (mamografa, skener, magnetna rezonansa,...,protokoli lečenja, razne vrste savremenih senzora za praćenje vitalnih funkcija organizma, primena različitih dokazanih metoda/tehnika upravljanja rizicima...);
- primena vodiča dobre prakse;
- standardizacija zdravstvenih usluga;

- poštovanje normativa neophodnih za izvršavanje standardizovanih usluga;
- dobar sistem internih provera i stručnog nadzora;
- timski rad;
- osposobljavanje za organizovano prikupljanje ideja i podsticanje kreativnosti;
- podsticanje učenja na svim organizacionim nivoima (stvaranje organizacije koja uči);
- motivacioni sistem.

Ovde treba istaći da uvođenje menadžment sistema u skladu sa odgovarajućim međunarodnim standardima može da da dobru podlogu za stvaranje inovativne zdravstvene ustanove. Menadžment u zdravstvenim ustanovama treba da stvara uspešne i održive inovacije u zdravstvenim uslugama koje su važne jer doprinose poboljšavanju ukupnog zdravstvenog stanja stanovništva. Zdravstvenim ustanovama kojima pođe za rukom da efektivno podrže inovacije mogu da načine značajne razlike u izvršavanju usluga u odnosu na druge zdravstvene ustanove i privući će pažnju talentovanih i kreativnih kadrova. One zdravstvene ustanove koje ne uspeju da ponude zaposlenima mogućnost da na produktivan način primene inovacije izgubiće vredne resurse i propustiti prilike za poboljšavanje kvaliteta svojih usluga i procesa.

Dakle, ovde posebno treba ukazati na suštinsku činjenicu da je jedan od osnovnih ciljeva savremene zdravstvene ustanove inovacija postojećih i razvoj novih usluga i to primenom menadžerskog pristupa inovacijama i razvoju novih usluga.

Vezano za usluge u zdravstvu, mogli bismo da identifikujemo pet tipova aktivnosti menadžmenta zdravstvene ustanove i to:

- izmene u načinu izvršavanja usluge,
- poboljšanja usluge,
- proširenja postojeće usluge
- male inovacije usluge i
- velike inovacije usluge.

Za uspešno sprovođenje menadžment pristupa inovaciji i razvoju novih usluga značajne su početne faze razvoja, jer je za stalno i pravovremeno inoviranje i realizaciju novih usluga neophodan veliki broj inovativnih ideja. Imajući u vidu da su ulaganja u ove faze neuporedivo manje u odnosu na ostale faze, zdravstvena ustanova treba da uspostavi organizovani pristup prikupljanju i vrednovanju inovativnih ideja.

Osnovni zadaci koji se pred zdravstvenu ustanovu postavljaju u početnim fazama su:

- definisanje izvora ideja za inovacije i nove usluge,
- formiranje i održavanje baze podataka o uslugama,
- stvaranje organizacionih preduslova za prikupljanje inovativnih ideja,
- izvor i unapređenje metodologije za ocenjivanje inovativnih ideja (metode, elementi i kriterijumi).⁵²

Posebno važan zadatak menadžmenta zdravstvene ustanove u ovim fazama je definisanje internih izvora inovativnih ideja i njihovo organizovanje na proceduralan način (akrivnosti, dokumentacija, odgovornosti, ovlašćenja). Najčešći interni izvori ideja za inovacije i nove usluge koje treba urediti su: obrada i analiza inovativnih ideja zaposlenih, analiza žalbi i sugestija pacijenata, analiza usluga koje se rade na tržištu zdravstvenih usluga, analiza komercijalno raspoloživih baza o zdravstvenim uslugama i tehnologijama, analiza patenata i autorskih prava u oblasti zdravstva.

Organizovani pristup ocenjivanju (selekciji) inovativnih ideja za nove usluge predstavlja izuzetno važan korak u snižavanju rizika lansiranja neadekvatne usluge na tržište zdravstvenih usluga. Ova aktivnost obuhvata rešavanje sledećih pitanja:

- formiranje stručnog tima za ocenjivanje, definisanje metodologije ocenjivanja,
- definisanje kriterijuma prihvatljivosti ideja,
- određivanje načina rada stručnog tima i
- kontrolu rada stručnog tima i primenjenih metoda ocenjivanja.

Važno pitanje vezano za inovacije je određivanje prioriteta. Jedan težak izbor vezan je za resurse koje treba da koristi na otkrivanju bolesti, uključujući rano otkrivanje, prevenciju i lečenje. Mnogi aspekti nastalih inovacija bazirani su na ovom izboru. Ovo uključuje nove tehnologije za rano otkrivanje i prevenciju, ulogu lekova u prevenciji bolesti, nove pristupe u upravljanju i promenama načina života.

Još jedna teškoća vezana za postavljanje prioriteta koja se javlja u svim državama, bogatim i siromašnim, je balans između potrebe: stvaranje kreativnog inovativnog okruženja, koje podstiče i nagrađuje inovacije u čitavom zdravstvenom sistemu, izvršavanje lako dostupnih usluga, najvišeg mogućeg kvaliteta čitavom stanovništvu.

Ne postoje laki odgovori na ova i druga pitanja. Pitanja postavljanja prioriteta su uvek u domenu odgovornosti Vlade. Svaka odgovorna vlada uvek će doneti takvu odluku koja će za date

⁵² Zdravstveni bilten, Beograd, 2001

ekonomske mogućnosti države maksimizirati zdravstvene usluge uz primenu inovacija i to ovim redom: rano otkrivanje i prevencija bolesti, primena novih generacija lekova, stvaranje potrebnih resursa, pre svega kadrovskih.

Inovacije su motorna snaga pozitivnih promena u zdravstvenoj zaštiti. Ove promene su kompleksne i izazovne. Uključeni su mnogi stručni i talentovani ljudi, koji imaju različite poglede i primenjuju različite procese odlučivanja u primeni inovacija. Primena inovacija je kreativni proces koji se najlakše realizuje u zdravstvenim ustanovama, kao organizacijama koje uče.

Zdravstvena ustanova kao organizacija koja uči podstiče učenje na svim organizacionim nivoima. Novo znanje se generiše na bazi spostvenih iskustava, kao i na bazi najbolje prakse širom organizacija, iz formalnog i neformalnog sistema obrazovanja, a promovise se širom organizacije preko stvorenog kreativnog okruženja. Zaposleni se osposobljavaju da rade efikasno, da saraduju sa drugim zaposlenima, da prenose znanje drugima i da primaju znanje od drugih. Ovo je veoma važno što se tiče inovacija, jer je transfer znanja ključni element u prihvatanju inovacija.

Bez primene međunarodnih standarda u kojima su dati zahtevi za menadžment sisteme, bez primene drugih standarda, bez primene modernih tehnologija, bez stalnog unapređenja obrazovanja, obučavanja u zdravstvu, inovacije u zdravstvu neće moći da se prihvate u meri koja obezbeđuje stabilan razvoj zdravstva. Menadžment u našim zdravstvenim ustanovama mora to da shvati, a merodavni u državnim institucijama to da podrže.

3.3. Osnovna ograničenja i preduslovi uspešnog menadžmenta u zdravstvu

Osnovni zadatak menadžmenta u zdravstvu je organizovanje koje podrazumeva utvrđivanje zadataka koji treba da se završe, način upravljanja i koordinacije tim zadacima i određivanje ko treba da ih izvrši. Ključni faktori uspešnog organizovanja i nesmetanog i logičnog toka informacija, u organizaciji je organizaciona kultura i menadžment ljudskih resursa.

Ciljevi organizacije mogu da se ostvare samo ako u njoj postoji efikasno rukovođenje. Kao dobri lideri, menadžeri moraju da budu u stanju da vode svoje timove, da poznaju dinamiku individualnog i grupnog ponašanja, da imaju dobru komunikaciju i da znaju da motivišu. Moraju da imaju viziju i da umeju da je prenesu drugima i tako je zajedno pretvore u realnost.

Ali uspešni menadžeri moraju da vrše i kontrolu rada u zdravstvenoj ustanovi. Kontrola podrazumeva analizu odstupanja između planiranih i postignutih rezultata. Ako organizacija ne postiže planirane rezultate, menadžeri su u obavezi da preduzmu korektivne akcije.

Dakle, menadžeri su „ljudi koji planiraju, organizuju, vode i kontrolišu aktivnosti organizacije da bi njeni planirani ciljevi mogli da se ostvare.”

Prema definiciji poznatog teoretičara John A. Young-a, „uspešnost, sposobnost i veština menadžera bazira se, pre svega, na njegovoj sposobnosti da kontinuirano raspolaže informacijama o organizaciji kao i da se uspešno suočava sa promenama u takvoj sredini.

Komuniciranje, planiranje, odlučivanje, upravljanje ljudima, organizacija, držanje poslova pod kontrolom, vođstvo, poznavanje finansija i poznavanje svoje profesije su menadžerski poslovi za koje menadžer mora da poseduje znanje, veštinu i sposobnost”.

U uslovima povećanje nesigurnosti i složenosti sredine, u kojoj organizacija deluje, od menadžera se sve više traži da ima liderske osobine i preduzetnički duh. Sposobnost da kreira viziju, misiju, ciljeve i strategije, te da ih primeni na funkcionisanje i razvoj zdravstvene ustanove su samo neke od osobina savremenog menadžera u oblasti zdravstva. Nova konkurencija, tehnologija i stil života zahtevaju od savremenih menadžera, naročito onih koji pripadaju višem, „top menadžmentu” vanserijske osobine, a pre svega poznavanje koncepta „know-how” i primenu strategijskog menadžmenta. Strategijski ciljevi menadžmenta se menjaju ne samo u pogledu razvoja ustanove, već i sama društvena odgovornost ustanove (i odvornost samog top menadžmenta) obuhvata i brigu za korisnike usluga, zaposlene, brigu o životnoj sredini kao i brigu o zdravlju društva u najširem smislu reči. Javnost poslednjih godina takođe postaje mnogo svesnija i osetljivija na pitanja zdravstvene zaštite. U takvim okolnostima, pritisak na zaposlene u zdravstvu postaje snažna mešavina socijalnih, ekonomskih i političkih faktora. U drastično promenjenim okolnostima oni moraju da se odnose prema pacijentima i korisnicima zdravstvenih usluga na nov, različit i kompleksan način.

Medicinska profesija doživljava drastične promene počev od paternalističkih, čvrstih struktura, pa sve od onih osetljivih, gde je važno „ojačati” individualnog korisnika da preduzme veću odgovornost za svoje zdravlje. Ovaj zaokret od profesionalno orijentisanog ka korisnički vođenom (ka klijentu) ne znači samo snažnu promenu od profesionalca ka korisnicima, već je od suštinskog značaja za same profesionalne grupacije i organizacija kao i na načine kako one interno funkcionišu. Od menadžera se očekuje da svoje individualne interese podrede interesima

zdravstvene ustanove. Oni moraju da imaju sposobnost sagledavanja šire slike (u strateškom kontekstu položaja i planova organizacije u celini), i da u okviru internih struktura (prepoznavanje procesa i širih implikacija aktivnosti unutar organizacije) omoguće optimalno iskorišćenje ograničenih resursa.

Menadžment je, u svojoj srži, umetnost koja zahteva zrelost u rasuđivanju. Posebno su zahtevni zadaci koji se postavljaju pred menadžera koji raspolaže ljudskim resursima. Odluke koje mora da donosi su uvek u vezi sa određenim osobama, sa imenom i licem i ponekad mogu biti vrlo teške i kompleksne (naročito u zdravstvu). Menadžment ljudskih resursa se svodi u načelu na promenu stavova i ohrabrivanje za čvršći timski rad između profesionalaca koji brinu o pacijentima i između tih profesionalaca i drugih menadžera”.⁵³

„Generalno tipovi menadžera u zdravstvu, prema uspešnosti, se mogu svrstati u tri kategorije: izuzetni, dobri i neuspešni menadžeri. Izuzetni menadžeri poseduju sposobnost uspešnog razvijanja i postizanja ciljeva i visok nivo stručnosti u aktivnostima organizacije i cenjeni su od strane kolega i podređenih. Dobri menadžeri imaju manje izražene kvalitete u navedenim oblastima ali imaju nivo stručnosti, što je prepreka njihovoj uspešnosti, ali ne i dobrom obavljanju posla. Kod neuspešnih menadžera ključni faktor je nedostatak poverenja u sopstveni kvalitet, tj. izostanak odgovarajućih osobina u skladu sa prirodom zdravstvene organizacije. Na sliku dobrog ili lošeg menadžera bitno utiče kako mišljenje kolega, tako i nadređenih. Za dobrog menadžera jako je važna osobina „menadžerske ličnosti”.⁵⁴

Strateško razmišljanje, elastičnost u prihvatanju primena i spremonost u reagovanju na probleme i mogućnosti, sposobnost donošenja odluka na osnovu dokaza u kratkom vremenskom roku su osobine koje odlikuju menadžera u strateškoj transformaciji zdravstvenog menadžmenta. Takav menadžer ima osobine dobrog pregovarača sa kojima utiče na bolju komunikaciju među zaposlenima, organizuje sastanke na kojima se zaposleni suočavaju sa problemima i eventualnim konfliktima i kroz zajednički dijalog ih rešavaju. On vrši superviziju, locira resurse, motiviše zaposlene, podstiče timski rad i utiče na promene.

Osnovni razlog da se uvede strategija promena u ljudskim resursima je prepoznavanje menadžmenta da u organizaciji nedostaje interna klima u kojoj se može osigurati atmosfera za pružanje najvišeg nivoa usluga. Ovde je važna i procena menadžmenta da neke druge metode kao

⁵³ Lawson J., Rotem A. with Bates P., *Clinicians as managers*, McGraw-Hill Book Company, Sydney, 1996,71-122

⁵⁴ Isto.

što su otpuštanje radnika (smanjenje ljudskih resursa), uvođenje novih usluga ili faktora u organizaciji i implementaciji promena u zdravstvenim organizacijama i sistemu u celini je primena odgovarajuće strategije i metoda i alata, ali ne treba izostaviti strategiju promena ljudskih resursa.

Savremeni menadžer ima na raspolaganju novodefinisane metode strategije promena, koje koristi ne samo kao pomoć u procenjivanju postojećeg menadžmenta, već i u davanju smernica za njegovu transformaciju. Organizaciono ocenjivanje i fidbek (feedback) su mehanizmi za sistematsko prikupljanje podataka tekućeg psiho-socijalnog stanja u organizaciji i upoznavanje radnih grupa sa nalazima. Podaci su obično u vezi sa međuljudskim i među-odeljenskim odnosima, stavovima i zadovoljstvu zaposlenih, komunikaciji, superviziji i organizacionoj kulturi.

Za dobijanje efektivnih rezultata moraju da se steknu bar tri bitna faktora: diskusija o nalazima uvek mora da se vodi u dobroj ciljno-orjentisanoj atmosferi i svaka grupa mora da ima slobodu odlučivanja o implikacijama nalaza na sopstvenom nivou, a rezultati moraju da se proslede vertikalno u organizacionoj strukturi.

Kružni fidbek (povratna sprega) od 360 stepeni se fokusira na ocenjivanje rada pojedinaca i uključuje stručno mišljenje saradnika u okviru ustanove. Ovde se ocenjuje stvaranje relacija, prosuđivanje, rešavanje problematike, sposobnost delegiranja i finansijska sposobnost. Rezultati svih koji rade sa određenom osobom (kolege, prodređeni i supervizori) se porede sa utvrđenim normativnima za datu poziciju na kojoj je individua zaposlena i vraćaju se osobi. Ova metoda pomaže da zaposleni, na osnovu nalaza koriguju i poboljšaju svoje individualne rezultate rada.

Razvoj timskog rada je takođe važan metod rada savremenog menadžera. Kako zdravstvena zaštita zahteva koordinaciju mnogih disciplina i kompleksnih zadataka u koje su uključene različite grupe profesionalaca, može doći do tenzija i konflikta. Strategija razvoja timova i timskog rada ima za cilj uklanjanje barijera u cilju poboljšanja efektivnosti rada grupe, razvoja samosvesti kao i regulacije procesa promena. Ovde je značajno angažovanje i uloga spoljnog konsultanta koji je obično uključen u sve faze interventne strategije počev od komunikacije, odlučivanju i barijerama koji su važni za efikasan rad grupe.

Problemi se kategorizuju, diskutuju, prave se prioriteti i razvijaju akcioni planovi. Cilj ove metode je da se omogući da tim i grupni rad reše većinu problema i značajno doprinesu poboljšanju performansi organizacije u celini.

Kontinuirana edukacija i trening su takođe značajni faktori za uspeh menadžera. Već pomenute rapidne promene u razvoju tehnologije nameću stalnu, kontinuiranu edukaciju zdravstvenog i nezdravstvenog osoblja u primeni novih tehnika, i znanja u pružanju zdravstvenih usluga. Kontinuirano obrazovanje omogućava zaposlenima u zdravstvu da ostanu u trendu sa najnovijim saznanjima u svojoj oblasti. Za lekare i ostalo medicinsko osoblje to znači upoznavanje i sticanje novih znanja i ovladavanje novim tehnikama za poboljšanje i postizanje boljih rezultata.

Pored toga, inicijative kao što su „New Deal” u radu mlađih lekara, promene u obrazovanju lekara i medicinskih sestara stvaraju klimu promena od tradicionalne (gde profesionalne grupe rade nezavisno), ka konceptu interpersonalnog rada (gde se deo procedura i delatnosti ranije isključivo vezanih za lekare delegira pomoćnom medicinskom osoblju), gde su barijere među profesijama mnogo „mekše” i transparentnije. Pregovaranje i rešavanje konflikta su metodi koji eliminišu strah i nesigurnosti, sprečavaju nastanak tenzija i konflikata. Održavanjem sastanaka u konfliktnim situacijama, omogućuju postavljanje brzih dijagnoza, povećavaju uticaj i posvećenost osoblja u identifikaciji i rešavanju problema i smanjuju birokratske barijere u donošenju odluka u rešavanju problema.

Trening različitosti je još jedna od metoda strategije promena u ljudskim resursima koja se koristi za modifikaciju odnosa i mišljenja osoba zaposlenih u zdravstvenim ustanovama. „ona se fokusira na one ljudske kvalitete koji su različiti od onih lokalno usvojenih uključujući: godište, etničku pripadnost, rasu ili seksualnu orijentaciju”.⁵⁵ Ustaljeni stereotipi i pedrasude se menjaju sa sve većim angažovanjem žena, različitih manjina ili imigranata u menadžment u pružanju zdravstvenih usluga. Konsultacioni proces uključuje „pomoć spoljnog konsultanta lekaru u shvatanju, razumevanju i uticaju na probleme koji se pojavljuju”.⁵⁶ Tehnike se fokusiraju na komunikaciju, ulogu i funkciju članova grupe, grupne norme kao i upotrebu autoriteta i liderstva.

U periodu velikih promena koje mogu imati dalekosežne posledice po zdravstvenu ustanovu i sve ljude zaposlene u njoj, uloga menadžera je ključna u implementaciji metoda za uvođenje promena. Uspešan menadžer u takvoj novoj, izmenjenoj strukturi zdravstvene organizacije nije samo „uspešna mašina” za postizanje rezultata već je i u isto vreme i vođa i pokretač. On maksimalno koristi strategiju promena, a oprezno resurse, pri čemu učvršćuje

⁵⁵ Shortell MS, Kaluzny AD, *Health Care Managment: Organization Design & Behaviour*, Serbian Dental J, 2008, str. 55.

⁵⁶ Isto.

kolektivne napore, uključuje zaposlene u odlučivanje, podstiče timski rad i uspešno rešava sukobe.

Takav menadžer forsira otvorenost u međuljudskim odnosima, a potencijalni problemi se javno suočavaju i konfrontiraju. Menadžer u novoj ulozi razvija odnose među ljudima i kroz trening, obogaćivanje zadataka i rotacije u okviru poslova, prati karijere pojedinaca i aktivno podstiče razvoj ljudi do njihovog punog potencijala. On je dostupan i brižan i značajno pomaže svojim pozitivnim pristupom i uvažavanjem ljudi sa kojima saraduje.

Kao specifični faktori okoline koji bitno utiču na zdravlje populacije izdvajaju se: poboljšanje kvaliteta vode za piće, upravljanje otpadom i zaštita tla od zagađivanja, zdravstveno obezbeđenje hrane i prehrambenih namirnica, sprečavanje zagađenosti vazduha uključujući smanjenje štetnih emisija, ali i pušenja, brige za zdravlje na radnom mestu i poboljšanje uslova stanovanja i života u naseljima i lokalnim zajednicama. Ova interakcija okoline i javnog zdravlja upućuje na kompleksnost problema za čije rešavanje su neophodni adekvatno osposobljeni eksperti – menadžeri.

Zdravstvene organizacije imaju neke posebne karakteristike koje je čine specifičnom. Među tim karakteristikama su da: U njoj rade ljudi – specijalizovani kadrovi, oni rade za ljude da ostanu što je moguće duže zdravi, oni rade sa bolesnim ljudima da bi što pre bili izlečeni i rade zajedno sa drugim sektorima i zajednicama radi svog krajnjeg cilja – poboljšanje i unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva.⁵⁷

Zdravstvene ustanove spadaju u neprofitne organizacije čiji primarni cilj nije izražen samo u ekonomskom smislu, već u doprinosu za ispunjenje onih namera i ciljeva za koje su osnovane od strane društva.

Menadžment u zdravstvu podrazumeva menadžment na određenom organizacionom nivou:

Na nivou organizacije, regiona ili pak države. Menadžment je sve prisutniji izazov u zdravstvu. Rešavanje moralnog hazarda može se sagledati u postojanju uverenja da se interesi društva i biznisa tokom vremena sustižu, te da stoga, zdravstvene ustanove koje se trude da posluju moralno posluju i uspešno.

Iako je menadžment u zdravstvu svoj razvoj doživeo relativno kasno u odnosu na opšti menadžment, nije u potpunosti uspeo da prebrodi i reši brojne probleme i dileme nastale pretežno

⁵⁷ Mićović, P., *Zdravstveni Menadžment*, Obeležja, Beograd, 2008.g.str.31.

kao posledica izvesnih teoretskih i koncepcijskih neslaganja. Ako bi se pri pokušaju definisanja menadžmenta u zdravstvu uzeli u obzir samo bazični i opšti principi strategijskog menadžmenta, bez posebnog naglašavanja zdravlja i zdravstvene zaštite, onda bi se za definiciju menadžmenta u zdravstvu mogla prihvatiti definicija predložena od strane Svetske zdravstvene organizacije iz 1980. godine koja glasi:⁵⁸

Menadžment se odnosi na efikasnu upotrebu resursa i omogućavanje ljudima da rade zajedno, da bi postigli specifične ciljeve.

„Menadžment u zdravstvu bazično traži da zadovolji i izbalansirane interese svih učesnika u zdravstvenom sistemu, odnosno zdravstvenoj organizaciji: klijenata (ljudi, posebno kada su bolesni), radnika – zdravstvenog kadra u organizaciji, zajednice u kojoj žive i samu okolinu na koju se organizacija odnosi.”⁵⁹ Jedna od definicija koja uzima u obzir sve specifičnosti zdravstvene delatnosti je i definicija data u Glossary HFA series No 1-8, koja glasi:

„Menadžment u zdravstvu može da znači zbir svih mera preduzetih da se planiraju, organizuju, primenjuju i evaluiraju mnogi elementi povezani u zdravstveni sistem. Ove mere su potrebne da bi se zdravstvena politika sprovela u strategiju, strategije pretvorile u planove/akcije, da bi se odredila potrebna akcija za donošenje odluke o primeni zdravstvenih programa i omogućila da se zdravstvena infrastruktura tako razvija da omogući efikasnu i efektivnu primenu zdravstvenog programa.”⁶⁰

Menadžment u zdravstvu može da se posmatra, analizira i razloži na šest delova:⁶¹

1. Pokriva ceo proces planiranja organizacije, sprovođenja, kontrole rada zdravstvenih programa.
2. Vršiti koordinaciju resursa (osoblja, finansija, opreme, informacija, znanja, tehnologije, propisa, zakona i dr.)
3. Prati razvoj i primenu zdravstvenih programa.
4. Pruža potporu, utiče na participacije zajednice i stanovništva.
5. Utiče na donošenje odgovarajućih odluka na svim nivoima zdravstvenog sistema.
6. Radi na postizanju postavljenih ciljeva kako bi se poboljšalo zdravstveno stanje čitave populacije.

⁵⁸WHO, Deklaracija SZO, 1980.

⁵⁹ Mićović, P., *Zdravstveni Menadžment*, Obeležja, Beograd, 2008.g.str.32

⁶⁰ Glossary HFA Series No. 1-8

⁶¹ Mihajlović B., Kostić N., *Menadžment u zdravstvu*, Beograd, 2005.,str. 120

Danas možemo govoriti da su postignuta značajna dostignuća zdravstvenog menadžmenta, koja možemo sagledati kroz:

- Sve veće interesovanje istraživača, praktičara, institucija zdravstvenog sistema, ali i društveno političke zajednice.
- Prihvatanje osnovnih principa menadžmenta i ugrađivanje u zdravstveni sistem.
- Sve složeniji i kompleksniji zdravstveni sistem zahteva efikasnije i efektivnije rukovođenje.
- Sve češće upotreba indikatora za merenje uspešnosti i kvaliteta rada.
- Sve veća primena zdravstvenog informacionog sistema, analiza, evaluacionih metoda, modela, kompjuterske tehnike itd.
- Unapređenje plana rada, kadrova, kontrole, koordinacije, odlučivanja.
- Pojava strategije zdravlja za sve i lansiranje od strane Svetske zdravstvene organizacije novog koncepta „Menadžmentski proces za nacionalni zdravstveni razvoj”.
- Poboljšanje tehnike pronalaženja problema, njihovo rešavanje i postizanje veće efektivnosti.
- Prihvaćen stav da su edukacija i usavršavanje neophodni za uspešan rad menadžera i celog zdravstvenog sistema.
- Sve veća potreba za korišćenjem eksperata u raznim oblastima razvoja zdravstvenog sistema.

Značaj menadžmenta u zdravstvenom sistemu (aktivnost) pretežno je bio usmeren na planiranje i praćenje realizacije planova, ali kasnije zauzima sve više prostora u svim delovima zdravstvenog sistema. Danas menadžment ima neobično veliki značaj za funkcionisanje svih nivoa zdravstvenog sistema, on je potreban i neophodan, ali u isto vreme i jedan veliki izazov.

Tamo gde je menadžment uspešan na svim nivoima društva (bolje planiranje, organizacija, kontrola, komunikacija i sl.) može se očekivati da će socijalno – ekonomski razvoj svih nivoa, uključujući i sam vrh hijerarhije gde se donose politika i strategija razvoja biti uspešan.

Sve je manja razlika između onih koji su pridavali značaj poboljšanju zdravlja i smanjenju smrtnosti, pretežno zbog medicinskih intervencija, i onih koji su smatrali da je povećanje životnog standarda dominantno u poboljšanju zdravlja.

Dosadašnje iskustvo u primeni menadžerskih principa i metoda, ali i funkcionisanje zdravstvenog sistema ukazuju da je zdravstveni menadžment potreban zdravstvenom sistemu uz neophodno prilagođavanje karakteristikama i specifičnostima ovog sistema.

Poznata je izreka da raditi sa „živim ljudima”, voditi računa o njihovom zdravlju, a posebno kada su bolesni nije isto kao i raditi „sa ekserima”. Prateći razvoj zdravstvenog menadžmenta i komparirajući ga sa razvojem opšteg menadžmenta, jasno se uočava da se zdravstveni menadžment dosta sporije razvijao, jer po mnogima nije imao „industijsku revoluciju”. Tek poslednjih dvadesetak godina zdravstveni menadžment postaje predmet interesovanja istraživača, ustanova i čitavog zdravstvenog sistem.

Mnogi rukovodioci zdravstvenih ustanova, programa i projekata pokušavaju da na bazi iskustava i principa strategijskog menadžmenta, predlože izvesne promene koje se sve više udaljavaju od rukovđenja, a približavaju se upravljanju menadžmentom.

Kako zdravstveni sistem postaje sve složeniji i kompleksniji, sistem koji upošljava veliki broj zdravstvenih kadrova i troši veliki deo sredstava zajednice, oseća se sve veća potreba za njegovim efikasnim i efektivnim rukovođenjem. Pored toga postaje sve jasnija i njegova uloga u uspešnom funkcionisanju čitavog sistema, kao i njegovih delova.

Jedan od problema u organizaciji zdravstvenog sistema, kao zdravstvenih ustanova su i rukovodeći kadrovi. Direktori, odnosno rukovodioci zdravstvenih ustanova postavljeni su na tu funkciju od strane viših – političkih organa, odnosno ministarstva i sl., mogu se smatrati više upraviteljima nego menadžerima. U ovakvoj situaciji oni su najčešće u dilemi da li da zadovolje zahteve „nadređenog”, ili one zbog kojih ta ustanova postoji. Svakako je moguće da jedan iskusan rukovodilac i u ovakvoj situaciji i odnosima, u većini slučajeva, uspe da nađe balans između propisa i potreba i može da postigne zadovoljavajuće rezultate. Neiskusni rukovodilac, najčešće samo sledi ono što je napisano i što se od njega traži, odnosno naredi, pa će na taj način direktor verovatno zadovoljiti „nadređenu” instancu, ali ne i stvarne potrebe stanovništva i zaposlenih u toj ustanovi.

U uslovima primene manje striktnih zakona, propisa i drugih regulativa, sa primenom decentralizacije, odnosno odgovarajućim delegiranjem autoriteta i odgovornosti na nižim nivoima, menadžment i menadžeri u zdravstvu mogu da pokažu svoje sposobnosti i veštinu, a samim tim i da se uključe u sledeće aktivnosti:⁶²

⁶² Mićović P., *Zdravstveni Menadžment*, Beograd, 2008.g.str. 243

- definisanje mreže i kapaciteta zdravstvenih ustanova (najviši nivo menadžmenta);
- izrada planova i programa rada ustanova (najviši i srednji nivo menadžmenta);
- izgradnja ustanove (srednji nivo menadžmenta);
- oprema ustanove (srednji i osnovni nivo menadžmenta);
- izbor i obuka kadrova (srednji i osnovni nivo menadžmenta);
- unapređenje rada i koordinacija među odeljenjima (srednji i osnovni nivo menadžmenta);
- formiranje organa zdravstvene ustanove (srednji nivo menadžmenta);
- organizovanje kontrole i nadzora nad radom (najviši i srednji nivo menadžmenta);
- organizovanje usavršavanja zdravstvenih kadrova (najviši i srednji nivo menadžmenta);

Sve više je prihvaćen stav da je zdravstveni menadžment potreban i nepohodan, ne samo na centralnom – najvišem nivou, već na svim nivoima zdravstvenog sistema. Svetska zdravstvena organizacija u poslednjih nekoliko godina naročito insistira na primeni zdravstvenog menadžmenta na nivou regiona i primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno u svim institucijama koje su od značaja za zdravlje stanovništva.

Uspešan menadžer može pozitivno da utiče na zadovoljenje spoljne misije njegove ustanove, unapređujući unutrašnju misiju i kanališući njene aktivnosti ka postizanju onih ciljeva koji dovode do zadovoljenja potreba za zdravstvenom zaštitom stanovništva na što efektivniji način.

Menadžeri zdravstvenih ustanova treba da rade na formiranju zdravstvenog tima, koji možemo definisati kao grupu ljudi, najčešće zdravstvenih radnika koji rade zajedno da bi pružili zdravstvenu zaštitu pojedincima i porodicama u jednoj zajednici. Zdravstveni tim ima svoj zajednički cilj. Njega čine svi članovi tima od lekara i sestre, do službenika, vozača i drugih, koji rade zajedno i doprinose uspehu tima na osnovu svojih sposobnosti i veština, u koordinaciji sa drugim članovima.

Radi boljeg shvatanja nastanka i podela problema u primeni zdravstvenog menadžmenta, neophodno je definisati šta se pod problemima podrazumeva i kako se oni mogu identifikovati.

Problem možemo definisati kao pitanje ili teškoću koja postoji ili koja ima potrebu za rešavanje, ali i kao razlika koja postoji između „šta je” i „šta se želi” ili kao barijera između ova dva. Prihvatajući ovakav stav, možemo uopšteno smatrati da su izvesni problemi u primeni zdravstvenog menadžmenta nastali kao razlika između očekivanih rezultata primene i zdravstvenog menadžmenta i stvarnih, odnosno postignutih rezultata njegove primene.

Na nastanak, odnosno pojavu problema, mogu da utiču mnogi faktori, kako subjektivne, tako i objektivne prirode. Važno je da se problemi prepoznaju i uoče, kako bi se mogli uspešno otkloniti. Zato je važno bolje razjasnit nastanak i mesto ispoljavanja problema.

Dosadašnja iskustva u primeni zdravstvenog menadžmenta ukazuju da uočene probleme možemo podeliti na dve grupe:

1. problemi subjektivne prirode,
2. problemi objektivne prirode

Problemi subjektivne prirode su pretežno posledica subjektivnih faktora koj su nastali kao posledica izvesnih shvatanja, stavova, nedovoljnog znanja, neadekvatnih informacija i pogrešnih zaključaka.

Neki od značajnijih subjektivnih problema u zdravstvenom menadžmentu su:⁶³

Teško prihvatanje predloženih promena u upravljanju i rukovođenju, strah od novog, nepoznatog i od ugrožavanja postojeće pozicije.

- Stav da je primena menadžmenta podesna za velika preduzeća, fabrike, a ne za društvene delatnosti-zdravstvo, najčešće je posledica nepoznavanja principa menadžmenta i mogućnosti koje mogu da dovedu do poboljšanja funkcionisanja.
- Pokušaj promene sistema reformama, na bazi uvošenja novih zakona, pravilnika, ali ovaj pokušaj najčešće ne dovodi do rešavanja problema neracionalnosti, jer se zakonskim merama ne mogu rešavati nefunkcionalni i neracionalni sistemi, bez detaljnije identifikacije problema i prioriteta.
- Nedovoljna primena menadžmenta ciljeva, kada se rešavaju samo krizne pojave ritinskim merama, bez sagledavanja dugoročnih problema.
- Stav da samo zdravstveni radnik (lekar) može da bude rukovodilac zdravstvene ustanove-zdravstveni menadžer.
- Nedovoljna motivisanost zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, može da bude posledica, pored nedovoljne materijalne sitimulacije i lošeg odnosa rukovodilaca, njegovog nedovoljnog poznavanja osnovnih principa komunikacije i lošeg liderstva.

Problemi objektivne prirode su svi oni problemi koji nastaju najčešće zbog nedostataka svih vrsta resursa, koji i pored postojanja svih ostalih preduslova, ne omogućavaju uspešno, a ni efektivno funkcionisanje:⁶⁴

⁶³ Mićović P., *Zdravstveni Menadžment*, Beograd, 2008.g.str. 251

- Nedostatak menadžmentskih sposobnosti i kapaciteta rukovodećeg kadra. Lekari i drugi zdravstveni kadar nisu edukovani za zdravstveni menadžment, a znanje, iskustvo i veštine najčešće su sticani kroz neformalne, a ne formalne edukacije.
- Menadžerske funkcije u zdravstvenoj službi najčešće obavlja lekar administrator, a ne školovani zdravstveni menadžer.
- Nedovoljna sredstva za zdravstvenu zaštitu, kao posledica nedovoljnog ili zaustavljenog socijalno – ekonomskog razvoja.
- Povećanje troškova zdravstvene zaštite na račun primene visoko specijalizovane, ali često neadekvatne i nepotrebne tehnologije.
- Sprovođenje onih zadataka i pružanje usluga od strane visoko specijalizovanog kadra, koje su nižeg nivoa od njihovog nivoa edukacije i iskustva.
- Centralizovani sistem upravljanja smanjuje mogućnost lične inicijative.
- Zavisnost u donošenju odluka od više instance, autoriteta.
- Donošenje odluka najčešće bez odgovarajuće analize i procesa.
- Regionalizacija i decentralizacija nemaju odgovarajuće mesto u sistemu zdravstvene zaštite.

Bez obzira kako se menadžment shvata, kao praksa, nauka, a po nekima i kao umetnost, ili pak sve zajedno, njime se žele realizovati, odnosno završiti postavljeni zadaci. U suštini menadžment se odnosi na efikasnu upotrebu resursa i stvaranje mogućnosti da ljudi rade zajedno da bi se ostvarili specifični zadaci.

Kada se menadžment odnosi na zdravlje, zdravstveni menadžment, menadžment zdravstvenog sistema, menadžment zdravstvenih institucija (instituta, zavoda, bolnica, domova zdravlja) ili zdravstvenih programa, projekata i timova, pored opštih principa menadžmenta treba imati na umu i sve specifičnosti rada u zdravstvenom sistemu, ljudi koji rade u njemu i pacijenti zbog kojih oni i postoje.

Menadžment u zdravstvenom sistemu treba da obezbedi odgovarajući pristup spoljnom okruženju (pravnoj regulativi, društvenom sistemu, interesnim grupama, konkurenciji, tržištu i dr.), ali i pravilno sagledavanje unutrašnje sredine organizacije (viziju, vrednosti, kulturu, finansije, ljudske resurse i marketing).

⁶⁴ Mićović P., *Zdravstveni Menadžment*, Beograd, 2008.g.str.252

U zdravstvenom sistemu mora postojati logičan sled događaja, a to znači da treba primeniti sledeće aspekte strategijskih poslova menadžera:

1. Brze promene u okruženju zahtevaju od menadžera da identifikuje i prati spoljašnje sisteme, koji će verovatno uticati na unutrašnju organizaciju.
2. Menadžer u zdravstvu teži da postigne opštu organizacionu efikasnost i da izbegne da lokalni interesi jednog organizacionog elementa negativno utiču na ukupni učinak cele organizacije.
3. Menadžer koji strategijski postupi mora to činiti u određenom organizacionom okruženju koje neizbežno podrazumeva međusobno sukobljene organizacione ciljeve.

Uspešno završavanje nekog zadatka, uspešan menadžment, je san svake organizacije i svakog menadžera. Da bi taj san mogao da se ostvari, potrebni su izvesni poreduslovi. Svaki sistem mora imati svoj instrumentarij da bi mogao delovati i da bi mogao biti efikasan. Kod zdravstva centralno mesto zauzima zdravstvena usluga. Ona ne predstavlja samo bitnu komponentu ponude, već osnovni faktori poslovne strategije.

Tržišna orijentacija zdravstvenih organizacija će biti uspešna ako se obezbedi i ostvarenje određene dobiti, a takav učinak se može postići samo ako zdravstvena usluga odgovara zahtevima, željama, mogućnostima i potrebama pacijenata. Zdravstvena usluga se mora permanentno prilagođavati zahtevima pacijenata, stvaranjem novih i promenama postojećih obaveznih i posebnih vidova zdravstvene zaštite.

Zdravstveni menadžment mora u celom zdravstvenom sistemu da pronade nove koncepcije i strategije poslovanja. Zdravstvena zaštita stanovništva je specifična delatnost i zahteva promene u načinu pružanja zdravstvenih usluga. Zdravstveni menadžment je sve više prinuđen da nudi svoje usluge, a ne da čeka da pacijenti sami dođu. Za zdravstvene usluge nisu vezani samo bolesni pacijenti, koju su prinuđeni da potraže usluge zdravstvenih radnika, već se u budućnosti zdravstveni menadžment mora osloniti na preventivnu delatnost, koja zahteva manja ulaganja cele zajednice, a bolju zdravstvenu zaštitu stanovništva u budućnosti.

Zdravstvene ustanove koje prve prepoznaju strategijski menadžment kao koncepciju za izlaz iz dugogodišnjih poteškoća koje prate zdravstvenu zaštitu, u budućnosti će steći prednost u odnosu na konkurenciju. Potrebno je pronaći diferencirane prednosti i pretočiti ih u strategiju na dugoročnom putu razvoja, kako bi se učvrstile sadašnje pozicije na „tržištu” zdravstvenih usluga, ali i pronalazjenje novih potencijalnih korisnika.

3.4. Strategija poslovanja zdravstvenih ustanova kao neprofitnih organizacija

Od uvek, a i sada zdravstvena ustanova se tretira kao *neprofitna organizacija*, kao pravno lice čiji je cilj preventiva zdravlja populacije, dijagnostika i lečenje već obolelih, a ne stvaranje profita.

Kod zdravstva kao sistema centralno mesto zauzima zdravstvena usluga kao glavni instrument da bi sistem mogao delovati i biti efikasan. Zdravstvena usluga se ne može tretirati kao bitna komponenta, ona je osnovni faktor poslovne strategije sistema zdravstva.⁶⁵

U konceptu poslovne strategije zdravstvene usluge mora se voditi računa o mnogim faktorima jer se radi o čoveku sa jasno definisanim zahtevima i željama. Menadžment zdravstvene ustanove pored pacijenata sa svojim problemima i zahtevima, susreće se i sa mnogim problemima kao što su : dotrajala medicinska oprema i nemogućnost nabavke savremene opreme, male zarade zaposlenih, nemogućnost stalne i kontinuirane edukacije zaposlenih, naročito u inostranstvu.

Stavljajući na stranu samu zdravstvenu uslugu, ostali problemi su posledica nedovoljnih novčanih sredstava koje kroz budžet dobija zdravstvena ustanova. Zavod za zdravstveno osiguranje Republike Srbije tačno predviđa ugovaranjem sa zdravstvenom ustanovom iznose sredstava za: zarade zaposlenih, troškove energenata i tekuće troškove, sredstava za nabavku medicinskog i sanitetskog materijala, reagensa za laboratoriju i dr. Sva ostala potrebna novčana sredstva zdravstvena ustanova ostvaruje iz budžeta osnivača zdravstvene ustanove, poklonima i donacijama prvih i fizičkih lica, prodajom zdravstvenih usluga koje nisu pokrivena sredstvima Zavoda za zdravstveno osiguranje. Kod poslednjeg navedenog izvora finansiranja (sredstava)-prodaja na tržištu zdravstvenih usluga, ključno do izražaja dolazi menadžment (rukovodeći kadar) zdravstvene ustanove. On mora da uvede procedure novih zdravstvenih usluga, da obezbedi sredstva za nabavku aparata za njihovo pružanje pacijentima odn. klijentima, da zaključi ugovore o pružanju takvih usluga sa takvim licima i tako ostvari sopstvena novčana sredstva ustanove. Tržišna orijentacija zdravstvenih ustanova će biti uspešna ako se strategija menadžmenta ustanove valorizuje kroz odgovarajuću dobit (profit). Zdravstvena usluga je na taj način u funkciji tražnje a u dinamičkom i tržišno orijentisanom ambijentu zdravstvena ustanova se

⁶⁵ Mihajlović B., Kostić N., *Menadžment u zdravstvu*, Čigoja štampa, Beograd, 2005.g.,str.43.

mora stalno prilagođavati zahtevima pacijenata, stvaranjem novih i izmenama postojećih obaveznih i posebnih vidova zdravstvene zaštite. Pod instrumentalnim ciljevima podrazumevamo prilagodljivost zdravstvene usluge da zadovolji određenu potrebu u zaštiti zdravlja pacijenata. Pacijenti u tražnji za zdravstvenom uslugom svoj objekat interesovanja usmerava na kvalitet koji će dobiti sa zdravstvenom uslugom, cenu i kontrolu pružene usluge.

Mikrozdravstvena ekonomika je primena ekonomskih zakona u vrednovanju zdravstvenog programa, zahvata, terapije i zbog toga je neophodno da menadžeri zdravstvenih ustanova vladaju njenim principima. U zdravstvu su potrebe neograničene, a sredstva ograničena. S tim ograničenim sredstvima treba zadovoljiti neograničene potrebe, a to predstavlja veliki problem.

Ekonomika je racionalna upotreba raspoloživih sredstava koja se kroz zdravstvenu ekonomiku odgleda kroz:

- raspoloživa sredstva nedovoljna za zadovoljavanje zdravstvenih potreba i tom slučaju ekonomisti ulaze kao pomoć
- moralna je dilema – može li se zdravlje vrednovati? Zdravlje postaje „roba”.

Ekonomske karakteristike zdravstva su:

- potražnja uslovljena ponudom
- intenzivna delatnost – angažovan je veliki broj ljudi i ulaže se mnogo sredstava
- nepredvidivost potreba
- značajni eksterni efekti
- ne samo potrošnja nego i investicija
- nemogućnost merenja outputa (produkta). Ljudsko zdravlje se ne može jednostavno izmeriti.

Osnovni ekonomski koncepti u zdravstvu:

- zdravstvene potrebe
- potražnja zdravstvenih usluga
- utilizacija
- ponuda zdravstvenih usluga
- zdravstvena potrošnja
- koncept oportunitalnih troškova (neiskorišćene šanse i propusti; pacijent ne radi ako je bolestan i to su tzv. indirektni gubici)

- cena bolesti (lako odrediti u smislu medicinskih zahvata, ali ako uzmemo u obzir i indirektne troškove, to postaje složeno).

Ekonomsko vrednovanje u zdravstvu putem metode ekonomske analize zdravstvenih programa postavlja menadžmentu zdravstvene ustanove niz dilema i to: ko treba raditi, šta, kome, s koliko sredstava namenjenih zdravstvu i u kakvom odnosu spram drugih zdravstvenih službi. Ekonomsko vrednovanje je vrednovanje efikasnosti.

Efektivnost je sposobnost postizanja cilja, a efikasnost je sposobnost ostvarivanja što većeg cilja u odnosu na uložena sredstva. To je dakle uspešnost. Govorimo li o efikasnosti, to znači da procenjujemo koliko se nešto isplati. Ekonomska analiza, ekonomija zdravstva precizno govori u šta treba uložiti sredstva kako bi se postigao isplativiji cilj.

Ekonomsko vrednovanje i komparativna analiza različitih (alternativnih) pravaca akcija i to u pogledu njihovih troškova i posledica. Osnovni zadatak ekonomskog vrednovanja je identifikovati, meriti, vrednovati i uporediti troškove posledice (učinke) alternativa uzetih u obzir.

Kod podela metoda ekonomske analize treba sagledati:

1. Potrebna sredstva (troškovi):

- direktni troškovi su medicinski rad, troškovi zdravstvene ustanove, zahvata, pretraga, lekova-ti su troškovi tekući i investicijski,

- indirektni troškovi nastaju usled gubitaka zbog bolovanja i smanjene produktivnosti i

- nepoznati troškovi su nemerljivi i teško predvidivi (bol, patnja, žaljenje, suošecanje).

Pravnici su pre od medicinara izračunali vrednost duševne boli.

2. zdravstveno zaštitni program

3. zdravstveno poboljšanje:

- zdravstveni efekti – morbiditet, mortalitet (preživljavanje, ozdravljenje, smanjenje smrtnosti)

- ekonomske koristi – direktne, indirektne, nepoznate koristi

- vrednost poboljšanja zdravlja za sebe

Direktne koristi – ljudi novac ulažu u druge stvari kada su zdravi

Indirektne koristi – osoba se vraća na posao kada ozdravi

Nepoznate koristi – smanjuje se bol i patnja pacijenta i porodice.

Vrednost zdravlja samog za sebe – zdrav čovek ima kvalitetniji život.⁶⁶

3.5. Tehnička opremljenost zdravstvenih ustanova i kadrovi u zdravstvenim ustanovama

Tehnička opremljenost zdravstvenih ustanova i kadrovi u njima direktno zavise od visine sredstava koje država izdvaja za razvoj zdravstvenog sistema. Razvoj medicinskih nauka dovodi do novih dijagnostičkih i terapijskih metoda koji povećavaju potrebu za savremenom medicinskom opremom i stručnim kadrovima koji će tu opremu kvalitetno koristiti u lečenju pacijenata.

Značajne promene koje se dešavaju u oblasti zdravstva posledica su intenzivnog tehnološkog razvoja i primene naprednih tehnologija u medicinskoj struci, promena u starosnoj strukturi stanovništva, promena u standardima usluga zdravstvene nege i zaštite, promene u pristupu pojedinaca konceptu očuvanja i unapređenja vlastitog zdravlja i kvaliteta života, inovativnih pristupa u finansiranju i plaćanju usluge nege i zdravstvene zaštite, te dizajniranju dinamičnih sistema isporuke usluga u oblasti zdravstvene zaštite.

Proces intenzivnog razvoja i primene visokih tehnologija u medicini, hiperprodukcija informacija i širenje naučnih saznanja multipliciranje specijalističkih znanja, ali i interdisciplinarnog karaktera savremenih znanja reflektuju se na organizaciju, metodiku i didaktiku obrazovanja kolateralnih zanimanja u zdravstvenoj oblasti.

Visoka tehnologija u savremenoj medicini podrazumeva timski rad različitih eksperata u kojem jednu od bitnih uloga ima upravo preventivna medicina kao fundamentalna, polazna osnova u otkrivanju bolesti i lečenju bolesnika. Savremena medicina praktikuje novi pristup fenomenu zdravlja i zdravstvenoj politici : „Zdravlje se stvara brigom za samog sebe i za druge, osposobljenošću da se odlučuje i da se kontrolišu životne okolnosti, te osiguranjem života u takvom društvu, koje će omogućiti svim svojim članovima da postignu zdravlje.”⁶⁷

Organizacija mora da obezbedi i održava infrastrukturu potrebnu za postizanje usaglašenosti sa zahtevima usluga. Infrastruktura obuhvata:

- a) zgrade, radni prostor i potrebnu medicinsku opremu,
- b) procesnu opremu (hardver i softver) i

⁶⁶ WHO, Deklaracija SZO, 1980.

⁶⁷ WHO (Svetska zdravstvena organizacija), Ottawa, 1986

c) usluge podrške (komunikacione usluge ili informacioni sistemi).

Takođe mora da obezbedi zdravu radnu sredinu i uslove pod kojima se obavlja rad medicinskog i nemedicinskog osoblja, uključujući fizičke faktore, faktore okruženja i druge faktore (kao što su buka, temperatura, vlažnost, osvetljenost ili vremenski uslovi).

Tehnička opremljenost zdravstvenih ustanova kod nas nije odgovarajuća što se tiče najsavremenije opreme. Pored izdvajanja iz budžeta, donacija stranih država i kredita Svetske banke još uvek oprema za zdravstvene ustanove nije obezbeđena prema potrebama.

Savremena oprema koja je nabavljena skoncentrisana je u većim centrima, tako da se na dijagnostiku i lečenje čeka i više meseci (tzv. Liste čekanja).⁶⁸

Neophodno je dislociranje savremene zdravstvene opreme zdravstvenim ustanovama koje pokrivaju rizična područja u kojima se, prema statistici i najviše pojavljuju bolesti novijeg datuma. Četiri Klinička centra (Beograd, Novi Sad, Niš i Kragujevac) ovim konceptom bi bili rasterećeni prihvatom pacijenata u većem broju, jer bi se dislociranjem opreme efikasno razrešili i pritisci na te ustanove, a kadrovima bi se omogućilo usavršavanje metoda i načina lečenja bolesnika.

Što se tiče kadrova medicinske struke u zdravstvenim ustanovama oni su visoko obrazovani, sa završenim specijalizacijama prema vrstama usluga koje pružaju pacijentima. Ljudski resursi u zdravstvu su u stalnoj kontinuiranoj edukaciji i usavršavanju koja ih prati kroz ceo radni vek. To je neophodno zbog sticanja novih saznanja u sferi medicine, uvođenja novih metoda u lečenju i novih dijagnostičkih i drugih oprema za rad, praćenje dostignuća medicine u svetu, a sve u cilju pružanja kvalitetnih i stručnih usluga pacijentima. Zdravstvene ustanove organizuju organizacione jedinice, pored funkcionalnog (služba, odeljenje, odsek), i po teritorijalnom principu (ogranak, zdravstvena stanica, zdravstvena ambulanta), tako da u Srbiji, uzimajući u obzir i teritorijalne organizacione jedinice, postoji mnogo razuđenija mreža zdravstvenih ustanova.

Ovo je važan podatak vezan za primenu informacionih tehnologija u zdravstvenom sistemu Srbije.

⁶⁸ Mihajlović B., Kostić N., *Menadžment u zdravstvu*, Čigoja štampa, Beograd, 2005.g.

3.6. Savremen informacijski sistem kao preduslov za uspešan menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije

Efikasnost sistema zdravstvene zaštite predstavlja optimalno korišćenje raspoloživih resursa radi postizanja najvećih koristi ili rezultata. Ona govori o sposobnosti sistema da funkcioniše sa minimalnim troškovima bez smanjivanja dostižnih i poželjnih rezultata.

Ciljevi efikasnosti se odnose na procenat nacionalnih resursa namenjenih zdravstvu. Makro efikasnost se odnosi na sposobnost da se ti resursi koriste na takav način da se maksimiziraju rezultati u okviru sistema zdravstvene zaštite. Primena informacionih tehnologija u zdravstvu može značajno da utiče na povećanje ove značajne dimenzije kvaliteta zdravstvene zaštite.

Generalno primarna zdravstvena zaštita, kao i ostali nivoi zdravstvene zaštite, koriste izuzetno neefikasne procedure za podršku raznim aktivnostima i procesima. Postoje mnogi problemi koji se dešavaju svaki dan u radu sa pacijentima, počev od formata zdravstvenih zapisa do specijalističkih uputa i recepata. Podaci o pacijentima nisu ažurirani i dostupni sa jednog mesta svakome ko je ovlašćen da im pristupi. Veoma je važno da se istakne da su zdravstveni sistemi veoma skupi i neefikasni u velikoj meri i zbog nekorišćenja mogućnosti koje pružaju savremene informacione tehnologije. Zdravstveni informacijski sistem predstavlja jedan od osnovnih faktora za obezbeđenje zdravstvene zaštite u čijem centru su pacijenti.

Uvođenjem integrisanih zdravstvenih informacionih sistema (Integrated Health Care Information System - IHCIS) može se u velikoj meri povisiti kako efikasnost ukupnog zdravstvenog sistema, tako i efikasnost pojedinačnih zdravstvenih ustanova iz mreže zdravstvenih ustanova.

Rešenja koja daje integrisani zdravstveni informacijski sistem koristi svim zainteresovanim stranama (Ministarstvo zdravlja, zdravstvene ustanove – državne i privatne, zavodi za javno zdravlje, apotekarske ustanove i apoteke – državne i privatne, institucije koje se bave zdravstvenim osiguranjem, građani):

- transparentan pristup medicinskim i administrativnim podacima o pacijentu;
- visokokvalitetno upravljanje podacima i informacijama o pacijentima;
- efektivno prikupljanje medicinskih informacija za planiranje i optimizaciju poslovnih procesa u zdravstvu;
- optimizaciju odnosa cena – efektivnosti u zdravstvenoj praksi;

- razmenu znanja zasnovanu na najboljoj praksi i naučnim saznanjima;
- otvorenu platformu koja se može integrisati i omogućiti saradnju između zainteresovanih strana u zdravstvu;
- aktivno učešće pacijenata u zdravstvenim procesima;
- poboljšavanje kvaliteta tekućih zdravstvenih poslovnih procesa;
- bezbednost i poverljivost medicinskih podataka i informacija.⁶⁹

Primena modernih informacionih tehnologija u realizaciji upravljačkih informacionih sistema za podršku poslovnim sistemima (medicinski i nemedicinski poslovi) zdravstvenih ustanova ne radi se u Srbiji na organizovan i sistemski način. U zdravstvenim ustanovama evidentan je i veliki nedostatak računara i određene pripadajuće opreme.

Uglavnom su zdravstvene ustanove i u državnom i u privatnom vlasništvu prepuštene same sebi i u njima se problem pružanja zdravstvenih usluga tretira uglavnom kao evidencioni problem (zakazivanje pregleda, prijem pacijenata, specijalistički pregled, izrada laboratorijskog nalaza, specijalizovano dijagnosticiranje, lečenje pacijenta, fakturisanje zdravstvenih usluga, arhiviranje medicinske dokumentacije), a ne kao problem upravljanja pacijentima koji ultimativno mora da:

- bude zasnovan na mreži procesa u zdravstvenoj ustanovi;
- ispuni određene zahteve modernih integrisanih menadžmenta i podataka, identifikaciju i sledljivost usluga.

Od posebnog značaja je uvođenje projekta „Razvoj zdravstvenog informacionog sistema za osnovne zdravstvene i farmaceutske usluge”. Projekat je započet 15. novembra 2004. godine i završen je u maju 2007. godine, a finansirala ga je Evropska unija preko Evropske agencije za rekonstrukciju, a realizuje ga Euro Health Group consultants iz Danske uz podršku Vlade Republike Srbije i uz stručnu saradnju sa relevantnim zdravstvenim institucijama Srbije.

Glavni doprinos Projekta treba da bude uvođenje standardizovanog sistema elektronske zdravstvene dokumentacije (EZD) u Zdravstveni informacioni sistem Srbije. Elektronska zdravstvena dokumentacija predstavlja skup informacija o zdravlju svakog pojedinačnog pacijenta u elektronskoj formi, kroz vremenski neprekidan period „od kolenke pa do groba”. Koncept razvoja elektronske zdravstvene dokumentacije je u skladu sa evrpskim standardima u oblasti zdravlja primarno orjentisanim ka unapređenju zdravlja svakog pojedinca. Podatke za

⁶⁹ Projekat „Razvoj zdravstvenog informacionog sistema za osnovne zdravstvene i farmaceutske usluge”, Euro Health Group consultants, Danska, 2007.

elektronsku zdravstvenu dokumentaciju obazbeđuju zdravstveni profesionalci na mestu pružanja zdravstvenih usluga, korišćenjem savremenih informaciono – komunikacionih tehnologija.

Elektronska zdravstvena dokumentacija je dostupna svim korisnicima sistema, bez obzira na lokaciju, a pristup informacijama je strogo kontrolisan primenom standarda za privatnost i sugurnost informacija, savremenih tehnoloških rešenja i zakonom utvrđenih pravila.

Partneri projekta „Razvoj zdravstvenog informacionog sistema za osnovne zdravstvene i farmaceutske usluge” su:

- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije
- Republički zavod za zdravstveno osiguranje Srbije
- Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”
- Mreža regionalnih zavoda i Instituta za zaštitu zdravlja Srbije
- Mreža regionalnih zdravstvenih ustanova.

Sistem elektronske zdravstvene dokumentacije predstavlja integrativni faktor za celokupan društveni informacioni sistem. Njegovo uvođenje bi trebalo da ubrza organizovanu i sinhronizovanu kompjuterizaciju zdravstvenih ustanova, u skladu sa standardima i usvojenim pravilima.

Postupnim povezivanjem sve većeg broja kompjuterizovanih zdravstvenih ustanova sa centrima elektronske zdravstvene dokumentacije povećavaće se značaj, kvalitet i upotrebna vrednost informacija koji se nalaze u bazi podataka sistema elektronske zdravstvene dokumentacije i time potvrditi efikasnost medicine zasnovane na dokazima. Takođe, sistem elektronske zdravstvene dokumentacije postavlja temelje novom pristupu organizovanja i obavljanja poslovnih procesa u zdravstvenom sistemu podržanom informaciono – komunikacionim tehnologijama. Taj novi pristup karakteriše okrenutost pacijentu, medicina zasnovana na dokazima, razmena informacija o zdravlju pacijenta u cilju poboljšanja zdravstvenih usluga i smanjenju troškova.

Koordinacije razvoja i realizacije segmenata zdravstvenog informacionog sistema na nivou Republike Srbije, regulisane su Pravilnikom o medicinskoj dokumentaciji, evidencijama, izveštajima o kadrovima, opremi, prostorijama i lekovima u zdravstvenim ustanovama.

3.6.1. Jedinstveni ZIS ka društveno odgovornom ponašanju

U svrhu efikasnijeg upravljanja i planiranja zdravstvene zaštite, kao i praćenja stanja nacije u vezi sa zdravstvenim statusom, funkcionisanjem zdravstvene službe, prikupljanjem i obradom drugih relevantnih podataka, postoji i razvija se integrisani zdravstveni informacioni sistem u Republici Srbiji.

Upotreba računara u medicini znatno unapređuje poslovanje pre svega u cilju prevazilaženja „papirologije“ odnosno velikog broja lekarskih izveštaja, uputa, dijagnostičkih evidencija i dr., a pre svega zbog postojanja kartoteka koje su veoma nepraktične. Veliki broj sadržaja medicinskih dokumenata se unosi u zdravstvene kartone koji se čuvaju u kartotekama i dostižu u Domu zdravlja cifru od nekoliko hiljada (onoliko kartona, koliko broja stanovnika opslužuje Dom zdravlja na određenoj teritoriji-opštini ili naselju). Pre svega računari se i uvode radi redukovanja gore navedenih problema i efikasnijeg deponovanja i manipulacije medicinskim informacijama. Tako da je osnovni cilj zdravstveno - informatičke delatnosti: „ organizacija, racionalizacija i funkcionisanje zdravstvene službe na optimalan način, odnosno poboljšanje kvaliteta medicinskog rada kao i obezbeđenje tačne, potpune i blagovremene informacije i smanjenje troškova zdravstvene zaštite.“⁷⁰

Kada govorimo o savremenim poslovnim procesima u zdravstvenim ustanovama ne mogu se zaobići osnovni ciljevi zdravstvene politike, a to su:

- dostupnost zdravstvene zaštite i ravnopravnost korisnika
- plaćanje zdravstvene zaštite
- ekonomska efikasnost
- sloboda izbora za korisnike
- autonomija za davaoče zdravstvenih usluga.

Navedeni ciljevi sadržani su u načelima obaveznog zdravstvenog osiguranja. Međutim, potrebno je da navedemo na kojim načelima se temelji i na koji način funkcioniše sistem zdravstvenog osiguranja u Srbiji. U tom kontekstu, dobićemo sledeću kategorizaciju osnovnih principa funkcionisanja:

Obavezno zdravstveno osiguranje organizuje se na načelu solidarnosti i uzajamnosti

⁷⁰ Pudja N., *Zdravstveni infomacioni sistem*, Vršac, 2006, str.4

Načelo obaveznosti (dakle bez mogućnosti izbora)

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa

Načelo stalnog unapređivanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja

Načelo ekonomičnosti i efikasnosti.

1. Načelo obaveznosti

Članom 10. Zakona o zdravstvenom osiguranju, načelno obaveznosti obezbeđuje se plaćanjem doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje od strane zaposlenih i poslodavaca i drugih obveznika uplate doprinosa.

2. Načelo solidarnosti i uzajamnosti

Ovo načelo ostvaruje se uspostavljanjem međugeneracijske solidarnosti i uzajamnosti, solidarnosti i uzajamnosti između polova, između bolesnih i zdravih, kao i lica različitog materijalnog statusa u korišćenju prava na zdravstveno osiguranje i zdravstvenu zaštitu u vezi sa tim. Preciznije rečeno, sistem zdravstvenog osiguranja funkcioniše tako, da doprinose uplaćuje radno sposobno stanovništvo na mesečnom nivou, srazmerno svojim materijalnim mogućnostima, a prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste ona lica kod kojih je nastupila bolest.

3. Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa

Podrazumeva preduzimanje određenih mera koje imaju za cilj da omoguće pravednu dostupnost u korišćenju zdravstvene zaštite pri čemu se vodi računa da ostavriavanje tih prava ne bude na štetu prava i pravnih interesa ostalih osiguranika.

Načelo zaštite prava osiguranih lica obezbeđuje pravilnu preraspodelu finansijskih sredstava koja prate osiguranika prema mestu ostvarivanja prava. A to znači da se vodi računa da sredstva koja prikupi Fond zdravstvenog osiguranja na teritoriji Beograda, mogu biti upotrebljena isključivo za medicinske usluge lečenja i drugih oblika zdravstvene zaštite isključivo u zdravstvenim ustanovama na teritoriji grada gde osiguranik živi, odnosno prema mestu utvrđivanja svojstva osiguranika.

4. Načelo stalnog unapređenja kvaliteta

Navedeno načelo ostvaruje se stalnim praćenjem savremenih dostignuća u oblasti zdravstvenog osiguranja.

5. Načelo efikasnosti i ekonomičnosti

Načelo efikasnosti podrazumeva pružanje kvalitetnih usluga u odnosu na postojeće resurse, a ekonomičnost podrazumeva korišćenje i što niži utrošak finansijskih i drugih sredstava prilikom pružanja nevedenih usluga.

Zdravstvene usluge koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja definisane su i precizno navedene u članu 45. Zakona o zdravstvenom osiguranju.⁷¹

Navedeni član, sadrži kategorizaciju zdravstvenih usluga koje su pokrivena sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja u iznosu od **100%**, zatim usluge koje su najmanje **95%** pokrivena sredstvima obaveznog osiguranja, a ostatak uplaćuje osiguranik finansijskim participiranjem, kao što su na primer usluge:

- lečenja u stacionarnim odeljenjima intenzivne nege
- operativne zahtevate koji uključuju implantate za najsloženije i najskuplje zdravstvene usluge
- najsloženije laboratorijske, rendgenske i druge dijagnostičke procedure kao što su: magnetna rezonanca, skener, nuklearna medicina i dr.

Zatim, najmanje **80%** od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- pregled i lečenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kod izabranog lekara opšte prakse
- kućno lečenje
- stomatološke usluge
- stacionarno lečenje i rehabilitaciju
- preglede i lečenja u dnevnoj bolnici
- medicinsko-tehnička pomagala;

Najmanje **65%** od cene obaveznog zdravstvenog osiguranja za :

- dijagnostiku i lečenje steriliteta
- očna i slušna pomagala za odrasle
- sanitetski pravoz koji nije hitan i dr.

Ovo su samo neke od usluga obuhvaćene prema participacijom osiguranika u određenom procentu. Imajući u vidu kompleksnost sistema zdravstvene zaštite, kao i broj usluga koje se mogu pružiti, te o evidencijama i medicinskoj dokumentaciji koja se precizno mora voditi za svakog osiguranika tj. korisnika usluga, neizostavno dolazimo do konstatacija o neophodnosti

⁷¹ Zakon o zdravstvenom osiguranju, (Sl.Glasnik RS od 1. januara 2007.godine)

uvodjenja jednog zdravstvenog informacionog sistema (ZIS).

U generalnom smislu informacioni sistem čine: ljudi, materijalna sredstva i procedure koje omogućavaju komunikaciju i protok informacija za potrebe određenog sistema (u ovom slučaju ZIS-a). Informacioni sistem predstavlja danas, obavezni deo savremenih poslovnih procesa u zdravstvu.

Osnovni principi tj. načela odraz su društvene odgovornosti države u domenu zdravstvene zaštite stanovništva. Međutim, za širu mrežu društvene odgovornosti, koja obuhvata sve nivoe i sve strukture zdravstvenog sistema neophodno je učešće šire društvene zajednice i svih učesnika u sistemu. Strategijom razvoja i tendencijom pridruživanja Republike Srbije, EU, svakako će se razmatrati i predlog reforme finansiranja zdravstvenih usluga i Zakona o zdravstvenom osiguranju. U tom smislu, savetodavno telo EU (Veće Evrope), naročito ističe prioritet u: “ zaštititi ljudskih prava u zemljama članicama”, a takođe razvija i:

- daje preporuke, definiše uputstva za razvoj politika u domenu prava, zdravstva, obrazovanja, kulture i sporta.
- Komitet zdravstva Veća Evrope je zadužen za razvoj preporuka koje bi trebalo da definišu, zajednički okvir u domenu zdravstva. Osnovni cilj ovih preporuka je stvaranje bezbednih uslova za unapređenje zdravlja stanovnika Evrope. Ove preporuke, s jedne strane, odražavaju najsavremenija medicinska dostignuća, dok s druge strane predstavljaju individualne vrednosti (pravne, etičke, društvene).⁷²

U tom smislu, a imajući u vidu da su zemlje članice EU, već razvile sistem društvene odgovornosti do tog nivoa da u jednoj od zemelaj postoji i Ministarstvo za društveno odgovorno poslovanje (Velika Britanija), realno je očekivati u budućnosti, da će i Srbija početi sa širom primenom DOP-a. Pre svega uz primenu DOP-a na makro nivou, čini se da će biti olakšana njegova primena i na mikro planu. Stoga ističemo elemente preko kojih se naročito realizuje DOP, na makro planu. Tri glavna segmenta koji, reflektuju značaj društvene odgovornosti na makro nivou su: **upravljanje, ostvarivanje delotvornijeg razvoja i davanje ovlašćenja**. Svaki od navedenih argumenata neophodan je za uvođenje DOP-a.

1.Prvi argument odnosi se na pitanje upravljanja. Odgovornost državnih zvaničnika pre svega, predstavlja neophodan uslov realizacije dobre vlasti, kao i preduslov za uspešnu

⁷² Lazarević A., *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvena politika*, Beograd, 2010.

demokratiju. “U današnje vreme, kada se pojam građanskih prava i odgovornosti razvija i širi, odnosi između građana i njihove vlade imaju odlike onoga što neki nazivaju “krizom legitimiteta” ili jednostavno “krizom upravljanja”. Naročito u zemljama u razvoju, ispostavilo se da konvencionalni, “horizontalni” mehanizmi odgovornosti imaju ograničene efekte. Takođe se ispostavilo da izbori, kao osnovni, tradicionalni “vertikalni” mehanizam odgovornosti, u smislu svoje delotvornosti, predstavljaju slabo i nedovoljno oštro sredstvo, uz pomoć kojeg bi državni zvaničnici i birokrate mogli da budu pozvani da odgovaraju za svoje konkretne postupke.⁷³ Mehanizmi društvene odgovornosti primenjeni na nivou države, građanima obezbeđuju pristup informacijama, koje im omogućavaju da iznesu svoje potrebe i da zahtevaju polaganje računa državnih rukovodilaca u periodu između izbora. Kada bi im bili omogućeni navedeni mehanizmi, građani bi imali veću mogućnost da odu korak dalje od faze protesta, štrajkova i opšteg nezadovoljstva, baveći se birokratama i političarima (odnosno njihovim radom i rezultatima rada) na jedan informisaniji, organizovaniji, konstruktivniji i sistematičniji način. Samim tim povećali bi svoje šanse za ostvarivanje pozitivnih promena, na argumentovan i kontrolisan način.

2. Drugi argument odnosi se na pitanje ostvarivanja delotvornijeg razvoja, što se postiže unapređenjem usluga koje se pružaju u javnom sektoru. U mnogim zemljama, a naročito u zemljama u razvoju, država svojim građanima ne samo da ne uspeva da pruži fundamentalne neophodne usluge, zbog čitavog niza problema i loše organizacije i preraspodele finansija, ali i korupcije, već i na pojedine usluge koje pruža pacijent čeka relativno dugo. Osim pogrešne raspodele sredstava, nenamenskog odliva sredstava / korupcije, slabe motivacije i stimulacije ili nedovoljno jasno izraženih potreba, postoji prilično neorganizovan menadžment i njihovo delovanje u neprofitnim organizacijama, naročito u oblasti zdravstvenog menadžmenta, gde menadžeri uglavnom nisu profesionalci već lekari specijalisti sa završenim kursom u oblasti zdravstvenog menadžmenta.⁷⁴ Analogno tome, vlade često po svom nekom načinu kreiranja socijalne politike i na netransparentan način formulišu principe politike koje su protivne interesima i stvarnim prioritetima siromašnih.⁷⁵ Navedeni problemi nastavljaju se i dalje zbog tri

⁷³ Vidi kod Ackermana (2003), u vezi sa raspravom na temu slabosti izbora kao mehanizma odgovornosti.

⁷⁴ Za detaljniji opis problema vezanih za pružanje usluga, vidi Izveštaj Svetske banke za 2004. godinu: *Making Services Work for Poor People /Kako obezbediti delotvorno pružanje usluga siromašnima/*, Svetska banka, koji uskoro treba da bude objavljen.

⁷⁵ Primeri za takve politike uključuju regresivno oslobađanje od poreza, zakone kojima se zadire u građanske slobode, itd.

grupe aktera u lancu državne politike i u oblasti pružanja usluga u javnom sektoru: kreatori politike, pružaoci usluga i građani često imaju različite (a ponekad i sukobljene) ciljeve i podsticaje. Uz to situacija se prilično komplikuje sve većim nezadovoljstvom građana zbog neujednačenog i neadekvatnog, nepravovremenog informisanja i nedostatka komunikacije. Poboljšanjem raspoloživosti informacija, jačanjem glasa naroda, unapređenjem dijaloga i konsultacija i komunikacije između ove tri grupe aktera, kao i podsticanjem unapređenja rezultata rada, mehanizmi društvene odgovornosti mogu dugoročno da poboljšaju delotvornost u pružanju usluga i da doprinesu tome da se državne odluke donose na jedan transparentniji, zajednički način, koji će ići u korist siromašnih. Imajući u vidu da se siromašni (a nerazvijene zemlje i zemlje u tranziciji imaju visok procenat siromašnih, jer bivši najmasovniji srednji stalež gotovo više i ne postoji) najviše oslanjaju na usluge koje pružaju državne institucije, a pri tome, su najmanje u poziciji da pozovu državne zvaničnike na odgovornost, kao i da ih kontorlišu, upravo ova struktura članova društvene zajednice, ima najviše koristi od inicijativa vezanih za društvenu odgovornost.⁷⁶ Uostalom, sve akcije ili bolje reći većina humanitarnih, filantropskih i drugih akcija društveno odgovornih država, a potom i društva i kompanija zapravo je usmerena na pomoć siromašnima.

3. Inicijative i instrumenti vezani za primenu, a pre toga uvođenje koncepta DOP-a (društvenu odgovornost, društveno odgovorno poslovanje) mogu da doprinesu davanju ovlašćenja, naročito siromašnima. Iz svakodnevnih praćenja aktuelne društvene situacije i naravno na osnovu istraživanja javnog mnjenja, poznato je i potvrđeno, da su siromašni uglavnom nezadovoljni načinom na koji se država odnosi prema pitanju spremnosti da odgovori na njihove potrebe. Taj stav se reflektuje i po pitanju odgovornosti. “Siromašni se žale da državne institucije često niti odgovaraju na potrebe siromašnih, niti imaju odgovornost prema siromašnima”, dodajući da državne institucije “nikome ne polažu račune ili, pak, polažu račune isključivo bogatima i moćnima”.⁷⁷ Kroz mehanizme društvene odgovornosti obezbeđuju se ključne informacije u vezi sa pravima i davanjem prava, a od siromašnih se traži da na sistematičan način pružaju povratne informacije, pa tako oni čine sredstvo pomoću kojeg jača

⁷⁶ Vidi, na primer, Singh, Janmejay i Shah, Parmesh (mart 2003), *Making Services Work for the Poor: The Role of Participatory Public Expenditure Management /Kako obezbediti delotvorno pružanje usluga siromašnima: Značaj učesća građana u praćenju javnih rashoda/*, Svetska banka, ESSD mreža, Napomena br. 81 koja se odnosi na društveni razvoj.

⁷⁷ Woolcock M., Narayan D., *Social Capital: Implications for Development Theory, Research, and Policy*, Final version submitted to the World Bank Research Observer, Vol. 15(2), 2000., str.172-173.

glas socijalno ugroženih grupa. Zahvaljujući tom glasu, koji postaje sve jači, siromašni dobijaju ovlašćenja i time se povećavaju šanse da država *bolje odgovori* na njihove potrebe.⁷⁸

Nemoguće je govoriti o društvenoj odgovornosti društvene zajednice, a pri tom isključiti iz društveno odgovornog ponašanja upravo državne subjekte čija inicijativa predstavlja ključni momenat uvođenja koncepta DOP-a.

Pojam društvene odgovornosti povezan je pre svega sa velikim brojem ključnih koncepata i programa. Mehanizmi društvene odgovornosti su od ključnog značaja za poboljšanje upravljanja, kao i za produbljivanje demokratije.⁷⁹ Društvena odgovornost ne samo da poseduje izrazite potencijale, zahvaljujući kojima može da doprinese smanjenju siromaštva, kroz kreiranje politike koja će više biti okrenuta ka siromašnima, kroz unapređenje usluga koje se pružaju i kroz davanje ovlašćenja, već i na planu kompanija koje funkcionišu u skladu sa konceptom DOP-a, doprineće srećnijem i odgovornijem društvu koje pokazuje ozbiljnost i razumevanje aktuelnih potreba društvene zajednice. Pojam društvene odgovornosti u korelaciji je sa: građanskim društvom, građanskim pravom, pristupima razvoju koji se zasnivaju na pravima, učešćem i transparentnošću, borbom protiv korupcije, reformama u javnom sektoru, decentralizacijom. Osnovna uloga građana po političkoj teoriji je da pozove vladu na odgovornost. Društvena odgovornost je suštinska odlika građanskog društva i podrazumeva angažovanje u cilju pozivanja na odgovornost državnih zvaničnika, pozivajući se na građanska prava. To podrazumeva - prava, obaveze i ulogu građana koji žele da iniciraju veće interesovanje države, više pažnje i bolje usluge javnog sektora vezane za potrebe građana. Obaveza državnih zvaničnika i birokrata da polažu račune građanima proističe iz pojmova prava građana, prava na informisanje i ljudskih prava. Društvena odgovornost obezbeđuje mehanizme za praćenje i zaštitu ovih prava.⁸⁰ U konceptu društvene odgovornosti naglašena su prava građana da očekuju od države da postupa u najboljem interesu svojih građana, kao i da obezbede takvo postupanje od

⁷⁸ U Izveštaju Svetske banke iz 2001. godine: *“Attacking Poverty” /Napad na siromaštvo/*, Svetska banka, 2001, davanje ovlašćenja siromašnima i socijalno ugroženima potvrđeno je kao jedan od tri glavna stuba u naporima da se smanji siromaštvo.

⁷⁹ Vidi, na primer, Reuben, William (mart 2003), *The Role of Civic Engagement and Social Accountability in the Governance Equation /Značaj angažovanja građana u sistemu upravljanja/*, Svetska banka, ESSD mreža, Napomena br. 71, koja se odnosi na društveni razvoj; i (novembar 2002), *Civic Engagement, Social Accountability and Governance Crisis /Angažovanje građana, društvena odgovornost i kriza upravljanja/*. Referat koji je podnet na 50. jubilarnoj konferenciji ISS-a: “Globalizacija, siromaštvo i sukob”, koja je održana u Hagu.

⁸⁰ Jednostavno prosleđivanje informacija u vezi sa pravima ili traženje povratnih informacija od građana u vezi sa rezultatima rada u javnom sektoru, na primer, može da omogući lakše ostvarivanje prava na pristup informacijama, pravo na hranu, stan, socijalnu zaštitu, obrazovanje, slobodu udruživanja, slobodu govora, itd.

strane države.”⁸¹

Momentat koji podrazumeva učešće građana u društvenoj odgovornosti dominantan je u svim sferama primene koncepta DOP-a u društvu. Naime, specifičnost društvene odgovornosti potpuno razlikuje postojeći mehanizam odgovornosti vezan za konvencionalno shvatanje ovog pojma jer građani i sami često učestvuju ne samo u kontroli već i u realizaciji i upravljanju aktivnostima vezanim za društvenu odgovornost. Bez obzira na ograničenost pristupa građana na organe vlasti lokalne zajednice i lokalne samouprave mehanizmi sa lokalnog (mikro nivoa) mogu se proširiti i na učešće na makro nivou.

Mehanizmi društvene odgovornosti predstavljaju ne samo aktivnosti koje će odgovornim poslovanjem kompanija doprineti smanjenju siromaštva, zaštiti životne sredine, unapređenju ljudskih resursa, upravljanju kvalitetom, već pre svega moćno sredstvo za borbu protiv korupcija koja je najnegativniji elemenat prosperiteta savremene društvene zajednice i uzrok inhibiranja i regresije normativa i kriterijuma koji unapređuju i utiču na dobrobit svih jedinki u društvu. Dakako, da mehanizmi društvene odgovornosti mogu upotpuniti reforme u javnom sektoru - kontrolom i unapređenjem usluga u javnom sektoru, potražnjom, potrošnjom i praćenjem društvene odgovornosti. Veliku ulogu u procesu društvene odgovornosti imaju i lokalne vlasti, koje u postupku i procesu decentralizacije treba da omoguće pozitivnu klimu za kompaktniju saradnju sa građanima i pružaocima javnih usluga, kao spona koja treba da prepozna potrebe jednih i pomogne unapređenju kvaliteta pružanja usluga, drugih.

U primeni mehanizama društvene odgovornosti mogu se primeniti različite strategije: istraživanje, praćenje, planiranje, informisanje javnosti, obrazovanje javnosti, a pre svega utvrditi polaznu osnovu tj. polaznu tačku za razmatranje prioriternih problema koji želimo da istražimo. Ukoliko definišemo problem koji se javlja u sistemu pružanja usluga zdravstvene zaštite, polazne tačke su: opredeljenje neophodnih sredstava iz budžeta, postojanje korupcije i neefikasnog raspolaganja opredeljenim sredstvima, razmatranje rezultata rada zdravstvenih ustanova i dr.

Naime, da bi se primenio koncept uvođenja društveno odgovornog poslovanja neophodno je prestrukturiranje postojećih društvenih struktura i izražavanje dobre volje za demokratskim inovativnim procesima u samom državnom aparatu koji bi trebalo potpuno transparentno da funkcioniše kada su potrebe i prioriteti građana u pitanju.

⁸¹ Ove napomene sačinila je Grupa Svetske banke za učešće i građansko angažovanje, na osnovu prve radne verzije, čiji je autor konsultant Carmen Malena.

Potpuna transparentnost i društveno odgovorna svest, primenom delotvornih strategija komunikacije između različitih stejkholdera predstavlja čvrst oslonac i garant uspešnog uvođenja koncepta DOP-a u srpske kompanije. Odnosno u sektor neprofitnih organizacija, kao što su zdravstvene ustanove kojima je ovaj rad posvetio pažnju, kao prioritetu svakog društva: unapređenju i očuvanju zdravlja nacije.

Da bi primena DOP-a preko navedenih ključnih segmenata, mogla da se mrežno proširi i na mikro plan, potrebna je povezanosti oba navedena nivoa koja bi omogućila efikasniju i efektivniju komunikaciju svih stejkholdera.

Najbrži i najkraći put prenošenja informacija je putem interneta i preko komunikaciono – informacionih tehnologija i sistema. Elektronsko poslovanje kako na makro tako i na mikro nivou omogućiti će ekonomičniju saradnju i komunikaciju ne samo svih stejkholdera već i svih struktura, kao i privrednog i neprivrednog sektora. Njegova primena u zdravstvu, kao neprofitnom sektoru je postala nezamisliva, razvojem novih naučnih dostignuća i zdravstvenih tehnologija.

Elektronsko poslovanje i uvođenje elektronskih zdravstvenih kartona predstavlja sredstvo bolje produktivnosti u zdravstvenoj zaštiti i istovremeno način reforme zdravstvenog sistema. Takozvano elektronsko zdravstvo podrazumeva kompletniji i kompleksniji pristup relevantnim podacima (izveštajima i drugoj lekarskoj dokumentaciji) značajnim za pružanje kvalitetne zdravstvene usluge pacijentu.

Savremene poslovne procese u zdravstvu moglo bi se reći, definišu instrumenti društveno odgovorne organizacije i to:

- 1.savremene informacione tehnologije
- 2.menadžment znanjem
- 3.kvalitetna komunikacija na svim nivoima kao rezultanta podsticanja podizanja nivoa EI, pre svega rukovodilaca, a potom i zaposlenih.

U tom smislu SZO (Svetska zdravstvena organizacija)⁸² definiše zdravstveni sistem kao: “Kompleks međusobno povezanih elemenata koji doprinose zdravlju u porodici, obrazovnim ustanovama i na radnom mestu, javnim mestima i zajednicama, kao i u fizičkoj i psihološkoj sredini, u zdravstvenim i drugim sektorima. Drugim rečima, sastavljen je od više podsistema koji su, sa jedne strane u međusobnoj vezi, ali sa druge strane, u vezi sa spoljnim sistemima koji teže

⁸² WHO, Svetska zdravstvena organizacija, u daljem tekstu: SZO

istom cilju odnosno unapređenju zdravlja stanovništva.“⁸³

Suštinski značaj formiranja modela (zdravstvenog sistema) je da „olakša onima koji donose odluke na nacionalnom nivou da simulirajući aktivnosti sistema javnog zdravstva testiraju različite programe zdravstvene zaštite u zavisnosti od potreba odnosno zdravstvenog stanja stanovništva, uvažavajući pri tom zavisnost između sistema zdravstvene zaštite, uslova sredine i mnogih drugih faktora.“⁸⁴ Jednom rečju, ZIS je model pomoću kojeg se prati stanje zdravlja i zdravstvenih potreba stanovništva i usklađuje odnos ponude i potražnje unutar sistema zdravstvene zaštite sa ciljem unapređenja kvaliteta pružanja navedenih usluga na efikasniji način. To znači da će se težiti kvalitetnoj usluzi uz minimalna troškove sa postojećim resursima. Sistem će biti kontrolisan i da će se na taj način upravljati rizicima, jer upravljanje rizikom omogućava bolju primenu, a pre svega organizaciju i funkcionisanje sistema.

Komponente jednog ZIS-a su:

1.ljudski resursi - korisnici usluga kao i menadžeri, ostali zaposleni u zdravstvenom sektoru, programeri

2.tehnička baza

3.baza podataka

4.programska podrška.

Uporedo sa tim, komponente, ***odnosno elementi savremenih poslovnih procesa*** u sistemu zdravstvene zaštite čine:

1.zdravstvene usluge

2.infrastruktura

3.informaciono - komunikacione tehnologije

4.životna sredina.

Ako uzmemo u obzir odnos navedene dve strukture ZIS-a i elemenata savremenih poslovnih procesa u zdravstvu sa jedne strane, a jedan od osnovnih problema u zdravstvu, koji čini svakodnevno prikupljanje, manipulisanje, obrada i korišćenje ogromnog broja podataka u zdravstvenim ustanovama, sa druge strane, možemo konstatovati da je ZIS neophodan uslov efikasnijeg i savremenog poslovanja zdravstvenih ustanova.

Pre svega ZIS nam omogućava da veliki broj medicinskih informacija dobijenih tokom

⁸³ Pudja N., *Zdravstveni informacioni sistem*, Vršac, 2006., str.3

⁸⁴ Isto, str.3

procesa rada stručnog osoblja u medicinskim ustanovama, nakon dobijanja i deponovanja, pomoći sistema (ZIS): filtriramo, grupišemo i standardizujemo na nivou ustanove u kojoj su i nastale. Zbog čega nam je to važno? Iz tog razloga, što se javljaju podaci dobijeni u komunikaciji lekara sa pacijentima, koji su detaljni i manje detaljni, oni koji su od značaja za lečenje pacijenata i od značaja za prosljeđivanje na više nivoe (republički zdravstveni fond, Ministarstvo zdravlja, Institut za javno zdravlje „Batut“) i drugim organima zaduženim za praćenja stanja zdravlja stanovništva.

Dakle, odvajaju se *zaista potrebne i manje potrebne informacije*. Stoga zdravstvene informacije: “predstavljaju informacije o zdravlju i onesposobljenosti stanovništva, a dolaze iz:

1.rutinskih izvora kao što su one koje se odnose na kliničke događaje (bolnički otpust), uključujući i informacije o kvalitetu zdravstvene službe i rezultata zdravstvene zaštite;

2.posebnih rutinskih izvora informacija o zdravstvenom stanju i **epidemiološki podaci**, uključujući nacionalna i regionalna istraživanja zdravlja i onesposobljenosti;

3.bibliotečkih izvora o zdravlju i onesposobljenosti.⁸⁵

Korišćenje informacija u zdravstvu, pomoću ZIS-a, trebalo bi da čini osnovu za koncipiranje ciljeva zdravstvene politike, za određenu teritoriju u određenom vremenskom periodu. Politika u zdravstvenom sistemu označava dokument kojim se jasno izražavaju ciljevi, obaveza stalnog unapređenja i odgovornosti za što bolju i efikasniju zdravstvenu zaštitu na teritoriji jedne države, tj regiona. Dokument o politici je odraz posvećenosti najvišeg rukovodstva (kako na makro tako i na mikro planu) planiranju i vođenju procesa zdravstvene zaštite. Politika treba da sadrži definisane principe i načela kojima se rukovodi u tom procesu. Na ovaj način šalje se poruka najviših instanci, svim učesnicima u sistemu zdravstvene zaštite, da će sistem biti kontrolisan, da će se znati odgovornosti i kompetencije svih učesnika u sistemu, da će se upravljati rizicima, da će navedeni proces **planiranja** zdravstvene zaštite biti implementiran, održavan, saopšten, otvoren (transparentan), raspoloživ i periodično (u skladu sa prikupljenim informacijama deponovanim u ZIS-u) revidiran. Dakle, ništa neće biti prepušteno stihiji, slučaju i sporadičnom delovanju. U tom smislu najviši princip sistema zdravstvene zaštite je kontrolisano upravljanje i planiranje politike „narodnog zdravlja“. Dakle, objasnićemo ponaosob svaki od elemenata sistema zdravstvene zaštite, a potom i elemente ZIS-a, kako bi smo bolje ukazali na vezu između navedenih elemenata i DOP-a.

⁸⁵ Pudja N., *Zdravstveni informacioni sistem*, Vršac, 2006., str.5

Zdravstvena zaštita kao jedan od elemenata savremenih poslovnih procesa u zdravstvenom sistemu, je „rad na unapređenju zdravlja, na zaštiti od bolesti i suzbijanja oboljenja, ranom otkrivanju bolesti, lečenju i rehabilitaciji obolelih i povređenih“. Ova definicija je iz liste službi koje se bave zaštitom zdravlja, a koju je usvojio Komitet eksperata Svetske zdravstvene organizacije (1957).⁸⁶

Termin zdravstvena zaštita ima sinonim kao što je: „narodno zdravlje“.

U cilju sprovođenja zdravstvene zaštite organizuje se služba zdravstvene zaštite, a svrha zdravstvene zaštite je:

„ - obezbeđivanje telesnog i duševnog zdravlja i unapređenje zdravstvenog stanja kao osnovnih uslova za razvitak radnih, stvaralačkih i odbrambenih sposobnosti naroda i za razvitak privrednih snaga zemlje;

- obezbeđivanje zdravog razvoja omladine i dece;
- obezbeđivanje povoljnih zdravstvenih uslova za vreme trudnoće i porođaja, kao i posle porođaja za ženu, majku i dete;
- otklanjanje uzroka i posledica oboljenja i invalidnosti;
- **saniranje sredine i obezbeđenje higijenskih uslova za život i rad građana i za produženje ljudskog veka;**
- **podizanje zdravstvene kulture pojedinaca i naroda u celini.**⁸⁷

Iz navedene definicije jasno sledi da je izgrđivanje društvene odgovornosti temelj kvalitetne zdravstvene zaštite, ali i *vice versa*⁸⁸: društvena odgovornost je uzrok i posledica unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite. Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite čini i učešće svih aktera u njenoj primeni. Tako u sprovođenju zdravstvene zaštite učestvuju: pojedinac i porodica, preduzeće, obrazovne ustanove, humanitarne, verske i druge organizacije, udruženja, organizacije zdravstvenog osiguranja, zdravstvene službe i lokalne zajednice, opštine, gradovi, država. Dakle već u navedenom postulatu sadržan je intenzitet i značaj društvene odgovornosti u sistemu zdravstvene zaštite.

Da bi sistem mogao neometano da funkiconiše potrebna je angažovanost svih subjekata u oblasti zdravstvene zaštite, u skladu sa svojim kompetencijama. Pre svega zdravstveno vaspitanje se uči u porodici, a potom i u sferi obrazovanja. Lokalne zajednice i regioni imaju

⁸⁶ Stamatović M., *Zdravstvena zaštita i osiguranje*, Beograd, 1996., str.62

⁸⁷ Stamatović M., *Zdravstvena zaštita i osiguranje*, Beograd, 1996., str.63

⁸⁸ Sa druge strane...

obavezu finansiranja i opremanja zdravstvenih ustanova u skladu sa osnivačkim kompetencijama. Preduzeća imaju obavezu organizovanja kontrolnih zdravstvenih pregleda za svoje radnike, bilo da je reč o sistematskim ili ciljanim peridoičnim zdravstvenim pregledima zaposlenih koji rade na radnim mestima sa povećanim rizikom koji vremenom može dovesti do ugrožavanja njihovog zdravstvenog stanja, gde spadaju i radna mesta u zoni jonizujućeg zračenja.

Naveli smo neke od povezanosti subjekata u sistemu sa merama zdravstvene zaštite, tako da na ovom mestu možemo eksplicitno nabrojati neke od mera koje su od opšteg interesa, a u njima ćemo prepoznati naše instrumente za izgradnju društvene odgovornosti:

- „- praćenje uslova života i rada stanovništva
- sprečavanje i suzbijanje epidemija
- **razvoj informacionog sistema**
- **stručno-metodloški i doktrinarni poslovi**
- **nadzor nad stručnim radom** (upravljanje kvalitetom)*
- dobrovoljno davanje krvi
- pregledi u vezi sa izloženošću zračenjem
- pomoć humanitarnim organizacijama
- izgradnja i opremanje ustanova koje je osnovala Republika/grad.“**⁸⁹

Funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite efikasnije je nakon uvođenja medicinskog informacionog sistema (MEDICAS) koji sadrži širok spektar evidentiranih aktivnosti u vezi sa komunikacijom i lečenjem pacijenata, pružaocem usluga i pruženim uslugama i sistemom zdravstvene zaštite. Sistem sadrži kompletan set iz nomenklature i cenovnika svih zdravstvenih usluga za osiguranike (korisnike usluga) RZZO-a⁹⁰, kao i specifične usluge koje pružaju pojedine zdravstvene ustanove.

1.Zdravstvene usluge naime, definišu se Ugovorom Republičkog zavoda zdravstvenog osiguranja i davalaca zdravstvenih usluga u pružanju zdravstvene zaštite koja se pruža korisnicima usluga. Definišu se: vrsta, obim, kvantitet zdravstvenih usluga, mere za obezbeđivanje kvaliteta zdravstvene zaštite osiguranika, naknade to jest cene, koju plaća Republički fond za pružene zdravstvene usluge, način obračunavanja i plaćanja, kontrolisanje i odgovornost za izvršavanje obaveza iz Ugovora, kao i rok za izvršenje predmetnih obaveza.

⁸⁹ Isto, str.66

⁹⁰ Republička zajednica zdravstvenog osiguranja, u daljem tekstu-RZZO

Zdravstvene usluge podrazumevaju: dijagnostičke procedure, lečenje, preventivne mere i procedure, terapijske procedure, operativne zahvate, negu bolesnika....

Definisanjem elemenata ZIS-a i zdravstvenog sistema uopšte, navedeno je da pružanje kvalitetne zdravstvene usluge umnogome zavisi i od kvaliteta ljudskih resursa, tj. zdravstvenih profesionalaca koji te usluge pružaju tj. realizuju. Zatim osim ljudskih resursa važni su i finansijski resursi date društvene zajednice. Stoga u jednom zdravstvenom sistemu kažemo da se:

2. Infrastruktura sastoji od pet međusobno povezanih komponenti : “resursa (finansijskih i ljudskih), finansiranja, menadžmenta, organizacije i službi. Razlike unutar infrastrukture utiču na razliku između pojedinih nacionalnih sistema zdravstvene zaštite. Te razlike uslovljavaju istorijski, ekonomski, politički i socijalni uslovi. Kada dođe do promena tih uslova, dolazi i do promena u nacionalnom sistemu zdravstvene zaštite“.⁹¹

Ono što definiše funkciju infrastrukture je da obezbedi profesionalnu medicinsku zdravstvenu zaštitu u rešavanju zdravstvenih problema stanovništva, odnosno korisnika zdravstvenih usluga.

Kako bi se olakšao rad zdravstvenih profesionalaca, a ujedno i korisnika usluga u smislu nošenja obimne medicinske dokumentacije prilikom posećivanja i pregleda kod lekara različitih specijalnosti uveden je informacioni sistem (ZIS). Da bi se uopšte definisao jedan ZIS, neophodno je posedovanje sledećih podataka:

- zdravstveno stanje stanovništva, što podrazumeva demografske podatke, ishranu, stopu mortaliteta i morbiditeta, fizičku aktivnost itd.
- Određeni pokazatelji koji ukazuju na primenu zdravstvenih tehnologija u procesu zdravstvene zaštite, lečenja-bolnička i van bolnička nega itd.
- O funkcionalnim kapacitetima zdravstvene delatnosti.
- O cenama i finansiranju zdravstvene zaštite, u smislu obima i sadržaja.
- O faktorima koji utiču na zdravlje stanovništva, a u vezi su sa sistemom zdravstvene zaštite.

Sve navedene informacije neophodne su za funkcionisanje strukture informacionog sistema u zdravstvu, odnosno vezuju se za primenu informaciono - komunikacionih tehnologija. Sledi detaljan opis strukture ZIS-a.

3. Informaciono – komunikacione tehnologije – Struktura informacionog sistema u

⁹¹ Isto, str.123

zdravstvu može se klasifikovati pema sadržaju informacija. Informacije se u odnosu na sadržaj mogu klasifikovati u tri grupe:

1.informacije koje su neophodne za ugovaranje sa osiguranjem

2.informacije koje se koncipiraju za upravljačke procese u zdravstvenim radnim organizacijama

3.informacije za potrebe dijagnostike i terapije.

1. Pre svega je neophodna izrada plana kako bi se precizirao obim, oblik, kvalitet i kvantitet zdravstvenih usluga u procesu zdravstvene zaštite. Kada se uradi statistička obrada, na osnovu izveštaja i računa za izvršene usluge, potom ocena racionalnog korišćenja dodeljenih sredstava i kvantifikovanje sadržaja obavljenog rada utvđuju se obaveze u skladu sa planom za narednu godinu. Dakle upravljanje sistemom podrazumeva pre svega upravljanje informacijama koje i nastaju u zdravstvenim organizacijama tokom pružanja zdravstvenih usluga u postupku zdravstvene zaštite, a koje se dostavljaju zdravstvenom fondu zbog potrebe ugovaranja usluga i resursa.

Informacije koje se tiču sistema zdravstvene statistike, statistike zdravstvenog osiguranja, finansijskih izveštaja i sl., ne samo da su od značaja za pravovremeno informisanje interesnih grupa u Sistemu zdravstvene zaštite na nivou Republike (Ministarstvo zdravlja, Republička zajednica zdravstvenog osiguranja (odgovarajuće filijale), već i za procese upravljanja unutar same radne organizacije).

2. „Ova grupa informacija se evidentira - registruje u samim zdravstvenim ustanovama, a služi isključivo za potrebe same ustanove. Navedene informacije ne šalju se nigde, ostaju u zdravstvenoj ustanovi, služe za regulisanje odnosa u organizaciji i njenim organizacionim delovima.“⁹² Međutim, ova vrsta informacija je značajna jer se javlja kao pokazatelj racionalizacije i modernizacije, rada zdravstvene ustanove, tačnije – kao pokazatelj i osnova za planiranje racionalnijeg rada i funkcionisanja zdravstvenog sistema.
3. U ovu grupu spadaju informacije medicinskog karaktera. Koriste se u dijagnostici, terapiji, rehabilitaciji, laboratorijskim i drugim analizama, održavanju medicinske opreme, naučnoistraživačkoj delatnosti u medicini i upravljanju kvalitetom. Ove

⁹² Stamatović M., *Zdravstvena zaštita*, Beograd, 1996., str.209

informacije sadrže veliki broj podataka evidentiranih tokom postupka dijagnostikovanja i lečenja. Sinonim za ovu vrstu informacija je – klinički informacioni sistem.

Osim informaciono – komunikacionih tehnologija, važan elemenat DOP-a u svim savremenim poslovnim procesima pa i u zdravstvenom sistemu, javlja se zaštita životne sredine. Naročito uvođenjem tretmana i tehnologija za postupanje sa infektivnim medicinskim otpadom, gde postoje veoma precizno razradjeni planovi i programi postupanja s posebnim akcentom na zaštitu životne sredine i faktorima koji će minimizirati kontaminaciju životne sredine.

4. Životna sredina kao aspekt društvene odgovornosti, podrazumeva: Zaštitu od zagađenja, održive upotrebe resursa, ublažavanje u prilagođavanje klimatskim promenama, zaštitu i obnovu prirode. U okviru navedenog faktora se podrazumevaju i mere zaštite od jonizujućeg zračenja. Zatim, kontrola vode za piće i kontrola hrane, štetnost zagađenja vazduha i vode otpadnim produktima industrije i saobraćajnih sistema.

Kao veoma bitan faktor DOP-a, zaštita životne sredine je važna ne samo zbog očuvanja prirodnih resursa jedne društvene zajednice već direktno utiče na zdravlje stanovništva. Određeni broj oboljenja ljudi, uzrokovan je različitim štetnostima koje mogu nastati u proizvodnji i privredi nepravilnim postupanjem i tretmanom sirovina i hemijskih materija koje se koriste u radu. Na primer - izlivanje olova. Može izazvati ozbiljna oboljenja nervnog sistema, bubrega, pluća i dr., ukoliko se postupak njegove evakuacije u spoljnu sredinu sprovodi suprotno uputstvima proizvođača i suprotno Zakonu o zaštiti životne sredine. Zbog toga šira primena DOP-a imala bi i karakter transparentnosti, tj. javnih periodičnih izveštavanja kompanija o svom radu. Savremenim sredstvima obaveštavanja i komunikacije, elektronskim putem dobićemo pravovremene informacije o primeni mera u radnom i životnom okruženju. Informacionim sistemima kako u neprivrednim delatnostima, tako i privrednim potrebno je povezivati iskustva i znanja drugih zemalja koje su u primeni DOP-a, znatno napredovale, naročito kada je zaštita životne sredine u pitanju.

Zbog toga je ***primena informacionih sistema*** višenamenska i višestruka, kako u zdravstvu tako i u ostalim delatnostima.

Informacije koje se generišu i eksploatišu u ZIS-u imaju različite namene. Neke od namena su:

1. U funkciji vođenja zdravstvene i medicinske dokumentacije

2. u medicinskoj dijagnostici

3.u terapijskoj rehabilitaciji

4.u organizaciji rada u zdravstvu

5.u medicinskim istraživanjima

6.u medicinskoj edukaciji.

S obzirom da je broj i vrsta podataka koje su u postupku uzimanja anamneze od pacijenata, kao i tokom procesa lečenja, veliki i raznovrsan, postoji potreba za njihovom sistematizacijom i bržom i lakšom manipulacijom

Stoga je **1. vođenje medicinske dokumentacije**, olakšano uvođenje ZIS-a, jer se podaci deponuju na jednom mestu za svakog pacijenta ponaosob i lekar uvek ima uvid u sve važne parametre pacijentovog zdravstvenog stanja. Ova je mogućnost naročito važna, videćemo kada bude reči o elektronskom zdravstvenom kartonu, jer nastavak lečenja može biti razmatran konzilijarno od strane više stručnjaka koji ne moraju nužno biti u istom regionu (na primer konsultacija poznatih stručnjaka širom Evrope i sveta).

U domenu **2. medicinske dijagnostike** računari se koriste u obradi i analizi biofizikalnih signala, kao što su: elaktrokardiografija (beleži električnu aktivnost srca u vremenu jer srcem prolaze srčani impulsi koji se šire u sva tkiva oko srca), elektroencefalografija⁹³; merenje krvnog pritiska te elektromiografija⁹⁴. Takođe se računari koriste i u medicinskoj dijagnostici prilikom obrade i analize kliničko - laboratorijskih merenja. Za postavljanje stručnih dijagnoza koriste se ekspertske sistemi koji pružaju traženu informaciju koju lekar traži, međutim mogu se davati i objašnjenja dolaska do date informacije.

Tako na primer postoji program – INTERNIST – konsultant u oblasti interne medicine. Razvoj navedenih programa je u progresivnom toku.

Naročito je poznata primena računara u programiranju zračenja tumora, što podrazumeva precizno određivanje doze i veličine polja koje će biti ozračeno tj. tretirano. Zatim

⁹³ Elektroencefalografija je posebna neurofiziološka metoda koja registruje moždanu električnu aktivnost preko elektroda smeštenih na pglavini (što je najčešći vid korišćenja) ili unutar moždanog tkiva (što se koristi u preoperativnoj pripremi bolesnika sa epilepsijom). Rezultujući dijagram je poznat kao elektroencefalogram (EEG) koji je, ranije, preko posebnih pera osetljivih na izmenu napona, iscertavan na papiru, a u sadašnjici češće zastupljen u vidu digitalnog crteža korišćenjem računara.

⁹⁴ Klinička elektromiografija (EMG) i elektroencefalografija (EEG) su funkcionalne dijagnostičke metode za ispitivanje funkcija nervnog sistema. Dok nam skener (CT – kompjuterizovana tomografija) i magnetna rezonanca (MR) glave prikazuju eventualne promene u morfologiji (građi i strukturama mozga), EMG i EEG nam daju prikaz funkcija nervnog sistema. EEG je više metoda izbora za funkciju tzv. centralnog nervnog sistema, pre svega za funkciju mozga, dok je EMG metoda izbora za ispitivanje funkcija tzv. perifernog nervnog sistema (kičmenih nervnih korenova, perifernih živaca i mišića).

komputerizovani aparati za praćenje stanja pacijenata i vitalnih parametara u odeljenjima intenzivne nege i lečenja, koji su programirani da u određenom vremenskom intervalu obavestavaju o svim važnim parametrima kao i signaliziraju svaku promenu parametara koja može ugroziti i destabilizovati stanje zdravlja pacijenata. Time smo ukazali na značaj **3. primene računara u terapiji i rehabilitaciji.**

Osim primene računara u terapijsko – dijagnostičke svrhe, koristi se i u **4. organizaciji svakodnevnog rada** u zdravstvenim ustanovama, naročito kod zakazivanja pregleda i prijema ambulantnih pacijenata, rasporeda rada lekara, prijema bolesnika u bolnicu, izdavanja recepata u domovima zdravlja, kod izdavanja doznaka za bolovanje i naravno kod vođenja evidencije odnosno, evidentiranja svakodnevnih radnih aktivnosti, zdravstvenih radnika. Različita naučna istraživanja i uopšte naučno-istraživački rad u oblasti medicine, nemoguć je bez upotrebe računara. Ne samo da se analiziraju podaci značajni za naučni rad, razmenjuju znanja, već se i unapređuju sistemi za dokumentaciju medicinske literature. Kao što su sistemi: MEDLARS i Experta medica. Od ogromnog je značaja upotreba računara, u **5. medicinskim istraživanjima.** Ne samo u istraživanju već i u **6. medicinskoj edukaciji.** Veliki broj edukativnog materijala se distribuira u vidu disketa i CD-a. Studenti računarom pomoću programa stimulacije (pacijenata ili stanovništva, uče i vođeni računarom rešavaju određeni zdravstveni problem.

Stoga, unapređenje informacionih tehnologija vodi ne samo efikasnijem i efektivnijem, transparentnom zdravstvenom sistemu, već i DOP-u unutar zdravstvenog sistema. Uz tripartit neophodnih instrumenata kao inovacija i njihovo, što brže uvođenje u sistem zdravstvene zaštite omogućići će upravljanje rizicima u sistemu zdravstvene zaštite i izgradnju društveno odgovornih organizacija.

U tom smislu ističu se, naročito bar tri instrumenta, za održivi dizajn zdravstvenih organizacija i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i to:

1. elektronsko poslovanje (e-karton)

2. menadžment znanjem (uvođenje novih tehnologija)

3. komunikacija i emocionalna kultura.

Iz svega navedenog uočava se ne samo neophodnost primene informaciono – komunikacionih tehnologija kroz funkcionisanje savremenih poslovnih procesa u sistemu zdravstvene zaštite, već i u održivom dizajnu zdravstvenih organizacija – realizaciji planova i rešavanjem problema koji mogu nastati tokom dinamičnog procesa pružanja ili korišćenja

zdravstvenih usluga. Odnosno, primenom sva tri instrumenta DOP-a, znatno se unapređuje i sistem zdravstvene zaštite, što ima direktan uticaj na dizajn zdravstvenih organizacija.

4. MODEL PRIMENE MENADŽMENTA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SRBIJI

4.1. Zdravstveni sistem Srbije

Prema zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvene delatnosti obavljaju zdravstvene ustanove, koje može osnovati svako pravno i fizičko lice.

U obezbeđivanju zdravstvene zaštite i njenom sprovođenju učestvuju građani kao pojedinci, porodica, obrazovane i druge ustanove, humanitarne, verske, i sportske organizacije, različite zajednice i udruženja, organizacije zdravstvenog osiguranja, zdravstvena služba, lokalna zajednica, opština, grad, pokrajina i republika.

Zdravstvena ustanova može da počne sa radom i da obavlja zdravstvenu delatnost, ako:

- određeni broj zdravstvenih radnika, sa položenim stručnim ispitom odgovarajućeg stepena stručne spreme, za određene poslove i sa odgovarajućom specijalnošću;
- opremu i uređaje za savremeno i bezbedno pružanje zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga;
- odgovarajuće vrste i količine lekova i drugih sredstava za prevenciju, dijagnostiku, lečenje i rehabilitaciju;
- odgovarajuće prostorije za prijem bolesnih i korisnika preventivnih usluga, odnosno zdravih, za pružanje zdravstvene zaštite, za čuvanje lekova, za smeštaj bolesnika...

Osnovni principi organizacije zdravstvenih ustanova, obuhvataju sledeće postavke:

1. zdravstvene ustanove – njihove jedinice ili službe, organizuju se tako da obezbeđuju što dostupniju, potpuniju i uspešniju zdravstvenu zaštitu stanovništva, kako u redovnim tako i u vanrednim prilikama;
2. odganizacija i rad zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika mora biti takva da se njome ostvaruju načelo jedinstva preventivnog i kurativnog rada;
3. zdravstvene ustanove – jedinice i službe, sprovode svoje osnovne delatnosti tako da sarađuju međusobno i dopunjavaju se u pružanju medicinske pomoći građana, sprovođenju mera zdravstvene zaštite i drugim pitanjima od zajedničkog interesa.

Ovako postavljene osnovni principi organizacije zdravstvene službe omogućavaju da se zdravstvene ustanove ustanovljavaju s obzirom na prirodu delatnosti kojima se bave i na vidove zdravstvene zaštite koje pretežno pružaju. Bilo jedno ili drugo, osnovna dužnost im je da

građanima omogućavaju korišćenje odgovarajućeg vida zdravstvene zaštite ili kompleksne zdravstvene zaštite na određenom nivou.

4.2.Vrste zdravstvenih usluga i njihove delatnosti

Vrste zdravstvenih ustanova ustanovljavaju se prema prirodi delatnosti kojom se bave i prema vidovima zdravstvene zaštite koje pretežno pružaju. Jedinствени sistem zdravstvene službe čine vrste zdravstvenih ustanova, a to su:

- DOM ZDRAVLJA;
- BOLNICA;
- KLINIKE;
- ZDRAVSTVENI CENTAR;
- ZAVOD ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA;
- ZAVODI;
- INSTITUTI;
- APOTEKE;
- APOTEKARSKA USTANOVA;
- KLINIČKI CENTAR;
- KLINIČKO – BOLNIČKI CENTAR.

Zdravstvenu zaštitu i poslove zdravstvene delatnosti, zdravstvene ustanove sprovode na principu jedinstvenih preventivnih, dijagnostičko – terapijskih i rehabilitacionih mera, i na principima sveobuhvatnosti, dostupnosti, neprekidnosti, efikasnosti i dostignućima medicinskih i drugih mera.

Zdravstvenu delatnost mogu obavljati druga pravna lica i zdravstveni radnici kroz tzv. druge oblike zdravstvene delatnosti (privatne zdravstvene ustanove) pod posebno propisanim uslovima, to mogu biti:

- LEKARSKA I STOMATOLOŠKA ORDINACIJA;
- DISPANZER;
- ZDRAVSTVENI KABINET;
- ZDRAVSTVENA STANICA;
- ZDRAVSTVENO SAVETOVALIŠTE;
- APOTEKA;

- LABORATORIJA;
- PLIKLINIKA;
- PATRONAŽNA SLUŽBA;
- SLUŽBA KUĆNOG LEČENJA I ZDRAVSTVENE NEGE;
- AMBULANTA MEDISINSKE SESTRE – TEHNIČAR ZA MEDICINSKU NEGU

4.3. Organizacija zdravstvene zaštite

Rezolucija SZO (Svetske zdravstvene organizacije) o Globalnoj strategiji „Zdravlje za sve do 2000.godine”(1977) odredila je smernice za delovanje međunarodne zajednice kroz izazov upućen međunarodnoj zajednici i zemljama članicama za preispitivanje temelja zdravstvene politike i odredila ostvarivanje zdravstvene zaštite na tri nivoa:

- PRIMARNOM
- INTERMEDIJERNOM ILI SEKUNDARNOM
- CENTRALNOM ILI TERCIJARNOM ⁹⁵

Sva tri nivoa (primarni, sekundarni i tercijarni) su funkcionalno povezani u jedinstveni referalni sistem, u kome (Slika br.4):

- viši nivo pruža podršku nižem
- obezbeđuje nesmetanu prohodnost u skladu sa potrebama
- ima jedinstvenu medicinsku dokumentaciju
- informiše niži nivo o tretmanu.

Primarni nivo zdravstvene zaštite mora biti osnovni i centralni deo sistema zdravstvene zaštite i koji mora pokriti najmanje 2/3 zdravstvenih potreba. Obavlja se u Domovima zdravlja i Zavodima za zdravstvenu zaštitu i javno zdravlje.

To su ustanove u koje građani mogu da odu bez uputa: dom zdravlja, apoteka, studentska poliklinika i sl. Najvažnija ustanova na primarnom nivou je dom zdravlja.⁹⁶

Sekundarni nivo treba da kroz rad opštih i specijalnih bolnica rešava složenije zdravstvene probleme, koristeći specijalizovane kadrove i višu tehnologiju.

⁹⁵ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, “Sl. Glasnik RS”, br. 107/2005, 72/2009 – dr zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012), Član.79. Delatnost i organizacija zdravstvenih ustanova.

⁹⁶ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, *Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite*, Kako funkcioniše zdravstveni sistem u Republici Srbiji?,

http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf, datum pristupa 18.06.2014.god. u 17h 16 min.

Ukoliko dom zdravlja nije u mogućnosti da pruži odgovarajuću specijalističku zdravstvenu zaštitu, lekar će uputiti pacijenta na sekundarni nivo (bolnice). U bolnicama kojih u Srbiji ima 77, svakom pacijentu biće pružena zdravstvena zaštita koja mu je potrebna: ambulantno lečenje (pregled kod lekara specijaliste u poliklinici) ili bolničko lečenje, odnosno ležanje u toj bolnici.

Pacijenti se upućuju u bolnicu kada njihov zdravstveni problem prevazilazi tehničke uslove doma zdravlja ili je potrebno stručno mišljenje višeg nivoa.⁹⁷

Tercijarni nivo zdravstvene zaštite mora pružiti vrhunsku dijagnostiku i lečenje kroz visokospecijalizovanu kadrovsku i tehnološku opremljenost. Takođe, tercijarni nivo mora pružati stručnu pomoć i podršku sekundarnom nivou i obavljati delatnost medicinske edukacije i naučnoistraživačkog rada. Zdravstvenu delatnost na tercijarnom nivou obavljaju: Klinika, Institut, Kliničko-bolnički centar, Klinički centar.

Ustanove tercijarnog nivoa mogu se osnivati samo u sedištim univerziteta sa fakultetom zdravstvene struke, takođe ustanove tercijarnog nivoa (u državnoj svojini) u čijem sedištu ne postoji opšta bolnica, moraju pružati i zdravstvene usluge sekundarnog nivoa tj. opšte bolnice.

Kada zdravstveni problem prevazilazi tehničke uslove bolnice ili je potrebno stručno mišljenje najvišeg nivoa zdravstvene zaštite, pacijent se upućuje u kliničke centre kojih u našoj zemlji ima 4 (Beograd, Novi Sad, Kragujevac i Niš) ili neku od klinika (6), odnosno institute (16) ili KBC (4).⁹⁸

To je tercijarni i poslednji nivo u sistemu zdravstvene zaštite u Srbiji. Za sve dolaske kod lekara na tercijarnom nivou potreban Vam je uput izabranog lekara iz doma zdravlja koji on izdaje na osnovu preporuke lekara iz bolnice. Ovaj uput mora biti overen od nadležne filijale Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje (RZZO).⁹⁹

Zdravstvena delatnost na primarnom nivou obuhvata:

- 1) zaštitu i unapređenje zdravlja, sprečavanje i rano otkrivanje bolesti, lečenje, rehabilitaciju bolesnih i povređenih;
- 2) preventivnu zdravstvenu zaštitu grupacija stanovništva izloženih povećanom riziku

⁹⁷ Isto.

⁹⁸ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, *Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite*, Kako funkcioniše zdravstveni sistem u Republici Srbiji?, http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf, datum pristupa 18.06.2014.god. u 17h 16 min.

⁹⁹ Isto.

oboljevanja i ostalih stanovnika, u skladu sa posebnim programom preventivne zdravstvene zaštite;

- 3) zdravstveno vaspitanje i savetovanje za očuvanje i unapređenje zdravlja;
- 4) sprečavanje, rano otkrivanje i kontrolu malignih bolesti;
- 5) sprečavanje, otkrivanje i lečenje bolesti usta i zuba;
- 6) patronažne posete, lečenje i rehabilitaciju u kući;
- 7) sprečavanje i rano otkrivanje bolesti, zdravstvenu negu i rehabilitaciju za lica smeštena u ustanove socijalnog staranja;
- 8) hitnu medicinsku pomoć i sanitetski prevoz;
- 9) farmaceutsku zdravstvenu zaštitu;
- 10) rehabilitaciju dece i omladine sa smetnjama u telesnom i duševnom razvoju;
- 11) zaštitu mentalnog zdravlja;
- 12) palijativno zbrinjavanje;
- 13) druge poslove utvrđene zakonom.

U obavljanju zdravstvene delatnosti na primarnom nivou zdravstvene ustanove ostvaruju saradnju sa drugim zdravstvenim, socijalnim, obrazovnim i drugim ustanovama i organizacijama za pripremanje i izvođenje programa za očuvanje i unapređenje zdravlja.¹⁰⁰

Specijalističko - konsultativna delatnost može se obavljati u domu zdravlja i drugoj zdravstvenoj ustanovi na primarnom nivou.

Specijalističko - konsultativna delatnost koja se obavlja na primarnom nivou mora imati za svoje potrebe odgovarajuću laboratorijsku i drugu dijagnostiku.

Dom zdravlja, kao i druge zdravstvene ustanove na primarnom nivou, u obavljanju specijalističko - konsultativne delatnosti povezuju se u stručnom ili organizacionom smislu sa odgovarajućom zdravstvenom ustanovom koja obavlja sekundarnu zdravstvenu delatnost.¹⁰¹

Zdravstvena delatnost na sekundarnom nivou obuhvata specijalističko-konsultativnu i bolničku zdravstvenu delatnost.

Specijalističko-konsultativna delatnost na sekundarnom nivou u odnosu na zdravstvenu delatnost na primarnom nivou obuhvata složenije mere i postupke otkrivanja bolesti i povreda

¹⁰⁰ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, "Sl. Glasnik RS", br. 107/2005, 72/2009 – dr zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012), Član.88. Primarna, sekundarna i tercijarna zdravstvena delatnost.

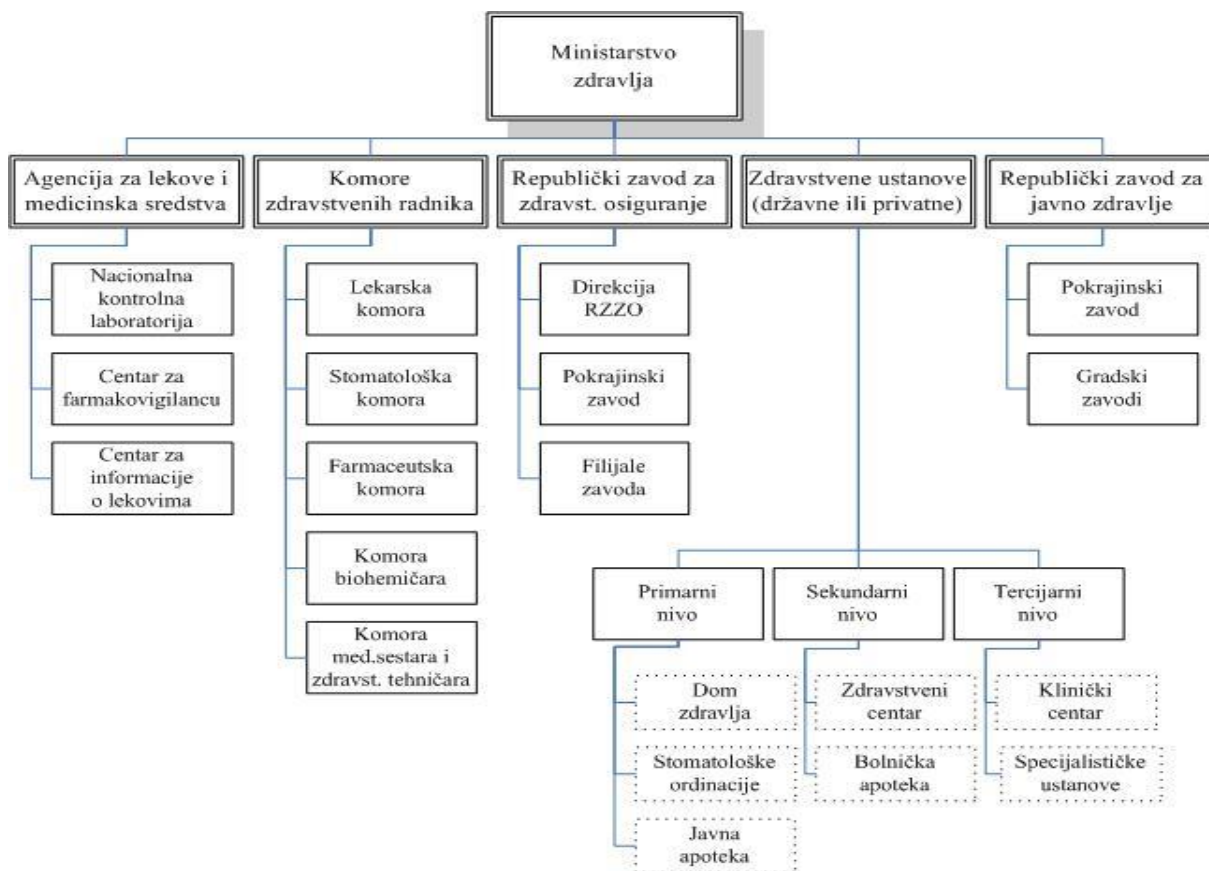
¹⁰¹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, "Sl. Glasnik RS", br. 107/2005, 72/2009 – dr zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012), Član.89. Primarna, sekundarna i tercijarna zdravstvena delatnost.

kao i lečenja i rehabilitacije bolesnih i povređenih.

Bolnička zdravstvena delatnost obuhvata dijagnostiku, lečenje i rehabilitaciju, zdravstvenu negu i smeštaj u bolnicama, kao i farmaceutsku zdravstvenu delatnost u bolničkoj apoteci.¹⁰²

Zdravstvena delatnost na tercijarnom nivou obuhvata pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite i specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene delatnosti kao i naučnoistraživačku i obrazovnu delatnost, u skladu sa zakonom kojim se uređuje naučnoistraživačka delatnost, odnosno delatnost obrazovanja.

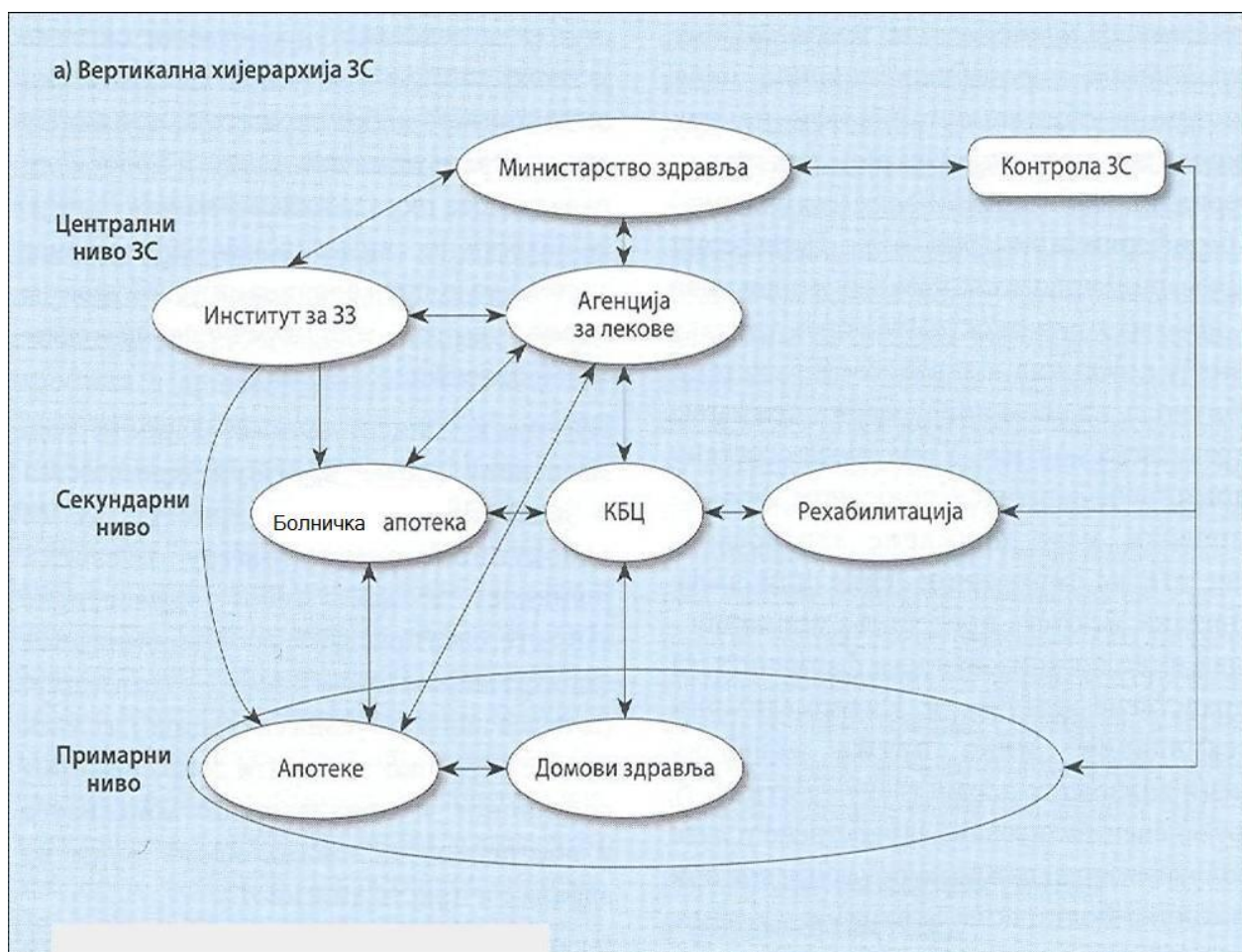
Zdravstvena delatnost na tercijarnom nivou obuhvata obavljanje i farmaceutske zdravstvene delatnosti u bolničkoj apoteci.¹⁰³



Slika br.3: Šema Zdravstvenog sistema Srbije; Izvor: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

¹⁰²Zakon o zdravstvenoj zaštiti, “Sl. Glasnik RS”, br. 107/2005, 72/2009 – dr zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012), Član.90. Primarna, sekundarna i tercijarna zdravstvena delatnost.

¹⁰³ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, “Sl. Glasnik RS”, br. 107/2005, 72/2009 – dr zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012), Član.91. Primarna, sekundarna i tercijarna zdravstvena delatnost.



Slika br.4: Vertikalna hijerarhija Zdravstvenog sistema RS

Izvor: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

4.4. Zdravstvena infrastruktura

Nacionalni zdravstveni sistem je organizovan na tri nivoa. Termin zdravstveni sistem označava aktivnosti koje uključuju zdravstveni kao i niz drugih sektora (privrednih i društvenih) koji skupa učestvuju u obezbeđivanju zdravstvene zaštite stanovništva.¹⁰⁴

Primarna zdravstvena zaštita je obezbeđena kroz stošezdesetjedan (161) Dom zdravlja i zdravstve ambulante, 23 Institut/Zavod za javno zdravlje i 35 apoteka. Sekundarna i tercijarna

¹⁰⁴ Tasić Lj., *Farmaceutski menadžment i marketing*, Beograd, 2002.

zaštita se sprovodi u 40 opštih bolnica, 37 specijalnih bolnica, 6 klinika, 4 kliničko-bolnička centra, 4 klinička centra, 16 instituta i 6 Zavoda.¹⁰⁵

Zdravstvena zaštita stanovništva neposredno se sprovodi preko mreže zdravstvenih ustanova i uslovljena je razvijenošću organizacije i tehnologije rada. Ukupan broj zdravstvenih ustanova prema Uredbi o planu mreže zdravstvenih ustanova („Sl. glasnik“ RS br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009 i 24/2010) u 2011. godini u Srbiji iznosio je 344.¹⁰⁶

Privatni zdravstveni sektor je razvijen ali ne i inkorporiran u nacionalni zdravstveni sistem.

4.5.Upravljanje zdravstvenim sistemom

Zdravstveni sistem u Republici Srbiji organizuju i njime upravljaju tri najznačajnije institucije (Slika br. 3):

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije (Slika br.5):

- Određuje zdravstvenu politiku
- Donosi standarde za rad zdravstvene službe
- Određuje mehanizme kontrole kvaliteta
- Kontroliše kvalitet

Ministarstvo zdravlja je takođe zaduženo za sistem zdravstvene zaštite, zdravstveno osiguranje, očuvanje i unapređenje zdravlja građana, zdravstvenu inspekciju, nadzor nad radom zdravstvene službe i druge poslove iz oblasti zdravstvene zaštite.¹⁰⁷

Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović - Batut” je nadležan za:

- Prikupljanje podataka o zdravstvenom stanju građana i radu zdravstvenih ustanova
- Analizu prikupljenih pokazatelja javnog zdravlja
- Predloge mera za poboljšanje javnog zdravlja
- Predlog godišnjeg plana rada zdravstvenih ustanova
- Razvoj i koordinaciju zdravstvenih informacionih sistema

¹⁰⁵ Institut za javno zdravlje Srbije, (www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2011.pdf, pristup 15. 02. 2013. u 20:30)

¹⁰⁶ Isto.

¹⁰⁷ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, *Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite*, Kako funkcioniše zdravstveni sistem u Republici Srbiji?, http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf, datum pristupa 18.06.2014.god. u 17h 16 min.

Institut „Batut” je zdravstvena ustanova koja obavlja poslove iz oblasti socijalne medicine, higijene, epidemiologije i mikrobiologije. Takođe, to je i stručno-metodološka i obrazovna institucija koja koordinira i prati stručni rad ZJZ i drugih ustanova.¹⁰⁸

Republički zavod za zdravstveno osiguranje

- Finansira funkcionisanje zdravstvene zaštite na svim nivoima
- Ugovara pružanje usluga sa zdravstvenim ustanovama u javnom i privatnom sektoru
- Kontrolise sprovođenje obaveza preuzetih prilikom ugovaranja
- Definiše osnovni paket zdravstvenih usluga

Republički zavod je nacionalna organizacija kroz koju građani ostvaruju svoje pravo iz zdravstvenog osiguranja i finansiraju svoju zdravstvenu zaštitu.¹⁰⁹



Slika br.5: Zdravstveno zakonodavstvo

Izvor: Krajanović D., Osnove zdravstvenog zakonodavstva, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Beograd,2012.

¹⁰⁸ Isto.

¹⁰⁹ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, *Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite*, Kako funkcioniše zdravstveni sistem u Republici Srbiji?, http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf, datum pristupa 18.06.2014.god. u 17h 16 min.

4.6. Organi zdravstvene ustanove i stručni organi zdravstvene ustanove

1. Organi zdravstvene ustanove

- Direktor
- Upravni odbor
- Nadzorni odbor
- Statut zdravstvene ustanove
- Unutrašnja organizacija zdravstvene ustanove

2. Stručni organi u zdravstvenoj ustanovi

- Stručni savet
- Stručni kolegijum
- Etički odbor
- Komisija za unapređenje kvaliteta rada¹¹⁰

4.7. Glavna stručna tela na nivou Republike

1. Zdravstveni savet Srbije

- Sastav Zdravstvenog saveta
- Nadležnost Zdravstvenog saveta
- Rad Zdravstvenog saveta

2. Etički odbor Srbije

- Nadležnost Etičkog odbora Srbije

3. Republičke stručne komisije¹¹¹

4.8. Ljudska prava i vrednosti u zdravstvenoj zaštiti

Prava pacijenata:

1. Pravo na dostupnost zdravstvene zaštite
2. Pravo na informacije
3. Pravo na obaveštenje
4. Pravo na slobodan izbor
5. Pravo na privatnost i poverljivost informacija
6. Pravo na samoodlučivanje i pristanak

¹¹⁰ Krajanović D., *Osnove zdravstvenog zakonodavstva*, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Beograd, 2012, str. 40

¹¹¹ Isto., str.40

7. Pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju
8. Pravo na tajnost podataka
9. Pravo pacijenta nad kojim se vrši medicinski ogled
10. Pravo na prigovor
11. Pravo na naknadu štete
12. Pravo na poštovanje pacijentovog vremena¹¹²

4.9. Finansiranje zdravstvenog sistema

Veoma je bitno napomenuti da reforma sistema zdravstvene zaštite neće preko noći rešiti sve probleme u sistemu zdravstva jer država nema dovoljno novca da se finansiraju sva prava iz zdravstvene zaštite propisane zakonom. Stanovnici Srbije vođeni dugogodišnjim sistemom zdravstvene organizacije blagostanja previđaju činjenicu težine trenutka u kome se nalazi celokupan društveni sistem a time i zdravstveni sistem u sklopu istog. Očekivanja idu do nivoa da se podrazumeva apsolutno besplatna zdravstvena zaštita, kao i da sistem zdravstvene zaštite može rešiti i rešava sve probleme zdravlja ljudi.

Načini finansiranja kreću se od Semaškovog modela sa univerzalnim pravom na besplatnu zdravstvenu zaštitu, sa prisutnom centralizacijom sistema koji je bio deo planske ekonomije gde su dominirale specijalizovane ustanove do Bizmarkovog modela i tržišne orijentacije sa prisutnom decentralizacijom (ugovorni model), sa primarnom zdravstvenom zaštitom kao čuvarem kapije sistema gde se plaća po efektu rada i medicina se zasniva na dokazima, a kapacitet (prekomeran) se osetno smanjuje.

Značajno je razumeti da sav novac direktno ili indirektno dolazi od građana kroz:

- Finansiranje iz državnog budžeta
- Obavezno zdravstveno osiguranje
- Direktno plaćanje "iz džepa"
- Finansiranje iz sredstava zajednice
- Donacije, krediti itd.

Uglavnom se primenjuje *kombinovani model finansiranja* na osnovu koga se određuje: koliko će se novca prikupiti, ko snosi finansijski teret, ko kontroliše fondove kao i mogućnost

¹¹² Krajanović D., *Osnove zdravstvenog zakonodavstva*, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Beograd, 2012, str. 37

kontrole porasta troškova. Izbor modaliteta finansiranja zdravstvenog sistema će zavistiti od nekoliko bitnih stavki, kao što je: *Stepen socijalno-ekonomske razvijenosti zemlje; Fiskalni kapacitet zemlje; Efikasnost prikupljanja sredstava; Politička izvodljivost.*

Sistem zdravstvenog osiguranja se znatno razlikuje od zemlje do zemlje. U mnogim svetskim zemljama ne postoji obavezno zdravstveno osiguranje a sistem zdravstvene zaštite se napaja opštim oporezivanjem (Skandinavija i Velika Britanija). Postoji i vid dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja koji predstavlja mogućnost zaštite u privatnom sektoru (private klinike i privatna odeljenja, ubrzan medicinski tretman u bolnicama).

U SAD se primenjuje zdravstveno osiguranje po tipu polise osiguranja - konkurentsko tržište. Tržišna orijentacija je veoma uticala na zemlje, kao što su Finska i Švedska gde se zdravstvena zaštita finansira iz poreza, pa je veoma vezana za javni sektor, a samim tim i za shvatanje o cilju, funkciji i upravljanju javnim organizacijama koje se finansiraju iz poreza.¹¹³

Zdravstveno osiguranje (preduslovi i troškovi) - Zaposleni može aplicirati kroz stalno ili privremeno zaposlenje, takođe, penzioneri. Poslodavac je obavezan da uplaćuje doprinose RZZO a osiguraniku će biti izdata overena zdravstvena knjižica.

Nezaposlena lica i druge kategorije - prvi korak je pribavljanje radne knjižice; drugi korak je da osoba treba da se registruje kod Nacionalne službe za za pošljavanje i to prema mestu prebivališta. Treći korak, je da osoba aplicira za zdravstveno osiguranje kod ispostava RSSZ prema mestu prebivališta.

Zdravstveno osiguranje je besplatno za nezaposlena lica koja su registrovana kod Nacionalne službe za zapošljavanje.

Socijalno osiguranje u Srbiji (obavezno zdravstveno osiguranje) je model socijalnog osiguranja koji je obavezno i povezuje uplate sa nivoom prihoda, a pri tom zahteva doprinose i od poslodavaca i od zaposlenih. Usluga je besplatna za pacijenta na mestu gde se pruža, a nivo zaštite nije povezan sa uplaćenim doprinosima. Zbog svoje povezanosti sa zaradom i zbog nedostatka povezanosti sa koristi koju pruža, zapravo predstavlja alternativni oblik oporezivanja. Moglo bi se zameniti i višim porezima na lične prihode i na prihode korporacija. Osiguranje ne pokriva sve troškove zdravstvene zaštite pa opterećenje pada na opšte poreze. Državni ili lokalni budžeti plaćaju troškove za epidemiološku kontrolu, medicinsko osoblje i istraživanje. Izgradnja i

¹¹³ Timo H., Janne J., *Uloga finansiranja zdravstva iz budžeta u ugovornom upravljanju*, Projekat Vlade Finske

održavanje zgrada i kupovina opreme pada na teret države, ili lokalnih budžeta. Vlada plaća troškove osiguranja za one koji ne zarađuju – penzionere, decu, invalide, nezaposlene, itd.

Veliki problem koji se javlja, jeste da poslodavci koji imaju finansijske teškoće ne uplaćuju obavezne doprinose u fondove zdravstvenog osiguranja, a i vlada ne daje uvek adekvatne uplate za svoje doprinose za one koji sami ne vrše uplatu. Javlja se krug dugovanja u kojem fondovi ne vrše uplate bolnicama, lekarima opšte prakse i drugim davaocima usluga, koji sa svoje strane odlažu uplate troškova dobavljačima, poput kompanija koje isporučuju lekove i energente (Slika br.6).

Finansiranje iz državnog budžeta - Vlada dobija svoj prihod iz različitih poreza i naplata, kao što je porez na dohodak, porez na dohodak preduzeća, porez na dodatu vrednost, itd. U opštem porezu, ceo dohodak od poreza se koristi za finansiranje niza vladinih aktivnosti. Tako zdravstveni sistem mora da se nadmeće za finansijska sredstva sa svim drugim programima i sektorima koje Vlada finansira, poput obrazovanja, odbrane... Zdravstvo je najčešće manje bitno od nekih drugih oblasti.

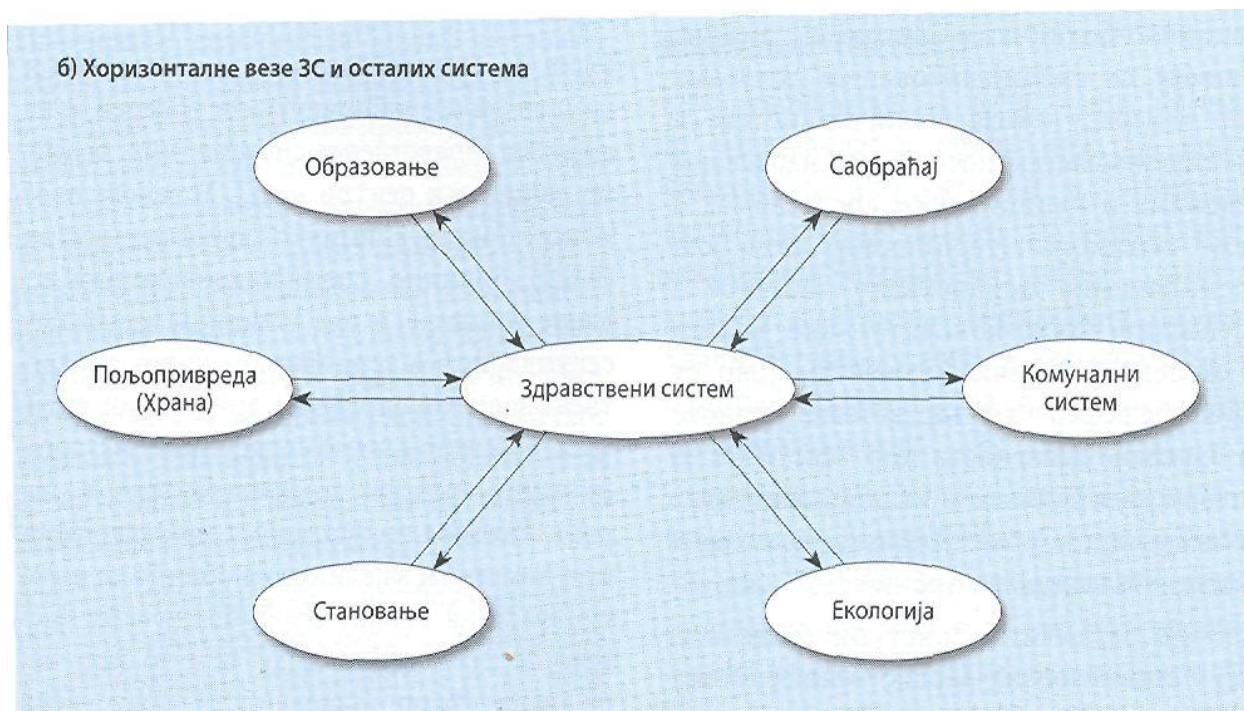
Privatno zdravstveno osiguranje - Privatno osiguranje znači da ljudi dobrovoljno odlučuju da li će kupiti zdravstveno osiguranje, kako bi se obezbedili u slučaju bolesti. Kupovina ovog osiguranja može da se obavi na individualnoj ili grupnoj osnovi. Prednost privatnog osiguranja počiva na konkurenciji, sa ciljem poboljšanja efikasnosti. Privatni zdravstveni sektor je razvijen ali ne i inkorporiran u nacionalni zdravstveni sistem.

Finansiranje iz džepa korisnika - Ovaj model finansiranja predviđa da individualni pacijenti direktno plaćaju davaocu zdravstvenih usluga iz svog “džepa” za materijal i usluge koje su dobili. Ovi troškovi ne mogu da budu refundirani od osiguranja. Ovim vidom finansiranja se značajno smanjuje nepotrebno korišćenje zdravstvenih usluga ali i dolazi do prikupljanja dodatnih sredstava. Smatra se da je ovaj model visoko regresivan prema onima sa lošim zdravstvenim stanjem i niskim prihodima. Plaćanje iz džepa disproportionalno utiče na siromašne. Ovaj faktor, između ostalih, dovodi do porasta nejednakosti u pristupačnosti zdravstvene zaštite.¹¹⁴

Finansiranje od strane lokalne zajednice - ***Organizovan je uglavnom kroz kontrolu primarne zdravstvene zaštite. Finansiranje od strane lokalne zajednice ima ograničene***

¹¹⁴ Walters S., Suhrcke M., *Socio-ekonomske nejednakosti u zdravlju i dostupnosti zdravstvene zaštite u centralnoj i istočnoj Evropi i zajednici nezavisnih država: pregled nedavno objavljene literature*; Kancelarija SZO za Evropu za investiranje u zdravlje i razvoj, radni dokument 2005/1, str.39.

kapacitete za sakupljanje veće sume novca, ali efikasno se koristi u ostvarivanju bitnih rezultata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u siromašnim i nerazvijenim zemljama.¹¹⁵



Slika br.6: Horizontalne veze Zdravstvenog sistema sa ostalim sistemima

Izvor: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

4.10. Najčešći problemi u sistemu zdravstvene zaštite

- Problemi sa kojima se susreće naš zdravstveni sistem nalaze se kako u internom tako i u eksternom okruženju.

Najčešći problem su materijalno-finansijske prirode ali postoje i mnogobrojne slabosti u oblasti organizacije i funkcionisanja zdravstvene zaštite:

- nefunkcionalno organizovana zdravstvena služba,
- menadžment bez potrebnih menadžerskih veština i adekvatnog obrazovanja iz oblasti menadžmenta,
- neadekvatan metod plaćanja zdravstvenih usluga i nejasan način finansiranja

¹¹⁵ Gavrilović A., Trmčić S.: „Zdravstveni osiguranje u Srbiji – finansijski održiv sistem“, , Međunarodna naučna konferencija „Menadžment 2012“, Zbornik radova, Beograd – Mladenovac 20 -21. April 2012.

zdravstvenih ustanova,

- potrebe i prioriteti u zdravstvenoj zaštiti su loše projektovani,
- veliki procenat nemedicinskog osoblja u zdravstvenim ustanovama kao i medicinski menadžment (bez potrebnih menadžerskih znanja);

- nekvalitetan informacioni sistem,
- sva vlast u zdravstvu i zdravstvenim ustanovama je centralizovana i nalazi se u rukama državnih i partijskih organizacija i ustanova.

- zdravstveni kapaciteti iznad okvira ekonomskih mogućnosti društva, zastarela oprema i propadanje zgrada u zdravstvu,

- niske zarade zdravstvenih radnika, što rezultira niskom profesionalnom satisfakcijom, nepostojanjem motivacije za kvalitetnim i efikasnim radom

- nezastupljenost procene kvaliteta rada u zdravstvu;
- farmaceutska mafija, nepostojanje nacionalne politike lekova i neadekvatna kontrola;
- neadekvatan način alokacije sredstava sa prioritetima i nivoima zdravstvene zaštite;
- upravljanje zdravstvenim sistemom ne odgovara savremenoj koncepciji organizacije zdravstvenog sistema, posebno u pogledu planiranja;

- nepostojanje blagovremenih i tačnih informacija koje služe kao podrška donošenju odluka i kontroli trošenja i korišćenja resursa u zdravstvu što umanjuje transparentnost celokupnog sistema zdravstvene zaštite.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti davaoci zdravstvenih usluga dobijaju standardnu uplatu po broju stanovnika za pacijente koji se kod njih registruju. Evidentni su problemi u ovakvoj organizaciji plaćanja jer se uplate primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne menjaju u odnosu na kvantitet i kvalitet pruženih usluga i javlja se tendencija da to podstiče preterano upućivanje pacijenata u bolnice ili ambulantne jedinice za specijalističko zbrinjavanje. Time se destimuliše zauzet smer kretanja zdravstvene zaštite ka primarnom nivou i u efikasnosti i u pogodnosti.

4.11. Neophodnost reforme zdravstvenog sistema sa akcentom na pametno upravljanje i primarnu zdravstvenu zaštitu

Osnovni cilj reforme je:

- dovodjenje zdravstvenog sistema u stanje optimalne funkcionalnosti kako bi se u okviru raspoloživih sredstava postigao najveći pozitivni efekat na zdravstveno stanje stanovništva;
- pravednost u korišćenju i finansiranju sistema zdravstvene zaštite; alokativna, tehnička i administrativna efikasnost sistema zdravstvene zaštite;
- finansijska i institucionalna održivost sistema;
- stalno unapređenje kvaliteta rada i usluga koje se pružaju korisnicima;
- prihvatljivost sistema zdravstvene zaštite za korisnike i davaoce usluga u zdravstvu,
- povećanje efikasnosti zdravstvenog sistema kroz racionalne i dostupne resurse,
- primena savremenih zdravstvenih tehnologija.

4.12. Ciljevi i pravci reforme zdravstvene zaštite

- Prihvatiti stav od strane zakonodavstva i državne uprave da je zdravstvena zaštita primarni sistem u funkcionisanju jedne države. Bolesna nacija ne postiže niti ekonomski niti razvoj u bilo kom smeru.

- Svojinska transformacija (uz procenu državnog i društvenog interesa u zdravstvu i dela koji će biti prepušten privatnom sektoru);

- Efikasnije sprovođenje i kontrola uplata obaveznog zdravstvenog osiguranja kao i formiranje dobrovoljnog i privatnog zdravstvenog osiguranja. Uvođenje adekvatnih kaznenih mera u zakonodavstvo za izbegavanje uplata u Fond obaveznog zdravstvenog osiguranja.

- Kontrola potrošnje lekova i formiranje politike potrošnje lekova (suzbijanje malverzacija farmaceutske mafije);

- ***Pametno upravljanje zdravstvenom organizacijom*** (uprava sa adekvatnim obrazovanjem iz oblasti menadžmenta). Upravljanje prema savremenoj koncepciji organizacije zdravstvenog sistema, ***uz primenu sistema preduzetničkog menadžmenta u organizaciji zdravstvenog sistema***, staviti akcenat na planiranje; Smatra se da je vrhovnoj upravi kompanije potreban izvestan plan da bi objasnila svojim direktorima određene vrednosti planiranja.¹¹⁶

¹¹⁶ Kotler Ph., *Upravljanje marketingom*, Informator, Zagreb, 1988.

- Povećanje participacije osiguranika, u iznosu od 15–20 procenata ukupnih troškova zdravstvene zaštite u zemlji;

- Uključivanje privatne prakse u finansiranje i sistem zdravstvene zaštite stanovništva, Politika saradnje javnog i privatnog sektora je ključ za uspešnu saradnju i kredibilnost;¹¹⁷

- Decentralizacija - osnov sistema zdravstvene zaštite prebaciti i akcentovati na primarnu zdravstvenu zaštitu (opštinski nivo). Doci će do mobilizacije dodatnih sredstava sa lokalnog nivoa; Smanjiće se partijski uticaj na odluke u sistemu zdravstvene zaštite; Finansijski rizik nose podjednako opština i zdravstveni okrug.¹¹⁸

- Staviti akcenat na preventivnu medicinu u odnosu na kurativnu.

- Sprovoditi bolju i kvalitetniju kontrolu kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga;

- Uključiti privatnu praksu po sistemu podugovora u primarnu zdravstvenu zaštitu građana;

- Reorganizovanje bolničkih kapaciteta (pet postelja na hiljadu stanovnika);

- Stomatološku zdravstvenu zaštitu vratiti na 50% finansiranja od strane Fonda zdravstvene zaštite po principima humanosti i vidnom padu zdravstveno-stomatološkog stanja nacije;

- Osavremeniti zdravstveni informacioni sistem jer su blagovremene i pouzdane informacije ključ reforme sistema zdravstvene zaštite i osnova za donošenje odluka, upravljanje, planiranje, praćenje i sprovođenje promena. Nacionalni zdravstveni informacioni sistem bi trebao da predstavlja računarsko komunikativni sistem koji služi upravljanju sistemom zdravstvene zaštite i da bude sinteza mreža svih informacionih sistema koje su ustanovile zdravstvene ustanove, osiguravajući zavodi i regionalni centri.

4.13. Komparativna analiza

Kako bi realno sagledali položaj zdravstvenog sistema u Republici Srbiji napravićemo komparativnu analizu poređenjem našeg zdravstvenog sistema sa sistemom Finske i skandinavskih zemalja (koje su dostigle najviši stepen zakonskog regulisanja i funkcionisanja

¹¹⁷ Mailbank Memorial Fund Reforming State Group: „Politika srednje javnog i privatnog sektora za zdravstvenu informatiku“, jun 1999.

¹¹⁸ Lasley I., *Accounting Reasrch in National Helth service, Financial Accountability and Management*, Spring, 1991.

zdravstvenog sistema u Evropi) i sa sistemom zdravstvene zaštite Republike Hrvatske kao države iz regiona kojem pripadamo.

4.13.1. Republika Srbija

Za razliku od drugih delatnosti, zdravstvo u Srbiji teško se prilagođava suštinskim i strukturalnim promenama koje nameće proces tranzicije. Menadžment mora postati glavna pokretačka snaga zdravstvenog sistema, a zdravstvene organizacije moraju više primenjivati naučnu analizu pri donošenju menadžerskih odluka.

U cilju usklađivanja propisa u oblasti zdravstva sa propisima Evropske unije u ovoj oblasti a na osnovu izraženih zahteva za promenama u zdravstvu, iskustva iz prakse i nastalih promena u društveno – ekonomskim odnosima u uslovima tržišnog poslovanja i tranzicije, 2005. godine doneti su novi sistemski zakoni u oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, posle dvanestogodišnje primene dotadašnjih zakona.¹¹⁹

Novi zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije koji sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju Republike Srbije,¹²⁰ po značaju regulative predstavlja sistemski rešenja u oblasti zdravstva i zdravstvenog osiguranja, istovremeno je i pravni osnov za bliže uređivanje drugih pitanja od značaja za organizovanje, rad i funkcionisanje zdravstvene službe u Republici Srbiji i ostvarivanje prava građana na zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje.

Zahvaljujući ovim zakonima i nizom donetih podzakonskih akata, reforme u zdravstvu trebalo bi da obezbede racionalniji zdravstveni sistem, u čijem centru je pacijent čije troškove pokriva zdravstveno osiguranje. Zdravstveno osiguranje se obezbeđuje plaćanjem doprinosa na zarade zaposlenih koji se slivaju na račun Zavoda za zdravstveno osiguranje Republike Srbije, pri čemu bi informacije o kretanju novca kroz taj sistem morale biti dostupne svakom korisniku.

Naš zdravstveni sistem funkcioniše na tri nivoa i određen je Planom mreže zdravstvenih ustanova. Nivoi zdravstvene zaštite su:

1. Primarni – ovaj nivo funkcioniše kroz izabranog lekara koji predstavlja početnu kariku u funkcionisanju zdravstvenog sistema tj. prvi kontakt pacijenta radi zaštite zdravlja je upravo ovaj nivo. Predviđena „kapitacija” koja znači plaćanje lekara prema broju obavljenih lekarskih

¹¹⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, („Sl. glasnik RS”, br. 107/2005).

¹²⁰ Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srbije („Sl. glasnik RS”, br. 107/2005 i 109/2005-isp.)

pregleda nije zaživela u praksi, iako je prošlo pet godina od uvođenja ovog sistema finansiranja. Primarnom nivou pripadaju: dom zdravlja, određeni zavodi i apoteka.

2. Sekundarni – ovaj nivo je drugi stepen zdravstvenog sistema kod nas koji vrši prijem pacijenata prema uputu izabranog lekara. Ovom nivou pripada bolnica koja može biti opšta i specijalna.

3. Tercijarni – ovo je treći stepen našeg zdravstvenog sistema koji takođe vrši prijem pacijenata prema uputu izabranog lekara. Ovom nivou pripadaju pojedini zavodi, klinika, institut, kliničko – bolnički centar i klinički centar.

Zdravstveni sistem republike Srbije se finansira iz budžeta države, putem Zavoda za zdravstveno osiguranje počev od zarada zaposlenih, troškova medicinskog materijala, lekova, reagenasa i dr. i od naplaćene participacije od pacijenata koja se kreće od 5% do 35% od cene zdravstvene usluge, zavisno od vrste pružene usluge. Pored navedenog, zdravstvene ustanove u Srbiji mogu steći sredstva za rad i na sledeći način: prodajom usluga i proizvoda koji su u neposrednoj vezi sa zdravstvenom delatnošću zdravstvene ustanove, obavljanjem naučnoistraživačke i obrazovne delatnosti, izdavanjem u zakup slobodnog kapaciteta i putem legata, poklona i zaveštanja.

Pored zdravstvenih ustanova u državnom vlasništvu, kod nas shodno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti funkcionišu i zdravstvene ustanove u privatnoj svojini. Velika konkurencija postoji između ova dva sektora.

Uvođenjem novih metoda/tehnike, medicinske opreme visoke tehnološke vrednosti, najnovijih veoma skupih lekova, cena zdravstvene zaštite raste mnogo brže od rasta nacionalnog proizvoda kod nas, ali i kod najrazvijenijih zemalja i pored činjenice da u mnogim zemljama raste procentualni deo izdataka za zdravstvo u nacionalnom proizvodu.

Na cenu zdravstvene zaštite u značajnoj meri utiče i: porast broja stanovništva, izmene u starosnoj strukturi stanovništva, stalno povećanje nivoa kvaliteta zdravstvenih usluga, porast zahteva za novim uslugama.

Uzimajući sve ovo u obzir, može se zaključiti da nema zemlje u svetu koja može da izdvoji doprinos za zdravstvenu zaštitu koji bi kroz uzajamnost i solidarnost mogao da pokrije ovako rastuću potrošnju i povećane zahteve korisnika zdravstvenih usluga.

Jedini izlaz je racionalizacija u zdravstvu, koja bi obezbedila kvalitetniji, pristupačniji i efikasniji sistem, stručnjake iz oblasti medicine i ekonomije da traže i predlažu rešenja, kojima se

pokušava naći najbolji izlaz iz enormno rastuće potrošnje u zdravstvu, uzimajući u obzir ekonomsku, ali posebno i etičku stranu problema.

Koristeći nauku i iskustvo celog sveta, došlo se do osnovnog zaključka: racionalizacija u zdravstvu se ne može postaći propisima već inovacijama i znanjima zasnovanom na nauci i iskustvu, uvođenjem menadžmenta na svim nivoima zdravstvenog sistema.

Kada se pomene racionalizacija u zdravstvu mnogi često pomisle na smanjenje broja: zdravstvenih ustanova, bolničkih kreveta, zdravstvenih usluga, zaposlenih u zdravstvu. To je pogrešno shvatanje racionalizacije. Racionalizacija ima za cilj smanjenje ukupnih troškova u zdravstvu i povećanje kvaliteta zdravstvenih usluga, eliminisanjem nepotrebnih koraka i aktivnosti u okviru postojećih (radnih) procesa u zdravstvenim ustanovama. Ovo zahteva savremeno organizovanje zdravstvene službe, primenu dinamičkih organizacionih struktura, korišćenje savremenih tehnologija, primenu najboljih praksi (kliničke, medicinske, laboratorijske, higijenske...), davanje zelenog svetla za inovacije i inovativne ideje za poboljšanje postojećih i razvoj novih usluga.

Drugim rečima, racionalizacijom u zdravstvu se, uz isti broj zaposlenih i značajno smanjenje ukupnih troškova, može postići povećanjem obima zdravstvenih usluga i njihova diverzifikacija uz značajno povećanje njihovog kvaliteta. Racionalizacija, podrazumeva i povećanje standarda zaposlenih u zdravstvu i otvaranje novih radnih mesta.

Za racionalizaciju je posebno važno povećanje organizacionih performansi zdravstvene ustanove, što se može postići primenom principa strategijskog menadžmenta. Potreban je sistematski pristup za merenje i razumevanje onoga što se radi u zdravstvenoj ustanovi. Mehanizmi i mere za poboljšanje procesa moraju da budu dostupni svim zaposlenima. Potrebno je koristiti skup objektivnih faktora i kriterijuma kvaliteta da bi se obezbedile organizacione performanse u pogledu kvaliteta. Neophodno je da zaposleni razumeju značenje faktora i kriterijuma i da aktivno učestvuju u procesima unapređenja i merenja kvaliteta. Na taj način će se svi procesi/usluge, posebno oni neophodni za ostvarivanje strateških ciljeva zdravstvene ustanove i oni koji imaju veliki uticaj: na bezbednost pacijenata i osoblja pri izvršavanju medicinskih usluga i zadovoljstvo pacijenata i osoblja.

Racionalizaciju, shvaćenu na ovaj način, treba sprovoditi kroz jedan sistemski pristup koji za osnovu ima inovativnost, principe organizacije koja uči, realizaciju zahteva integrisanih menadžment sistema.

Napravićemo poseban osvrt na funkcionisanje medicine rada kao vida preventivne zdravstvene zaštite.

Period društveno – političke tranzicije u Republici Srbiji i aktelna ekonomska (i finansijska) kriza ugrožavaju zdravlje i radnu sposobnost radne populacije (kako zaposlenih tako i nezaposlenih) koja je osnovni resurs društva. U situaciji navedene krize poslodavci često ne odevbeđuju ni sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje. Iako za pouzdaniju evaluaciju zdravlja radnika nedostaju sistematski prikupljeni podaci, dostupni podaci ukazuju na potcenjen broj profesionalnih oboljenja, na visoku stopu povreda na radu sa smrtnim ishodom i na visoku učestalost bolesti u vezi sa radom. U Republici Srbiji nedostaju podaci o broju radnika koji rade na radnim mestima sa povećanim rizikom, što onemogućava kvalitetno (pa i bilo kakvo) planiranje zdravstvene zaštite najugroženijih radnika. U Republici Srbiji se ne zna stvaran obuhvat radnika službama medicine rada. Takođe, nisu doneti dokumenti koji proističu iz internacionalnih dokumenata (Svetska zdravstvena organizacija – SZO i Međunarodna organizacija rada – MOR) kao što su nacionalni akcioni plan o radničkom zdravlju i Nacionalna strategija medicine rada – koji bi integrisani u okvirima javnog zdravlja i društvene brige o zdravlju radnika utvrdili temelje – sadržaje rada i organizacije rada i organizaciju u skladu sa nacionalnim specifičnostima i prioritetima. Zdravlje radne populacije mora da u Republici Srbiji predstavlja jedan od prioriteta. Kod nas ne postoji:

- Fond za osiguranje od profesionalnih bolesti, povreda na radu i bolesti u vezi sa radom,
- Zakon o zdravstvenom osiguranju zdravlja na radu i
- Zakon o službama medicine rada.

Bez nacionalnog akcionog plana o radničkom zdravlju, bez nacionalne strategije medicine rada, bez potpunog obuhvata radne poulacije službama medicine rada i bez stalnih uslova za stručni rad službi medicine rada (prostora, opreme i finansiranja) postoji ozbiljna pretnja insistiraju SZO i MOR i do ponavljanja grešaka koje su neke zemlje u okruženju već napravile u poslednje dve decenije.

Institut za medicinu rada Srbije, Zavodi za zdravstvenu zaštitu radnika. Republička stručna komisija za medicinu rada, Sekcija za medicinu rada Srpskog lekarskog društva i Lekarska komora moraju da sinhronizovanom aktivnošću prema Ministarstvu zdravlja, Ministarstvu rada i socijalne politike, Vladi Republike Srbije i Narodnoj skupštini objasne

alarmantno stanje u oblasti zaštite zdravlja radnika i da podstaknu hitno rešavanje uočenih problema u skladu sa potrebama i prioritetima zemlje.¹²¹

Samo sistemskim rešavanjem nabrojanih problema u Republici Srbiji se može uspešno obaviti zadatak na ostvarivanju ideje „zdrav radnik na zdravom radnom mestu”.

Kako bi sagledali u kom pravcu treba da ide sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji sagledaćemo kako funkcioniše sistem zdravstvene zaštite u Finskoj (i drugim skandinavskim zemljama) za koju se matra da ima najkvalitetniji zdravstveni sistem u Evropi.

4.13.2. Finska

Zdravstveni sistemi koji za osnov imaju sociodemokratsku politiku – egalitarnu zdravstvenu politiku – svima jednako su zastupljeni u Finskoj, Švedskoj i Norveškoj. Egalitarna politika pokušava da zadovolji i potrebe i zahteve uz jak princip solidarnosti – onima koji nemaju daje se od onih koji imaju.¹²²

Tržišna orijentacija ima veoma jak uticaj na sistem zdravstvene zaštite u zemljama kao što su Finska ili Švedska. U tim zemljama zdravstvena zaštita se finansira iz poreza, pa je prema tome, veoma vezana za javni sektor, s samim tim i za shvatanje o cilju, funkciji i upravljanju javnim organizacijama koje se finansiraju iz poreza.

Tržišno orijentisani pristup, smatra se, može podrazumevati stvarnu decentralizaciju moći, jer se moć prenosi na ljude koji mogu da utiču na isporuku zdravstvenih usluga, tj. na lekare opšte prakse koji šalju pacijente u bolnice na specijalističko lečenje, ili na kliničare u bolnici koji određuju prijem pacijenata. Bez obzira, dakle, na varijante ugovaranja ili tržišnog pristupa, osnovni zahtev je da korisnici budžeta opravdaju utrošena sredstva koja dobijaju od strane političke zajednice ili jednostavnije rečeno, ponesu odgovornost za svoj rad.

U čitavo kompleksu odnosa, posebno se ističe da je obračunavanje troškova najvažniji faktor u budžetskom sistemu finansiranja koji se ostvaruje preko ugovornog upravljanja i čiju će nadoknadu isplatiti opština, kao nalogodavac za korišćenje usluga.

Zato se i posebno obraća pažnja na racionalno korišćenje sredstava koja se nadomešćuju iz budžeta, jer je sistem ugovornog upravljanja zasnovan na ceni i obimu. Sama cena predstavlja

¹²¹ XI Kongresa medicine rada Srbije, Kopaonik, 16-19.09.2009.g.

¹²² Mihajlović B., Kostić N., *Menadžment u zdravstvu*, Čigoja štampa, Beograd, 2005.g.

uslugu koja se obračunava na osnovu troškova na čiju visinu utiču i troškovi režije. Veličina iznosa koji treba da nadoknadi opština, u suštini nije definisana obimom, a određivanje obima podrazumeva postojanje rizika njegovog ispunjenja ili neodgovarajućeg planiranja, sa posledicama. Naime, glavni problem u određivanju cene predstavlja sagledavanje veličine obima usluga koji se kalkuliše, jer ako se uradi po niskobudžetnom ugovoru, cene će biti previsoke, pa će to predstavljati opšti problem, s obzirom da je „denominator mali”. A da bi se to izbeglo, utvrđivanje obima kao planirane kategorije, ex ante, isti se obračunava na osnovu trogodišnjeg proseka. U suštini, ugovorno upravljanje u uslovima finskog modela, i uopšte skandinavskog, slično je u našem sistemu, ali sa mnogo većim finansijskim izdvajanjima za zdravstvo. Naime, isto je zasnovano na troškovima i obimu, sa odgovarajućim budžetskim mehanizmom upravljanja. Takav pristup ne predstavlja tržišnu ekonomiju, već institucionalni proces koji se delimično približava elementima tržišnosti, jer se u procesu ugovornog upravljanja javljaju i elementi tržišne ekonomije kao što su proizvod, cena i potražnja na prostoru zdravstvenih usluga.

U Finskoj zdravstveni okrug daje opštinama ponudu svojih usluga. Ponuda se zasniva na proceni o potražnji za specijalističkim uslugama na osnovu poslednje tri godine i prilagođena je podacima o porastu broja stanovnika i njihovoj starosnoj strukturi. U tom vremenu održavaju se inicijalni dogovori u Zdravstvenom centru da bi se odredio nivo ponude zajednici. Dogovoreni i potvrđeni nivo ugovora, koji određuju osnovu i za budžet opština i za budžet zdravstvenog okruga, treba da predstavlja optimalnu veličinu, kako ne bi došlo do probijanja i nesporazuma oko njegove nadoknade na završetku fiskalne godine.

Potrebe za zdravstvenim uslugama permanentno rastu, tako da je, kao što smo napomenuli, potrebno vrlo kvalifikovano planiranje njihovog kretanja u budućim periodima. Ono što je najvažnije za korisnika budžeta, a to su relacije koje će se forsirati ubuduće, da bez obzira na razlike u budžetu obaveze stranaka prema ugovoru između opština i zdravstvenog okruga su veće. Naime, pored teškoća u pogledu finansiranja, jer zdravstveni okrug pokušava da znatno poveća budžet od realnog, problemi se mogu kontrolisati.

Za razliku od grada, u malim zajednicama nije vršena nikakva posebna kontrola prilikom slanja pacijenata u zdravstveni okrug, a iako postoje redovi za mnoge vrste lečenja, bilo je pokušaja da se skрати vreme čekanja kupovinom nekih operacija od privatnih klinika. Iako ograničena finansijama i prilično strogim okvirom budžeta, mala zajednica se još uvek drži ideje

da potreba za zdravstvenim uslugama treba, bar delimično, da određuje nivo zdravstvenih usluga koje se daju.

Ugovorno upravljanje u finskom zdravstvenom sistemu uticalo je na veću brigu oko ekonomskih parametara pri donošenju odluka o finansiranju zdravstvenih usluga, kao i povećanju svesti o troškovima i njihovoj kontroli. Računovodstvo se pokazalo kao vrlo važan faktor u planiranju budžetskog okvira za ugovorene usluge s jedne strane i kao kontrola korišćenja sredstava, sa druge. Osnovni elementi računovodstvene tehnike i finansijske odgovornosti, mogu se nametnuti na svim nivoima zdravstvene organizacije. Političke zajednice mogu i same da kontrolišu finansiranje zdravstvenih okruga.

4.13.3. Republika Hrvatska

Hrvatski sistem zdravstva je vrlo sličan sistemu zdravstva u našoj državi, osim što je u njihovom sistemu potpuno normativno regulisan status medicine rada – zaštite radno aktivnog stanovništva, a kod nas to nije regulisano i pored velikog zalaganja stručnjaka iz ove oblasti medicine.

Zdravstveni sistem u Republici Hrvatskoj na nivou primarne zdravstvene zaštite pokazuje smanjenje profesionalne kompetentnosti timova primarne zdravstvene zaštite, jer stalno raste korišćenje polikliničko – specijalističke zaštite pa se u pojedinim razdobljima (u razmaku od pet godina) broj upućivanja osiguranih osoba na obavljanje postupaka iz specijalističke zdravstvene zaštite od lekara primarne zdravstvene zaštite uvećao na 30%.

Sa druge strane, smanjuje se broj preventivnih usluga i to je u izrazitoj suprotnosti s klasičnim poimanjem statusa i uloge primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenom sistemu. Primarna zdravstvena zaštita bi morala rešavati glavne zdravstvene probleme (70-80%) tako da tim lekara primarne zdravstvene zaštite postane voditelj pacijenata kroz „lavirint” sve zamršenijeg sistema zdravstva i da on, najviše od svih medicinskih timova, pruža sveobuhvatnu zaštitu koja se sastoji od promotivnih, preventivnih i intervencijsko – rehabilitacijskih mera, dakle celokupnog spektra zdravstvenih usluga.

U skupu dominantnih problema u hrvatskom zdravstvenom sistemu ulazi i sporo rešavanje institucionalnog statusa primarne zdravstvene zaštite, egzistiranje tri vrste tzv. privatne primarne zdravstvene zaštite (zakup, ugovaranje na tržištu zdravstvenih usluga slobodnog lekara

opšte medicine i potpuno nezavisnog istog takvog lekara), onda se na ovom nivou zdravstvene zaštite nailazi na splet problema koji zahtevaju svoja strateška rešenja počevši od institucionalnog, individualnog i grupnog organizovanja pa do pronalaženja mogućnosti i situacija koje lekara primarne zdravstvene zaštite maksimalno stimulišu da zaista postane središna ličnost sistema zdravstva, u neposrednom i neprestanom kontaktu s građanima koji su se za njega opredelili, te da svojom stručnom iz dana u dan boljom kompetentnošću i dobrom opremljenošću rešava zdravstvene probleme građana u partnerskom odnosu sa njima.

Timovi lekara primarne zdravstvene zaštite daju ozbiljan doprinos stabilizaciji celokupnog zdravstvenog sistema. Na taj način davanje prednosti primarnoj zdravstvenoj zaštiti neće više biti samo fraza, već zahvalan realitet.

Potrebe za zdravstvenom zaštitom, a time i troškovi za zdravstvo poslednjih godina u svetu značajno rastu, što ne mogu pratiti ni mnogo bogatije zemlje od Hrvatske. Razlozi su: starenje populacije (duži životni vek), pojava novih bolesti čije je lečenje drugotrajno i skupo, primena novih ali i skupljih medicinskih postupaka i lekova, povećana svest pojedinaca o održavanju zdravlja i očekivanja boljeg kvaliteta zdravstvene zaštite.

Glavni cilj je čuvanje i unapređivanje zdravlja celokupne populacije osiguravanjem pristupa zdravstvenim uslugama, koristeći naučno utemeljene programe sprečavanja i suzbijanja bolesti i promocije zdravlja.

Aktivnosti ili mere za ostvarivanje glavnog cilja s konkretnim ciljevima su:¹²³

1. Poboljšati i razviti zdravstveno obrazovanje građana i omogućiti veće učešće i uticaj javnosti kako bi se osigurali sigurni i povoljni uslovi za odrastanje dece, unapređivanje zdravlja na radnom mestu, razvijenu zaštitu od prenosivih bolesti, zdravije prehrambene navike i životne stilove, uključujući fizičku aktivnost, te smanjivanje potrošnje cigareta i alkohola.

2. Na području promocije zdravlja unapređivati saradnju s drugim sektorima (prosveta, prehrambena industrija, poljoprivreda, itd).

3. Reorganizovati sistem javnog zdravlja kako bi postao glavni nosilac preventivnih aktivnosti i sistemskog sprovođenja preventivnih programa radi smanjivanja oboljenja koja se mogu sprečiti (zavisnosti, način života, ishrane i dr.) i rasterećenja zdravstvene zaštite, a time i smanjivanja troškova u zdravstvu.

¹²³ Narodne novine RH, br.72/2006, Zagreb

4. U reorganizaciju zdravstva uključiti rasterećenje bolnica za specijalističke preglede osposobljavanjem preventive dijagnostičkom opremom.

5. Unaprediti zdravstvene usluge programima za dostupnost gotovo svih transplatacijskih veština zdravstvenih radnika.

6. Izraditi Nacionalni program javnog zdravstva i programe pojedinih institucija.

7. Uspostaviti sistem obrazovanja i akreditacije ustanova koje će sprovoditi javno zdravstvene programe.

8. Uspostaviti sistem praćenja zdravstvene situacije u Hrvatskoj i druge relevantne zdravstvene statistike prema EU-ovim standardima i normama.

9. Uspostaviti sistem javnozdravstvene pripravnosti i odgovora na sve incidentne situacije s biološkim, kemijskim ili nuklearnim agensima.

10. Ojačati sistem kontrole kvaliteta i zdravstvene sigurnosti namirnica, vode za piće te sredstava opšte upotrebe.

11. Obnoviti i sagraditi bolničke kapacitete.

12. Unaprediti sistem medicine rada i zaštite radnika na radu.

13. Unaprediti sistem transfuzijske medicine.

Uključene institucije u aktivnostima za ostvarivanje glavnog cilja su:

- Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo i županijski zavodi za javno zdravstvo
- Hrvatski zavod za medicinu rada.

Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2012.-.2020. – čiji su nosilac Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatskog Zavoda za zdravstveno osiguranje nadležne komore – predviđeno je da se razmotri mogućnost smanjenja broja osiguranika po lekaru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Prema navedenoj Strategiji timovima preventivne zdravstvene zaštite obezbediće se sva potrebna oprema i nove tehnologije, posebno u odnosu na telemedicinsku opremu, stimulisaće se rad na preventivnim programima, te podsticati stvaranje grupne prakse. Strategija predviđa i poboljšanje saradnje između lekara preventivne zdravstvene zaštite i poliklinika i bolnica.

Vodeći računa o specifičnostima hrvatskih prilika, u Strategiju je ugrađeno i to da treba menjati način plaćanja i obračun medicinskog rada, te definisati status i poziciju doma zdravlja kao centralnog institucionalnog oblika preventivne zdravstvene zaštite.

Predviđeno je jačanje preventivne zdravstvene zaštite dodatnim programima u domovima zdravlja i smanjenje plaćanja preventivne zdravstvene zaštite, s postupnim uvođenjem plaćanja usluga, decentralizacija domova zdravlja uz odgovornost gradova i županija za te domove, izdavanje recepata za lekare hroničnih bolesti na rok do tri meseca.

Ocena Svetske zdravstvene organizacije sistema zdravstvene zaštite u Hrvatskoj je data u njihovom informativnom aktu koja glasi:¹²⁴

„Temeljno na mortalitetnim indikatorima, stanje zdravlja u Republici Hrvatskoj je vjerojatno bolje nego bi se moglo očekivati prema danoj ekonomskoj situaciji kao i u usporedbi s nekoliko sličnih zemalja. Republika Hrvatska se uistinu, prema nekoliko zdravstvenih indikatora, približava više prosjeku Europske Unije, nego određenom broju referentnih zemalja.

¹²⁴ WHO:Croatia-Health Systems in Transition, WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

5.PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U DOMOVIMA ZDRAVLJA

5.1. Domovi zdravlja u svetu – kroz istoriju

Vanbolnička zdravstvena zaštita se počela samostalno razvijati sredinom 16. veka. To je razdoblje u kome pod uticajem reformista u velikom delu Evrope dolazi do novog oblika organizovanja zdravstvene nege i lečenja. S početka dolazi do diferenciranja tri modela van – stacionarnih (bolničkih) ambulanti:

- *Ambulante koje su pružale besplatne zdravstvene usluge, a u njima su radili bolnički lekari,*
- *Ambulante koje su pružale usluge siromašnom delu populacije, a troškove je dotirala država na osnovu posebno donetih zakona*
- *Ambulante koje su radile na bazi pretplate (pacijenti unapred uplaćuju uslugu lečenja u određenom vremenskom period).*

Razvoj vanstacionarnih ustanova odvijao se u sporom tempu sve do početka 19. veka. Od 1910. god. do sredine dvadesetog veka vanstacionarni oblici lečenja bili su organizovani i primenjivani samo u Velikoj Britaniji, odakle počinje trend širenja ka drugim Evropskim zemljama. Od 1919. godine kada je osnovano Ministarstvo zdravlja u Velikoj Britaniji počinje se sa reformom britanskog zdravstvenog sistema. Prvi čovek komisije, koja se bavila ovom oblašću društvenog života, postaje dr B. Dason. Među mnoštvom dobrih predloga izdvaja se ideja o formiranju posebnog vanbolničkog zdravstvenog centra - Doma narodnog zdravlja, tj. institucije koja će objediniti prevenciju i lečenje i obezbediti zdravstvenu zaštitu stanovništva koje živi na određenoj teritoriji, uz kontinuiranu saradnju sa lokalnom administracijom.

5.2. Domovi zdravlja u Republici Srbiji - kroz istoriju

Vanbolničke ustanove (Domovi narodnog zdravlja) u Srbiji počinju sa ubrzanim razvojem u periodu od 1919-1930 godine. Među prvima je na teritoriji Beograda, 1919. godine osnovana je ustanova koja se bavila lečenjem dece i omladine (prvenstveno obolele odojčadi), preventivnim zdravstveno-vaspitnim radom, imunizacijom, a pod nazivom Dečiji dispanzer. Osnovana je u saradnji srpskog i francuskog lekarskog društva. Iste godine počinje da radi ambulanta za Venerične bolesti, a zatim 1922. godine Antituberkolozni dispanzer. Od 1923. godine osnovana

je Stanica za spasavanje i hitnu pomoć, a Dispanzer za majku i dete dejstvuje od 1924. godine. U daljem razvoju vanbolničke zaštite u Srbiji osniva se Ambulanta za suzbijanje trachoma, 1925. godine. Kao značajan datum za osnivanje preventivne zdravstvene zaštite, odnosno njenih ustanova nosioca – Domova zdravlja, navodi se 14.09.1920. godine kada se Uredbom o organizaciji higijenske službe, Domovi zdravlja imenuju kao institucije higijenske zaštite, sa glavnim radnim zadatkom u suzbijanju zaraznih bolesti, kao i na zaštiti materinstva, omladine i odojčadi. Od tada se Domovi zdravlja osnivaju u svim većim mestima.

5.3. Organizacija, zadaci, funkcije savremenog Doma zdravlja

Dom zdravlja – je zdravstvena ustanova ambulantno – polikliničkog tipa koja sprovodi mere primarne zdravstvene zaštite na teritoriji jedne ili više opština.¹²⁵

Osnivači domova zdravlja su lokalne samouprave (opštine), odnosno grad.

Osnovni zadatak organizovanih službi domova zdravlja je sprovođenje konkretnih preventivnih mera zdravstvene zaštite na primarnom nivou, zdravstveno vaspitni rad, zasnovan na definisanim načelima jedinstvene zdravstvene zaštite, timskog rada, uz primenu socio-medicinskih, epidemioloških i terapijsko-dijagnostičkih (dispanzerskih)¹²⁶ metoda.

U pružanju usluga, na primarnom nivou zdravstvene zaštite, dom zdravlja mora blisko saradivati sa lokalnom zajednicom, opštinom na čijoj teritoriji funkcioniše, organizacijom zdravstvenog osiguranja, drugim ustanovama, kako na lokalnom tako i na opšte-društvenom nivou, preduzećima, organizacijama i obavezno sa drugim zdravstvenim ustanovama.

Da bi ispunio cilj uspešnijeg sprovođenja primarne zdravstvene zaštite, dom zdravlja mora obezbediti uslove za zaštitu zdravlja cele porodice.

Dom zdravlja kao viši oblik organizacije kompletne zdravstvene ustanove, ambulantno – polikliničkog tipa, treba da je tako formiran da može sprovoditi sledeće delatnosti:

- sistematski rad na unapređenju zdravstvenog stanja stanovništva;
- ukazivanje medicinske pomoći građanima od strane lekara opšte prakse;
- vršenje dispanzerske i savetovanišne delatnosti;
- sprovođenje odgovarajućih sociojalno – medicinskih i higijensko – epidemioloških mera;

¹²⁵ Babić M., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ustanove*, Beograd, 2012. god, (<http://mfub.edu.rs/dotAsset/53079.pdf>, datum pristupa 17.06.2014. godine)

¹²⁶ One koje se mogu obaviti u uslovima dispanzerske zaštite...

- organizovanje, odnosno vršenje određenih specijalističkih pregleda i usluga;
- organizovanje i sprovođenje rehabilitacije bolesnika i povređenih;
- sprovođenje i stacionarnog lečenja, ako u njegovom sedištu nema bolnica;
- omogućavanje vršenja velikog broja savremenih dijagnostičkih procedura;
- iniciranje i koordinacija aktivnosti na zaštitu životne sredine.¹²⁷

Navedene delatnosti, domovi zdravlja, izvršavaju putem stručnih medicinskih službi, koje su organizacione jedinice domova zdravlja (zdravstvene stanice, dispanzeri, laboratorije, kabineti, ...).

Najčešće su zdravstvene stanice organizacione jedinice doma zdravlja, konstituisane da sprovode zadatke i aktivnosti službe opšte medicine na određenom užem području opštine, koju pokriva lokalni dom zdravlja i imaju konkretne zadatke na sprovođenju zdravstvene zaštite građana.

Minimalna struktura organizacije doma zdravlja određena je i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Tako da ovaj Zakon postavlja i deklariše da dom zdravlja u svom sastavu mora imati, najmanje:

- službu opšte medicine (dispanzer opšte medicine);
- službu za zdravstvenu zaštitu žena;
- službu za zdravstvenu zaštitu dece;
- antituberkuloznu službu;
- higijensko – epidemiološku službu;
- zubno – lekarsku službu (stomatološku);
- polivalentnu patronažnu službu;
- službu hitne medicinske pomoći;
- službu socijalne medicine sa zdravstvenom statistikom i zdravstveno – vaspitnim kabinetom;
- laboratorijsku službu;
- rendgenološku službu;
- službu medicinske rehabilitacije.¹²⁸

¹²⁷ Isto.

¹²⁸ Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Sl. glasnik RS br. 107/05, 72/09 - dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 - dr. zakon, Zdravstvena delatnost na primarnom nivou Dom zdravlja - član 95.

U sastavu doma zdravlja može biti organizovano porodilište, kao i druge specijalističke službe, s tim što dom zdravlja nije u obavezi da organizuje specijalističke službe i dispanzere koje tretiraju istu specijalističku oblast medicine, kao specijalizovane zdravstvene ustanove, koje postoje i obavljaju delatnost na teritoriji koju pokriva određeni dom zdravlja (na primer: antituberkulozna, higijensko – epidemiološka i služba hitne medicinske pomoći...)

Kapacitet doma zdravlja se organizuje prema broju stanovnika koji obuhvata svojom uslugom na određenoj teritoriji, tako da obezbeđuje sve vanbolničke vidove zdravstvene zaštite, kroz dispanzerski metod rada. Pored gore navedenih delatnosti, domovi zdravlja se daleko manje bave i sledećim poslovima (na koje bi se za podizanje kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga morala posebno obratiti pažnja):

- prati i proučava zdravstveno stanje, higijenske prilike i uslove života i rada stanovništva;
- sprovodi mere za zdravstvenu zaštitu vulnerabilnih grupa populacije (žena, trudnica, odojčadi, predškolske i školske dece, omladine i radnika);
- sprovodi mere na sprečavanju, suzbijanju, ranom otkrivanju i lečenju zaraznih i drugih masovnih oboljenja i povreda;
- obavlja patronažnu službu, organizuje i radi na zdravstvenom vaspitanju;
- leči i sprovodi rehabilitaciju obolelih i povređenih, u ustanovi i u stanu bolesnika;
- sprovodi mere u cilju sprečavanja oboljenja usta i zuba i vrši lečenje;
- obavlja dezinfekciju i dezinsekciju.¹²⁹

Za dobro obavljanje zdravstvene uslužne delatnosti doma zdravlja, neophodno je organizovati posebne službe ili čak samostalne zdravstvene ustanove, koje se bave gore navedenim poslovima. Tako bi se obezbedio timski rad i koordinacija delatnosti između pojedinih medicinskih službi.

5.3.1. Modeli organizovanja službi u Domu zdravlja

Osnovne medicinske jedinice koje će se konstituisati u sastavu doma zdravlja, organizuju se u skladu sa nizom društveno – ekonomskih faktora, evidentiranih potreba i drugih okolnosti. Praktično se viđaju različita rešenja ali bi se kao najpogodnija organizacija, sa socijalno – medicinskog i organizacionog aspekta, formirala sledeća struktura:

¹²⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Sl. glasnik RS br. 107/05, 72/09 - dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 - dr. zakon

1. Služba opšte medicine, koja može da obuhvata:

- dispanzer (službu) opšte medicine sa zdravstvenim stanicama i ambulantama;
- službu (dispanzer) za zdravstvenu zaštitu radnika sa zdravstvenim stanicama medicine rada;
- službu hitne medicinske pomoći;
- službu kućnog lečenja, odnosno službu neodložne pomoći u stanu bolesnika za odrasle;
- službu medicinske patronaže.

2. Služba za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine, koja može da obuhvata:

- dečji dispanzer (dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske dece) sa savetovalištima;
- školski dispanzer (dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske dece i omladine) sa savetovalištima;
- patronažna služba (služba medicinske patronaže);
- služba za kućno lečenje, odnosno služba neodložne pomoći u stanu za decu i omladinu;
- dispanzer za žene (dispanzerska služba za zdravstvenu zaštitu žena) sa savetovalištima.

3. Specijalistička i konsultativna služba, koju mogu da sačinjavaju:

➤ Specijalistička služba sa kabinetima:

- kabinet za očne bolesti (oftamološki kabinet);
- kabinet za bolesti uha, grla i nosa (ORL – kabinet);
- kabinet za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju;
- internistički kabinet;
- hiruški kabinet;
- urološki kabinet, i sl.

➤ Dispanzer za hronična masovna oboljenja, sa službama, kabinetima i savetovalištima:

- kardiološki kabinet;
- endokrinološki kabinet;
- gastroenterološki kabinet;
- ambulanta za alergologiju;
- ambulanta za reumatologiju;
- onkološki kabinet (dispanzer);
- savetovalište za gerijatriju;

- savetovališče za diabetes.
- Dispanzer za mentalno zdravlje sa kabinetima i savetovalištima.
- Rendgenološka služba sa kabinetima za decu i odrasle.
- Kliničko – biohemijska laboratorija, sa odsekom za decu i omladinu.
- 4. Služba zubno – zdravstvene zaštite**, sa odeljenjima i kabinetima za decu i odrasle i zubno – tehničkim laboratorijama.
- 5. Služba za socijalnu medicinu, higijenu i epidemiologiju** (služba za socijalnu medicinu i zaštitu životne sredine), koji sačinjavaju:
 - odeljenje za socijalnu medicinu, organizaciju zdravstvene službe i zdravstvenu statistiku;
 - odeljenje za higijenu, komunalnu i sanitarnu higijenu, higijenu ishrane, odsek za zaštitu životne sredine i epidemiologiju;
 - kabinet za zdravstveno prosvetovanje;
 - laboratorija bakteriološko – parazitološka i biohemijska, za kontrolu voda, namirnica i sl.
- 6. Radna zajednica – služba zajedničkih poslova:**
 - glavna medicinska sestra – tehničar doma;
 - služba za ekonomsko – finansijske poslove;
 - služba za opšte i pravne poslove;
 - služba za održavanje i tehničke službe.¹³⁰

Glavni motivi povezivanja navedenih službi u jednom domu zdravlja su:

- kreiranje povoljnih uslova za unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva, kvalitetom, efikasnijom i racionalnijom zdravstvenom zaštitom;
- kreiranje boljih uslova za organizovaniji, brži i sveobuhvatniji razvoj doma zdravlja i njegovih organizacionih celina;
- obezbeđenje mogućnosti za prikupljanje dodatnih sredstava, zarad povećanja materijalnog dohotka, koji zdravstveni radnici ostvaruju za obavljene rad u zdravstvenoj ustanovi, ka boljim životnim i radnim uslovima;
- racionalnije planiranje raspodele i korišćenja raspoloživih resursa;

¹³⁰ Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Sl. glasnik RS br. 107/05, 72/09 - dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 - dr. zakon

- Identifikovanje glavnih problema i efikasno rešavanje zarad bržeg razvoja organizacije, stručno povezivanje ka poboljšanju zdravstvene zaštite stanovništva;
- Kontinuirana medicinska edukacija kroz stručno-medicinske kurseve i osposobljavanje, stalno pećenje medicinsko-dijagnostičkih dostignuća u svetu i kod nas, radi što uspešnijeg izvršenja zadataka doma zdravlja.

5.3.2. Služba za socijalnu medicinu, higijenu i epidemiologiju

Higijensko – epidemiološka služba je sastavni deo primarne zdravstvene zaštite i njen primarni cilj je praćenje oboljevanja i patoloških stanja populacije na određenoj teritoriji, proučavanje kretanja zaraznih bolesti, uticaj ekoloških i drugih faktora na zdravlje, sa zadatkom otkrivanja njihovih uzroka, iznalaženja, preduzimanja i sprovođenja odgovarajućih mera za njihovo sprečavanje, suzbijanje, iskorenjivanje, kao i mera za unapređenje zdravlja.

Higijenska služba svoje ciljeve i zadatke ostvaruje kroz:

- kontinuirano praćenje zdravstvenog stanja populacije i pojedinih kategorija stanovništva: radnika, školske dece i omladine;
- evidentiranje higijenskih uslova u naseljima i ustanovama za boravak i smeštaj školske dece i omladine;
- donošenje odluka i predlaganje mera za unapređenje zdravlja i higijenskih prilika u naseljima i objektima rada i školovanja;
- sprovođenje zdravstveno vaspitnog rada;
- organizovanje i sprovođenje akcija usmerenih ka unapređenju zdravlja i sanaciji higijenskih prilika;
- povezivanje sa drugim organizacijama koje se bave tretiranjem, proučavanjem i rešavanjem higijenske problematike.

Minimalna organizaciona struktura socio – medicinske i higijensko – epidemijske službe u domovima zdravlja, razvijenog tipa, koji pružaju kompleksnu zdravstvenu zaštitu jednom širem području, treba da se sastoji od:

- **Služba opšte higijene** (higijensko – sanitarno odeljenje), sa laboratorijom u svom sastavu;

- **Protivepidemijska služba** (epidemiološko odeljenje) sa bakteriološko – parazitološkom laboratorijom (eventualno i serološkom) i DDD stanicom¹³¹;
- **Služba socijalne medicine i organizaciona jedinica zdravstvene službe**
Postojanje aktivnosti ovih službi je na vrhu prioriternih delatnosti za sprovođenje aktivne zaštite zdravlja stanovništva.

Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, je predviđeno da se zaštita sprovodi na svim društvenim nivoima, od lokalnog do najvišeg društveno – političkog (društveno – političke zajednice, lokalne samouprave, zajednica zdravstvenog osiguranja, zdravstvene ustanove i druge organizacije i građani). Ova zakonska odredba se sprovodi kroz:

- organizovanje službi;
- preduzimanje mera;
- obezbeđivanju materijalnih sredstava, za sprečavanje i suzbijanje bolesti.

Služba opšte higijene

Opšta higijena je služba preko koje se obavlja njena praktična aktivnost i bavi se evidentiranjem, prikupljanjem, praćenjem i analizom podataka o faktorima rizika po zdravlje stanovništva sa aspekta kontaminacije vode za piće, voda za rekreaciju, životnih namirnica, predmeta opšte upotrebe, vazduha, zemljišta, kao i praćenjem higijensko-sanitarnih prilika u ustanovama od javnog značaja, unapređenjem ishrane stanovništva i drugim zdravstveno-promotivnim aktivnostima.

Najznačajnije delatnosti ove službe su :

1. Priprema, planiranje i realizacija programa uzorkovanja i proces uzorkovanja namirnica, predmeta opšte upotrebe, obroka društvene ishrane, stočne hrane, briseva, vode za piće i voda za rekreaciju, kao i uzoraka za kontrolu sterilizacije.
2. Ocena i davanje stručnog mišljenja o kontroli namirnica i predmeta opšte upotrebe domaće proizvodnje i iz uvoza, o higijenskoj ispravnosti voda za piće, voda za rekreaciju i briseva, kontroli sterilizacije, kao i o kontroli stočne hrane.
3. Na osnovu rezultata laboratorijskih ispitivanja obroka društvene ishrane ocenjivanje usaglašenosti dobijenih rezultata sa stvarnim potrebama u skladu sa preporukama za pravilnu ishranu određenih kategorija stanovništva.
4. Individualni rad sa pacijentima u sklopu Savetovaništa za pravilnu ishranu u delu koji se

¹³¹ Dezinfekcija, dezinfekcija i deratizacija.

odnosi na oblast pravilne ishrane u vidu prvih i kontrolnih pregleda i konsultacija sa adekvatnim preporukama – dijetama za pravilnu ishranu.

5. Evidentiranje, prikupljanje i analiza podataka o faktorima rizika po zdravlje ljudi prisutnih u životnoj sredini sa predlogom mera za unapređenje stanja.

6. Higijensko-sanitarni nadzor u objektima pod sanitarnim nadzorom i drugim objektima u kojima se obavlja delatnost od javnog interesa, sa procenom rizika i predlogom mera za poboljšanje.

7. Kontrola sterilizacije u zdravstvenim ustanovama, ambulantama i kozmetičkim salonima i ocena uspešnosti postupka sterilizacije.

8. Promocija zdravih stilova života.¹³²

Ova služba se može raščlaniti na:

1. **Služba komunalne i sanitarne higijene**, ima zadatak stručnog nadzora nad komunalnim i sanitarnim objektima, na svom području i vodi računa o tome da objekti ispunjavaju osnov higijenskih normativa, pri izgradnji ili formiranju. Komunalna higijena se može uspešno sprovoditi samo kroz poznavanje sanitarnog stanja teritorije koju pokriva dom zdravlja;

2. **Služba higijene rada**, koja može biti formirana i u sklopu medicine rada, a osnovni cilj rada ove službe je preduzimanje mera za očuvanje fizičkog i mentalnog zdravlja i produženje produktivne faze ljudskog života;

3. **Služba higijene ishrane** proučava osnovni tip ishrane stanovništva i prati evoluciju navika, utičući aktivno na prihvatanje higijenskih standarda kvaliteta i kvantiteta hrane;

4. **Služba školske higijene** može biti organizovana u sastavu službe komunalne higijene. Zadaci ove službe su od posebne važnosti i mogu biti specifični i delikatni, s obzirom na materiju koju tretira i grupaciju stanovništva (školska deca i omladina) kojom se bavi.

Epidemiološka služba

U svom sastavu ima organizovano više stručnih službi:

1. **Protivepidemijska služba** (prati kretanje zaraznih bolesti, sprovodi opšte i specifične mere zaštite, evidentira svaki pojedinačni slučaj zaraznog oboljenja, vodi evidenciju kretanja zaraznih bolesti..);

2. **Bakteriološko-parazitološka laboratorija** (sprovodi mikrobiološku identifikaciju kao i

¹³² <http://www.zjzs.org.rs/page.php?id=31>, datum pristupa 18.06.2014. godine

određena serološka ispitivanja pojedinih materijala, sekreta i ekskreta);

3. Služba za dezinfekciju, dezinfekciju i deratizaciju (DDD stanica), (sprovodi DDD kao mere za sprečavanje i suzbijanje izvesnih zaraznih bolesti).

Služba za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene ustanove

Ova služba se bavi analizom podataka o zdravstvenom stanju stanovništva i korišćenju zdravstvenih službi, izradom i praćenjem realizacije godišnjeg plana rada medicinskih službi i normiranje kadrova, planiranjem preventivnih programa za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovništva.

U okviru službe socijalne medicine je odsek informatike, koji se bavi automatskom obradom podataka, održavanjem računara i računarskog sistema.¹³³

Služba obavlja zadatke vezane za analizu socijalno – medicinske problematike, organizaciju i sprovođenje zdravstvene zaštite, zdravstvenu statistiku i informatiku, planiranje i programiranje zdravstvene delatnosti, zdravstvenu ekonomiku, menadžment, i sl.

Posebne organizacione jedinice ove službe su:

1. Služba zdravstvene statistike (bavi se prikupljanjem, sređivanjem, obradom, proučavanjem i analizom podataka koji se odnose na stanje zdravlja stanovništva ili pojedinih grupa, ili na uslove koji utiču ili mogu uticati na zdravlje i život ljudi. Cilj ove aktivnosti je da se dobije kvantitativna osnova koja može poslužiti pri proceni stanja i pri radu na unapređenju zdravlja stanovništva).

2. Analitičko planska služba (vrši analitičku obradu podataka o zdravstvenom stanju i higijenskim prilikama područja na kome deluje, prati kretanje morbiditeta, prati razvoj zdravstvene službe na svom području i planira preduzimanje konkretnih akcija za podizanje zdravstvenog stanja stanovništva).

3. Služba za zdravstveno prosvetovanje mora dobiti neki svoj organizacioni ekvivalent i uklopiti se na najpogodniji način u sistem zdravstvene zaštite preko doma zdravlja. Ona treba da bude integralni deo rada zdravstvene službe, uopšte, kao i svakog zdravstvenog radnika.

¹³³ http://www.dzpalilula.org.rs/?page_id=210, datum pristupa 18.06.2014. godine

5.3.3. *Dispanzerska služba Doma zdravlja*

Dispanzeri su organizacione jedinice zdravstvene ustanove (doma zdravlja) i predstavljaju srž organizovane zdravstvene zaštite pojedinih grupacija stanovništava (deca, učenici, žene, radnici), ili određenih grupacija bolesnika (kožnovenerične bolesti, tuberkuloza, alkoholizam, maligne neoplazme,...). Zajedničko za jednu i drugu grupu jeste organizovana i sistemska borba protiv štetnih socijalnih, higijenskih i opštih društvenih faktora na pojavu i širenje patoloških stanja.

Na nivou dispanzera se samo delimično može ostvariti zdravstvena zaštita jer problemi unapređenja zdravstvenog stanja, dijagnostike, lečenja i rehabilitacije ovih bolesnika, ili grupacija, uglavnom prevazilaze medicinsko-tehničke mogućnosti koje postoje na dispanzerskom nivou.

Jedino aktivnom saradnjom svih medicinskih službi u okviru jedne polivalentne ustanove i angažovanim učesćem službe opšte medicine, profilaktičkih (preventivnih) službi, patronažne službe i drugih specijalističkih disciplina može se ostvariti adekvatna zdravstvena zaštita svih grupacija stanovništva, ili bolesnika za koje zdravstvena služba ili društvo imaju poseban interes.

U okviru doma zdravlja dispanzerska delatnost se obavlja kroz nekoliko organizacionih jedinica:

- Dečiji dispanzer (dispanzer za zdravstvenu zaštitu dece);¹³⁴
- Školski dispanzer (dispanzer za zdravstvenu zaštitu školske dece);
- Dispanzer za žene (dispanzer za zdravstvenu zaštitu žena);
- Antituberkulozni dispanzer;
- Dispanzer medicine rada;
- Dispanzer za kožne i venerične bolesti;
- Dispanzer za mentalno zdravlje;
- Dispanzer za hronične (masovne) bolesti.

Dečiji dispanzer: služba dispanzerske dečje zaštite obezbeđuje, preuzima i sprovodi odgovarajuće mere zaštite zdravlja odojčadi i male dece u cilju unapređenja i održavanja njihovog zdravstvenog stanja i poboljšanja uslova za normalan psihofizički i duševni razvoj. U

¹³⁴ Dečiji dispanzer i dispanzer za žene, mogu biti organizovani u okviru zajedničke organizacione jedinice, kao što je organizovano u domu zdravlja u Užicu – Dispanzer za majku i dete.

tom pogledu dečji dispanzer organizuje i sprovodi aktivnosti za smanjenje oboljevanja i smrtnosti dece, na principima savremene pedijatrije i socijalne medicine.

Radi ostvarivanja opštih zadataka zaštite zdravlja dece, dečji dispanzer vrši sledeće poslove:

- prati i proučava zdravstveno stanje, psihički i fizički razvoj dece na svom području, uz kontrolisanje higijenskih prilika i uslova u kojima deca žive;
- preduzima odgovarajuće protivepidemijske mere u cilju sprečavanja pojave i suzbijanja zaraznih bolesti, kod dece u dečjim kolektivima ili porodicama;
- organizuje i sprovodi odgovarajuće mere imunizacije (vakcinacija, revakcinacija) uz rigorozno kontrolisanje rezultata i vođenja evidencije;
- organizuje i vrši sistematske kontrolne preglede dece putem obrade u kolektivima ili preko porodice i u savetovalištim za zdravu decu;
- organizuje i sprovodi razne oblike zdravstveno – vaspitnog rada uz davanje saveta i upućivanja u principe pravilne ishrane, nege i odgoja dece;
- vrši lekarske preglede i lečenje obolele dece u dispanzeru i u stanu uz preduzimanje odgovarajućih terapijskih mera i postupaka i praćenje efikasnosti njihovog lečenja u drugim zdravstvenim ustanovama;
- učestvuje u kategorizaciji psihički zaostale dece i dece invalida;
- učestvuje ili sam organizuje dečje kolonije, rekreacione centre, odmarališta, letovališta i slične institucije, odabirajući ih i upućujući decu u njih po medicinskim indikacijama...¹³⁵

Dečji dispanzer mora funkcionisati po principu jedinstvene zdravstvene zaštite, a to znači da je uključena aktivna zdravstvena zaštita dece, terapijski rad i rehabilitacija.

Školski dispanzer: Školski dispanzer se bavi preduzimanjem odgovarajućih preventivnih i terapijsko-medicinskih mera u cilju očuvanja i unapređenja fizičkog i psihičkog zdravlja dece i omladine školskog uzrasta, na području svog delovanja. U saradnji sa ostalim dispanzerskim i drugim jedinicama i ustanovama, školski dispanzer organizuje i sprovodi specifične mere za smanjivanje oboljevanja i smrtnosti školske dece.

Školski dispanzer vrši sledeće poslove:

¹³⁵ Babić M., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ustanove*, Beograd, 2012. god

- peduzima odgovarajuće higijenske i socijalno – medicinske mere radi sprečavanja i suzbijanja akutnih zaraza;
- utanovljava evidenciju i prati kretanje zaraznih bolesti po školama i drugim sličnim ustanovama;
- prati fizički i psihički rast učenika putem redovnih sistematskih pregleda i antropometrijskih i psihometrijskih merenja;
- postavlja indikacije i vrši odabiranje učenika za dečja oporavišta i letovališta;
- saraduje sa odgovarajućim ustanovama radi ispitivanja i utvrđivanja sposobnosti učenika za izbor poziva;
- vrši sistematske preglede osoblja zaposlenog u školskim ustanovama;
- procenjuje i daje mišljenje o zdravstvenom stanju i funkcionalnoj sposobnosti učenika za fiskulturnu nastavu;
- vrši lekarske preglede i lečenje obolelih učenika u ordinaciji ili stanu,...¹³⁶

Dispanzer za žene: Dispanzer za žene objedinjuje ambulantnu službu za zdravstvenu zaštitu žena i predstavlja stručno – metodološku jedinicu u toj oblasti zdravstvene zaštite. On pruža specijalističku medicinsku pomoć ženama u toku trudnoće, u celom reproduktivnom i postgenerativnom dobu njihovog života u cilju održavanja i unapređenja zdravlja žene.

Zadaci dispanzera za žene su sledeći:

- prati zdravstveno stanje žena uopšte, kao posebne biološke grupe stanovništva, i posebno se stara o zaštiti zdravlja trudnica i porodilja u cilju otklanjanja svih štetnih uticaja po zdravlje;
- vodi evidenciju i prikuplja podatke preko odgovarajuće službe o strukturi oboljevanja i smrtnosti žena;
- organizuje službu kontracepcije putem odgovarajućeg savetovaništa i priznatih metoda rada;
- vrši dijagnostičiranje uzroka i sprovodi lečenje kod sterilnosti;
- vrši zdravstveno – vaspitni rad među ženama i majkama iz oblasti zdravstvene i socijalne zaštite majke i odojčadi;

¹³⁶ Babić M., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ustanove*, Beograd, 2012. god

- vodi porođaje koji se odigravaju van porodilišta i stara se o daljoj nezi i zdravlju svih porodilja po izlasku iz stacionara;
- organizuje saradnju i koordinira rad sa drugim dispanzerima, zdravstvenim ustanovama, socijalnim službama...¹³⁷

U sklopu ovog dispanzera obavlja se i zdravstvenovaspitni rad na primeni metoda i sredstava za kontracepciju.

Antituberkulozni dispanzer: Antituberkulozni dispanzer ima primarno preventivni ali i terapijski karakter u borbi protiv tuberkuloze na području svog delovanja. U okviru aktivnosti ove službe, vrši sistematsko istraživanje i otkrivanje sumnjivih i obolelih, sprovode odgovarajuće mere u cilju podizanja opšte i specifične otpornosti zdravih, vrši lečenje bolesnih i njihovu rehabilitaciju u ambulantnim i kućnim uslovima. Antituberkulozni dispanzer zajedno sa ostalim medicinskim službama doma zdravlja, proučava raširenost tuberkuloze među stanovništvom svog područja i izrađuje program mera za suzbijanje tuberkuloze i plan aktivnosti za sve službe doma zdravlja i druge.

Delatnost antituberkuloznog dispanzera:

- otkrivanje zaraza putem masovnih pregleda grupa građana, ugroženih reona ili celokupnog stanovništva;
- sprečavanje pojave bolesti ili širenja zaraze redovnim kontrolnim pregledom lica iz kontakta ili lica na ugroženim radnim mestima;
- sanacija stanova ili radnih mesta obolelih;
- lečenje i izolacija tuberkuloznih bolesnika;
- kontrola kretanja tuberkuloznih bolesnika,...¹³⁸

Dispanzer za kožne i venerične bolesti: Osnovna specijalistička terapijsko – profilaktička služba za borbu protiv veneričnih bolesti je dispanzer za kožne i venerične bolesti, čiji glavni zadaci treba da budu usmereni ka:

- organizaciji i sprovođenju borbe protiv veneričnih oboljenja na svom području;
- pružanje kvalifikovane medicinske pomoći obolelima;
- otkrivanje izvora zaraze i zdravstveni nadzor zaraženih i članova porodice;

¹³⁷ Babić M., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ustanove*, Beograd, 2012. god

¹³⁸ Isto.

- kontroli redovnog dolaženja zaraženih na lečenje;
- održavanje veze sa organima vlasti za slučaj potrebe prinudne izolacije i lečenja;
- stručno usavršavanje (obuka) zdravstvenih radnika za borbu protiv veneričnih oboljenja,...

Dispanzer za mentalno zdravlje: Služba za mentalnu higijenu organizovana je kao dispanzer ili savetovalište za mentalno zdravlje i njegova svrha jeste u tome da se aktivno stara o psihičkom zdravlju stanovništva, naročito ugroženih grupacija radnika, dece i omladine, koja na određenom području organizuje, sprovodi i koordinira aktivnost na unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja stanovništva.

Delatnosti ovog dispanzera su:

- proučavanje kretanja i faktora širenja duševnih poremećaja, poremećaja ponašanja i socijalnih devijacija;
- proučavanje uzroka i uticaja kao i uslova koji dovode do raznih oblika mentalnih poremećaja;
- obavljanje sistematskih psihijatrijskih pregleda dece u pomoćnim odeljenjima škole ili sve dece;
- sprovođenje rehabilitacije i terapije poremećaja govora i sprovođenje terapije igrom kod dece;
- organizovanje i sprovođenje zdravstveno – vaspitnih aktivnosti na polju mentalne higijene,...

Dispanzer za hronične bolesti: U praksi se realizacija osmišljenih programa mera protiv hroničnih masovnih oboljenja, celokupne zdravstvene službe, na određenom području, obavlja preko dispanzera za hronična masovna oboljenja.

Osnovna aktivnost ovog dispanzera je:

- proučavanje zdravstvenog stanja najviše ugroženih grupacija stanovništva u vezi sa specifičnim pojavama i strukturom patologije;
- aktivno istraživanje uzroka oboljevanja i preduzimanje, sprovođenje odgovarajućih opštih i terapijskih mera;
- rano otkrivanje oboljenja;

¹³⁹ Babić M., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ustanove*, Beograd, 2012. god

- organizuje i sprovođenje zdravstveno-vaspitnog rada;
- pregled i lečenje obolelih u ustanovama i kod kuće.¹⁴⁰

Dispanzer medicine rada: Dispanzer medicine rada je postavljen tako da svojom organizacijom ostvaruje kontinuiranu saradnju sa radnim organizacijama koje posluju u okviru teritorije koju svojom delatnošću pokriva dom zdravlja. To će omogućiti bolju zdravstvenu zaštitu radnika, brže i tačnije postavljanje dijagnoze kod obolelih radnika, a i preduzimanje odgovarajućih mera za lečenje i rehabilitaciju.

Ovaj dispanzer ima širok obim dejstva koji se ispoljava u sledećem:

- koordinira rad i organizuje saradnju zdravstvenih stanica u radnim organizacijama;
- organizuje i sprovodi specifična stručna merenja i procenjivanja stepena potencijalne opasnosti po radnike, svih glavnih faktora u radnoj okolini koji utiču na oboljenje ili smanjenje radne sposobnosti;
- proučava, prati i preduzima preventivne i druge mere za sprečavanje i suzbijanje zaraznih i svih drugih oboljenja;
- posebno vodi brigu i stara se o zdravstvenoj zaštiti i razvoju učenika u privredi, omladine i invalida,...¹⁴¹

Osnovni elementi funkcionalno – organizacione strukture koji moraju biti zastupljeni u dispanzeru za medicinu rada su:

1. Sektor preventivnu zdravstvenu zaštitu i higijenu rada, čine:

- odsek za higijenu rada i ergonomiku sa kabinetom za ispitivanje uslova rada i kabinetom za primenjenu fiziologiju rada;
- odsek za praćenje zdravstvenog stanja radnika sa kabinetom za preventivne preglede radnika i kabinetom za statistiku, kartoteku i dokumentaciju.

2. Sektor za dijagnostiku, lečenje i rehabilitaciju obolelih (medicinski, dijagnostičko – terapijski odsek), čine:

- odsek konsultativnih službi sa rendgen kabinetom i biohemijsko – toksikološkom laboratorijom;
- odsek za profesionalna oboljenja i povrede sa kabinetima za funkcionalnu dijagnostiku;
- zdravstvene stanice medicine rada u pojedinim radnim organizacijama;

¹⁴⁰ Isto.

¹⁴¹ Isto.

- služba stomatološke zdravstvene zaštite.
3. Paramedicinske službe (sociolog, psiholog,...), čine:
- službe psihologije rada;
 - službe socijalne zaštite;
 - eventualno, služba za zdravstveno vaspitanje.¹⁴²

5.3.4. Služba opšte medicine

Koncepcija razvijenog doma zdravlja, podrazumeva posebno mesto za službu (dispanzer) opšte medicine.

Zakonom se predviđa da služba opšte medicine, obavlja sledeće poslove:

- prati i proučava zdravstveno stanje i životne uslove na svom području;
- obezbeđuje i provodi aktivnu i pasivnu zdravstvenu zaštitu stanovništva;
- organizuje i provodi produžno i kućno lečenje;
- objedinjava nalaze specijalističkih pregleda, tretirajući pojedinca kao celovitu psihičku i fizičku ličnost i kao sastavni deo porodice i celine;
- prati i proučava pojavu, raširenost, kretanje i uzroke bolesti;
- sistematski radi na zdravstvenom nadzoru stanovnika na svom području;
- sistematski radi na ranom otkrivanju, praćenju i blagovremenom lečenju hroničnih masovnih oboljenja;
- ostvaruje zdravstvenu zaštitu porodice i radi na higijenzaciji životne sredine;
- obavlja preglede;
- ocenjuje radnu sposobnost i sprovodi lečenje i rehabilitaciju obolelih,...¹⁴³

Delatnost službe opšte medicine u okviru doma zdravlja, obavlja se kroz nekoliko službi kao organizacionih jedinica:

- Hitna medicinska pomoć;
- Kućno lečenje;
- Patronažna služba.

¹⁴² Isto.

¹⁴³ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, (Sl. glasnik RS br. 107/05, 72/09 - dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 - dr. zakon)

Hitna medicinska pomoć: Služba za hitnu medicinsku pomoć treba da je tako postavljena i opremljena da može pružati adekvatnu medicinsku pomoć obolelima i povređenima, po indikacijama hitnosti, u stanu, na radnom mestu, na mestu nesreće, itd. i da istovremeno može izvršiti prevoz bolesnika ili unesrećenog na najzgodniji način do ustanove koja će mu pružiti medicinsku pomoć. Dom zdravlja koji pokriva teritoriju sa više od 25000 stanovnika mora u svojoj organizacionoj strukturi organizovati hitnu medicinsku pomoć.¹⁴⁴

Jedna dobro organizovana služba za hitnu medicinsku pomoć, treba da ima sledeće osnovne službe:

- medicinska služba;
- služba transporta;
- služba veze (prijem i dojava poziva).

Kućno lečenje: Kućnim lečenjem se smatra praksa ukazivanja organizovane i kontrolisane medicinske pomoći u stanu, onim bolesnicima koji zbog prirode ili karaktera bolesti ili rane ne mogu da dolaze na ambulantno lečenje a kojima nije neophodan smeštaj i tretman u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi. Prema tome, kućno lečenje mora biti tako organizovano i sprovedeno da bolesnicima pruži kompletan i savremen medicinski tretman.¹⁴⁵

Kućno lečenje može da bude:

Primarno – od samog početka oboljenja, na nivou doma zdravlja (poliklinika, odnosno dispanzer);

Sekundarno – kao nastavak bolničkog lečenja, koje na izvesnom stepenu bolesti nije više bezuslovno potrebno, a bolesnik još nije potpuno izlečen.

Patronažna služba: Patronažna služba predstavlja direktan vid vanbolničke zdravstvene zaštite. Podrazumeva sprovođenje određenih medicinskotehničkih radnji i postupaka preventivnog i terapijskog karaktera, zdravstveno – vaspitni rad na terenu, u stanu, u porodici, u grupama ili pojedinačno. Cilj ove delatnosti je podizanje zdravstvene kulture naroda radi unapređenja i očuvanja fizičkog i psihičkog zdravlja, a ide uz kućno lečenje obolelih, pomoć u rehabilitaciji fizički i psihički defektnih lica, resocijalizaciju invalida, kao i formiranje višeg nivoa zdravlja kod građana. Ona se deli na:

¹⁴⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Sl. GlasnikRS”, broj 43/06) Član 4

¹⁴⁵ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, (Sl. glasnik RS br. 107/05, 72/09 - dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 - dr. zakon)

Polivalentna patronažna služba koja objedinjuje sve vrste patronažne aktivnosti pojedinih medicinskih službi, odnosno zdravstvenih ustanova. Jedinstvena je, opšta i centralizovana.

Monovalentna patronažna služba pati od svih insuficijentnosti rascepkane i nekoordinirane aktivnosti. Multifurkacijom gubi materijalnu bazu jer više nego polivalentna, opterećuje izvore finansiranja, a postiže neodgovarajuće efekte i time se degradira.¹⁴⁶

5.3.5. Služba za stomatološku zaštitu

Zubna poliklinika (služba za zubno – zdravstvenu zaštitu) doma zdravlja je najrazvijeniji tip službe za negu i lečenje zuba u stručnom i organizacijskom pogledu. U uslovima razvijene zdravstvene službe na jednom području, postoje uvek realne mogućnosti za formiranje optimalne organizacione strukture ove službe kroz zubnu polikliniku.

Sastavni delovi ove poliklinike su:

- odeljenje za preventivnu i dečju stomatologiju;
- kabinet za konzervativnu dečju stomatologiju;
- kabinet za ortopediju za decu predškolskog uzrasta;
- kabinet za protetiku za decu školskog uzrasta;
- odeljenje za konzervativu (bolesti usta i zuba);
- odeljenje za oralnu hirurgiju;
- odeljenje za protetiku sa zubnotehničkim laboratorijama;
- odeljenje za ortodonciju.¹⁴⁷

Zadaci zubne poliklinike (službe) pri domu zdravlja ovakvog tipa su sledeće:

- lečenje bolesti usta i zuba;
- praćenje stanja zuba i fiziologije usne šupljine putem sistematskih pregleda male dece i učenika, kroz celo školovanje, uz preduzimanje specifičnih mera prevencije;
- istraživanje patoloških pojava na zubima kod širih grupacija stanovništva (radnici, omladina, deca i trudnice);
- zdravstveno – vaspitna delatnost iz oblasti higijene zuba i usta;
- organizacija preventivnih akcija u cilju sprečavanja oboljevanja i kariezacije zuba i usne

¹⁴⁶ Babić M., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ustanove*, Beograd, 2012. god

¹⁴⁷ Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni glasnik RS", br. 119/2007, 23/2009 i 40/2010)

šupljine;

- lečenje zubnog karijesa kod dece predškolskog uzrasta, trudnica i odraslih građana;
- vršenje stomato – hiruških intervencija i ekstrakcija;
- izrada protetičkih pomagala, totalnih i parcijalnih proteza, krunica i mostova, popravka protetičkih radova i drugo.¹⁴⁸

5.3.6. Apotekarska služba

Apoteka je zdravstvena ustanova u kojoj se obavlja farmaceutska zdravstvena delatnost na primarnom nivou. U državnoj je svojini i osniva se za teritoriju jedne ili više opština, odnosno grada, u skladu sa Planom mreže. Apoteku u državnoj svojini osniva opština, odnosno grad.

U apoteci se obavlja farmaceutska zdravstvena delatnost koja obuhvata:

- 1) promociju zdravlja, odnosno zdravstveno vaspitanje i savetovanje za očuvanje i unapređenje zdravlja pravilnom upotrebom lekova i određenih vrsta medicinskih sredstava;
- 2) promet na malo lekova i određenih vrsta medicinskih sredstava, a na osnovu planova za nabavku lekova i medicinskih sredstava za redovne i vanredne potrebe;
- 3) praćenje savremenih stručnih i naučnih dostignuća u oblasti farmakoterapije i pružanje građanima, zdravstvenim radnicima, drugim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi, kao i drugim zainteresovanim subjektima, informacije o lekovima i određenim vrstama medicinskih sredstava;
- 4) davanje pacijentima saveta za pravilnu upotrebu lekova i određenih vrsta medicinskih sredstava, odnosno uputstava za njihovu pravilnu upotrebu;
- 5) izradu magistralnih lekova;
- 6) druge poslove, u skladu sa zakonom.¹⁴⁹

Obežđivanje lekova bolesnicima predstavlja jednu od obaveznih mera i prava osiguranika iz sistema zdravstvene zaštite, pa je zato povoljnije da garanciju za snabdevenost lekova određenog područja treba da snosi zdravstvena ustanova tipa doma zdravlja, kroz ugovaranje sa fondovima socijalnog osiguranja.

¹⁴⁸ Isto.

¹⁴⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, (Sl. glasnik RS br. 107/05, 72/09 - dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 - dr. zakon), Član 100.

Organizovanje službe medicinskog snabdevanja (apotekarska služba) kroz dom zdravlja ima dvostruku svrhu:

1. ukidanje posredničke uloge veletrgovina, a delom i apoteka, i snabdevanja zdravstvenih ustanova lekovima i lekovitim sredstvima, direktno od proizvođača uz stvaranje organizacije koja će u okviru doma zdravlja vršiti distribuciju lekova, građanima;

2. stručna racionalizacija medikamentozne terapije uz intenzivnije izbegavanje polipragmazije u propisivanju lekova i davanja leka iste vrednosti ali ekonomski jeftinijeg.¹⁵⁰

Služba snabdevanja i distribucije lekova koja je organizovana kroz dom zdravlja, postaje posebna organizaciona jedinica u obliku centralne apoteke ili službe za medicinsko snabdevanje, koja ima zadatak da vrši snabdevanje lekovima svih medicinskih jedinica pri domu zdravlja i ostalih ustanova kao i svih građana u okviru svog područja.

5.4. Dom zdravlja Voždovac

Od osnivanja prve ambulante 1944. godine u Tabanovačkoj ulici, Dom zdravlja "Voždovac" je razvijao i širio mrežu ogranaka, zdravstvenih stanica i ambulanti kojima pokriva opštinu Voždovac i obezbeđuje primarnu zdravstvenu zaštitu za 151 768 stanovnika opštine i 10 900 izbeglih, prognanih i raseljenih lica.

Opština Voždovac je po veličini četvrta u Beogradu. Zahvata južni deo grada Beograda i prostire se na površini od 14 941 ha. Od ukupne površine gradski deo zahvata 3 312 ha, a prigradski 11 629 ha, podeljen u naselja: Kumodraž, Jajinci, Rakovica, Beli Potok, Pinosava, Zuce i Ripanj.

Mrežu Doma zdravlja Voždovac čini 16 samostalnih zdravstvenih stanica i ambulanti, 12 stomatoloških ambulanti u osnovnim i srednjim školama, stomatološka ambulanta u predškolskoj ustanovi i 5 ambulanti medicine rada.¹⁵¹

U Domu zdravlja Voždovac zaposleno je:

- Lekara - 174, od toga 140 specijalista
- Biohemičara – 4
- Medicinskih sestara i tehničara - 311, od toga 74 viših medicinskih sestara

¹⁵⁰ Babić M., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ustanove*, Beograd, 2012. god

¹⁵¹ <http://www.dzvozdovac.rs>; pristup 11.03.2013.god u 14:37

- Doktora stomatologije – 74
- Zdravstvenih saradnika – 11
- Administrativnih radnika – 29
- Tehničkog osoblja – 45

Stručnost kadra najbolje izražava podatak da je među zaposlenima 36 primarijusa i 3 magistra nauka. Dom zdravlja je nastavna baza za obavljanje praktičnog dela nastave za učenike srednje, više i visoke medicinske škole, kao i za studente Medicinskog fakulteta.

Organizacionu strukturu doma zdravlja čine službe, u okviru kojih su odeljenja i odseci, čime je podržano racionalno, efikasno, blagovremeno i kvalitetno pružanje zdravstvene zaštite.¹⁵²

5.4.1. Organizaciona šema DZ. Voždovca

Dom zdravlja neprekidno unapređuje kvalitet usluga. Podržava stručno usavršavanje, obnovu znanja i usvajanje novih veština zdravstvenih radnika i saradnika. Savremena oprema i aparati podrška su izabranim lekarima u pouzdanom postavljanju dijagnoza, čime se postiže blagovremeno i uspešno lečenje pacijenata (Slika br.10).

Prioritet u radu doma zdravlja je očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva opštine Voždovac. Godišnje se pruži oko tri miliona usluga, od čega je oko 50 odsto preventivnih. Sprovode se mere promocije zdravlja, šire se informacije o zdravlju, razvijaju lične sposobnosti i veštine korisnika usluga, koji sa više odgovornosti donose odluke koje se tiču ličnog i opšteg zdravlja. Razvija se komunikacija sa lokalnom zajednicom i unapređuju partnerski odnosi sa svim saradnicima iz okruženja u kome ljudi žive, rade, uče. Učestvuje se u kreiranju zdrave životne okoline, koja će podržati zdravlje i izbor ponašanja kojim se izgrađuju i usvajaju zdravi stilovi života.

Učešćem u mnogobrojnim projektima, sprovođenjem skrining programa i organizovanjem javno-zdravstvenih akcija u zajednici, povećava se senzitivnost doma zdravlja za probleme različitih kategorija stanovništva. Znatno je unapređen rad sa posebno osetljivim populacionim grupama, podignut je nivo znanja i svesti opšte populacije o značaju očuvanja i unapređenja zdravlja, kao i stepen lične odgovornosti. Razvija se multisektorska saradnja i partnerski odnosi sa članovima zajednice, smanjuju se kulturološke barijere, razvija komunikacija, što doprinosi da

¹⁵² Isto

se zdravlje prihvati kao zajednička vrednost i da svi učestvuju u rešavanju zdravstvenih i sa zdravljem povezanih problema.

U skladu sa strategijom i akcionim planom reforme sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, koju je donelo Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Dom zdravlja Voždovac napravio je strateški plan svog razvoja, prateći sopstvenu viziju i misiju (Slika br.7).¹⁵³



Slika br.7: Priznanje Domu zdravlja Voždovac za izvrsnost u razvoju strateškog plana i menadžmenta u PZZ

Izvor: : http://www.dzvozdovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozdovac.pdf

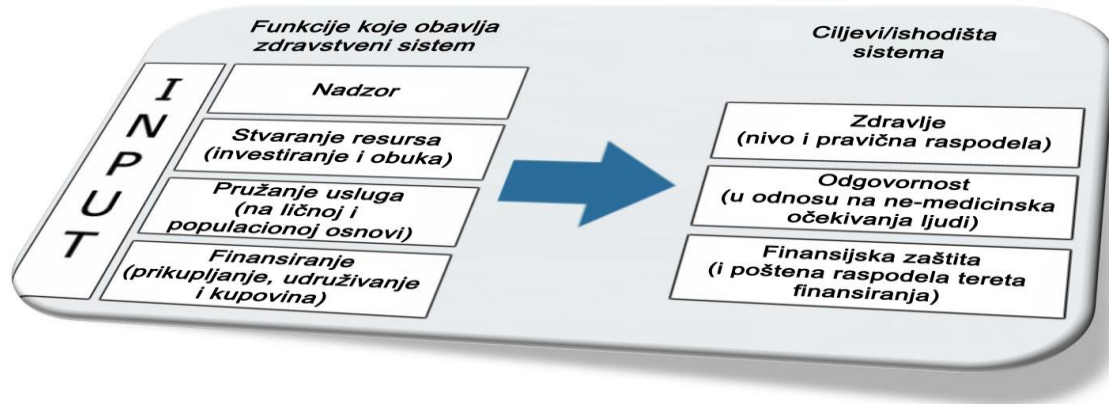


Slika br.8: Sertifikat o akreditaciji DZ Voždovac

Izvor: : http://www.dzvozdovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozdovac.pdf

¹⁵³ <http://www.dzvozdovac.rs> ; pristup 11.03.2013.god u 14:37

Svetska zdravstvena organizacija



Slika br.9. SZO – Funkcije i ciljevi Zdravstvenog sistema

Izvor: http://www.dzvozdozac.rs/images/strateski_plan_dz_vozdozac.pdf

Postojeća pravna osnova

Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu

Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Zakon o zdravstvenom osiguranju

Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima

Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu

Strategija za smanjenje siromaštva

Strategija razvoja socijalne zaštite

Nacionalna strategija o starenju

Strategija razvoja zvanične statistike

Strategija razvoja informacionog društva u Republici Srbiji

Nacionalna strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a

Strategija za razvoj i zdravlje mladih u Republici Srbiji

Strategija javnog zdravlja Republike Srbije

Nacrt zakona o javnom zdravlju

Bolja primarna zdravstvena zaštita za sve nas (Smernice zdravstvene politike za jačanje primarne zdravstvene zaštite u Srbij od 2010. do 2015. godine), nacrt

Strategija za palijativno zbrinjavanje

Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata

Strategija razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji

Nacionalni program Srbija protiv raka

Nacrt Zakona o kontrolisanim supstancama (Slika br.9)¹⁵⁴

¹⁵⁴ <http://www.dzvozdozac.rs> ; pristup 11.03.2013.god u 14:37



Slika br. 10: Najbolji u stalnom unapređenju kvaliteta rada DZ Voždovac
Izvor: <http://www.dzvozdovac.rs/>

5.4.2. Vizija i misija u radu Doma zdravlja Voždovac

Misija Doma zdravlja Voždovac: da Dom zdravlja Voždovac pruža visokokvalitetne zdravstvene usluge korisnicima, po kojima je prepoznatljiv i visoko-rangiran među sugrađanima i u stručnoj javnosti.

Vizija Doma zdravlja Voždovac: da Dom zdravlja Voždovac bude mesto gde će korisnici od zaposlenih da usvoje znanja i veštine za očuvanje i unapređivanje svog zdravlja.

DA BUDEMO ZDRAVI !!!!!¹⁵⁵

Izjava o politici kvaliteta: Politika kvaliteta Doma zdravlja Voždovac je da profesionalno i odgovorno pristupi zadovoljenju ukupnih potreba korisnika, uz usaglašenost sa resursima. Otuda je za sve zaposlene akcenat na kvalitetu, a kultura kvaliteta deo poslovne strategije koja se bazira na:

-Zadovoljavanju potreba i zahteva naših korisnika, zaposlenih i države,

¹⁵⁵ <http://www.dzvozdovac.rs/>; pristup 11. 03. 2013.god u 14:37

- Pozicioniranju našeg doma zdravlja kao lidera u inovativnosti,
- Kontinuiranom unapređenju i podizanju kvaliteta svih poslovnih aktivnosti, kako bi stalno povećavali zadovoljstvo naših korisnika,
- Obezbeđenju uslugu najvišeg nivoa, poštovanju ugovorenih rokova, smanjenju troškova kvaliteta i unapređenju performansi svih poslovnih procesa,
- Poboljšanju i održavanju partnerskih odnosa.¹⁵⁶

5.4.3. Sistemi vrednosti u radu

Kvalitet pre svega – samo kvalitetna usluga garantuje uspeh programa rada i povećanju ugleda Zavoda kao zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite, koji se ogleda kroz:

- Poverenje i profesionalizam – samo međusobno poverenje korisnika usluga i zaposlenih u Zavodu, kao i profesionalizam zaposlenih mogu doprineti pružanju kvalitetnih usluga,
- Motivacija zaposlenih – samo motivisani zaposleni mogu svesno učestvovati u realizaciji misije i vizije Zavoda;
- Optimizam – samo ljudi optimisti imaju šansu za uspeh;
- Istrajnost – samo oni koji izdržavaju u naporima na putu unapređenja mogu da očekuju da će uspeti;
- Sposobnost učenja i predviđanja događaja – samo sposobni za stalno učenje i predviđanje događaja, mogu obezbediti opstanak i razvoj Zavoda.

Usvajanje sistema menadžmenta kvalitetom je bila strateška odluka rukovodećeg kadra zdravstvene ustanove. Na projektovanje i primenu sistema menadžmenta kvalitetom u ustanovi uticali su:

- a) okruženje i promene u okruženju i rizici koji proizlaze iz okruženja,
- b) razne potrebe Doma zdravlja
- c) posebni ciljevi Doma zdravlja,
- d) vrste usluga koje isporučuje Dom zdravlja,
- e) procesi koji se primenjuju u Domu zdravlja i
- f) organizaciona i kadrovska struktura Doma zdravlja.

¹⁵⁶ Isto

Rukovodstvo doma zdravlja usvajanjem procesnog pristupa koji redovno primenjuje i razvija poboljšava efektivnost sistema menadžmenta kvalitetom, a sve u cilju povećanja zadovoljstva korisnika usluga ispunjavanjem njihovih zahteva. Menadžment brojnim povezanim aktivnostima kroz korišćenje resursa koje poseduje dom zdravlja i primenom sistema procesa unutar organizacije, zajedno sa identifikacijom i međusobnim delovanjem tih procesa, postiže željeni rezultat.

Prednost procesnog pristupa je stalno upravljanje, koje se obezbeđuje pomoću veze između pojedinačnih procesa povezanih u celokupni sistem procesa, kao i pomoću njihove kombinacije i međusobnog delovanja.

Kada se koristi u sklopu sistema menadžmenta kvalitetom, takav pristup naglašava važnost: razumevanja i ispunjavanje zahteva; potrebe razmatranja procesa u smislu dodatne vrednosti; dobijanje rezultata performansi i efektivnosti procesa i stalnog poboljšavanja procesa zasnovanog na objektivnom merenju.

Pravilo u poslovanju doma zdravlja je „Zdravstvena zaštita zasnovana na dokazima, je korišćenje najboljih dokaza koji su nam na raspolaganju za donošenje odluka o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti celokupne populacije ili grupa pacijenata”.¹⁵⁷

5.4.4. SWOT analiza Doma zdravlja Voždovac

Sušтина ove analize je u tome što treba da omogući sistematsko praćenje dostignuća konkurencije (pretnji) i mogućnosti koje zdravstvena ustanova ima kako bi mogla da utiče na tokove komunikacije, eliminacije pretnji, kao i preispitivanje slabih strana ustanove u cilju rešavanja problema.

Proces analize obuhvatio je snimanje stanja i na osnovu identifikacije stanja, definisala bi se strategija eliminisanja slabosti, a usmerile aktivnosti na iskorišćenje šansi koje se u tim uslovima pružaju. Kroz strategiju internih mogućnosti ustanove postavljaju se osnovi za utvrđivanje slabih i dobrih strana, od kojih će svaki učesnik u procesu rada morati da se jasno odredi prema obavezama koje ima u procesu rada.

¹⁵⁷ Gray MJA., *Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*, Churchill Livingstone, 1997.

Optimalna strategija u uslovima tržišta zdravstvenih usluga, mogla bi se ispoljiti preko mobilnosti snaga, njihovom maksimalnom angažovanošću i iskorišćenju mogućnosti u datom momentu radi ostvarivanja svojih ciljeva. Istražujući elemente Swot analize u zdravstvenoj ustanovi parametri ostvarivanja tog koncepta imaju sledeći izgled (Tabela br.6):

Tabela br.6 : Strateška analiza–SWOTanaliza (DZ Voždovac)

Snage S	Slabosti W
Kadar -- stručnost, timski rad, iskustvo <ul style="list-style-type: none"> • Urađeni i pretestirani projekti u DZ • Verni korisnici • Kvalitetna usluga, posebno preventivna • Informacioni sistem • Nova oprema • Široka primena socijalnog marketinga • Dobra dostupnost • Dobra komunikacija sa zajednicom 	Dotrajali objekti <ul style="list-style-type: none"> • Visoki troškovi održavanja • Strah od promena • Komunikacija • Sagorevanje na poslu • Kulturološke barijere
Šanse O	Pretnje T
Poslovanje <ul style="list-style-type: none"> • Motivacija zaposlenih • Svesnost građana o značaju zdravlja • Saradnja sa zajednicom (privatnim sektorom, civilnim sektorom, posebno osetljivim grupama korisnika, medijima...) • Pronalaženje novih partnera • Poverenje • Primena novih tehnologija • Decentralizacija • Konkurencija 	Reforme <ul style="list-style-type: none"> • Manji budžet • Starenje populacije • Niska kupovna moć - siromaštvo • Opterećenost građana bolestima • Konkurencija • Odlazak obrazovanog kadra

Izvor: http://www.dzvozdovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozdovac.pdf

Tabela br.7: Otkrivanje povezanosti putem mapiranja

<p style="text-align: center;">Unutrašnji faktori</p> <p style="text-align: center;">Spoljašnji faktori</p>	<p><u>Snage: S</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kadar – stručnost, timski rad, iskustvo • Urađeni i pretestirani projekti u DZ • Verni korisnici • Kvalitetna usluga, posebno preventivna • Informacioni sistem • Nova oprema • Široka primena socijalnog marketinga • Dobra dostupnost • Dobra komunikacija sa zajednicom 	<p><u>Slabosti: W</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotrajali objekti • Visoki troškovi održavanja • Strah od promena • Komunikacija • Sagorevanje na poslu • Kulturološke barijere
<p><u>Šanse: O</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poslovanje • Motivacija zaposlenih • Svesnost građana o značaju zdravlja • Saradnja sa zajednicom (privatnim sektorom, civilnim sektorom, posebno osetljivim grupama korisnika, medijima...) • Pronalaženje novih partnera • Poverenje • Primena novih tehnologija • Decentralizacija • Konkurencija 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>1. Pronalaženje novih partnera za novu obuku</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>1. Sredstva za adaptaciju u smislu fizičke dostupnosti za sve</p> </div>
<p><u>Pretnje: T</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforme • Manji budžet • Starenje populacije • Niska kupovna moć - siromaštvo • Opterećenost građana bolestima • Konkurencija • Odlazak obrazovanog kadra 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>1. Kontinuirana edukacijakadra 2. Novi programi za hronične bolesnike</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>1.Preživljavanje uprkos slabosti i pretnji</p> </div>

Izvor: http://www.dzvozdovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozdovac.pdf

Napred su nabrojane različite mogućnosti za ostvarivanje postavljenih ciljeva, ali i elementi koji mogu dovesti da se ti ciljevi ne mogu ostvariti. Potrebno je pravilno odmeriti elemente po pojedinim zahtevima da bi se moglo doći do optimalnog rešenja kojem Swot analiza svojim kompariranjem može pomoći (Tabela br.7).

5.4.5. Opšti strateški ciljevi doma zdravlja Voždovac do 2015. godine

1. Unapređenje preventivnih zdravstvenih usluga i poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva (Tabela br.8)
2. Razvoj i unapređenje službe palijativnog zbrinjavanja (Tabela br.9)
3. Razvoj novih načina plaćanja (Tabela br.10)
4. Poboljšanje kvaliteta i efikasnosti rada (Tabela br.11)
5. Implementiranje informacionog sistema (Tabela br.12)

Tabela br.8: Unapređenje preventivnih zdravstvenih usluga i poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva **1.**

Opšti cilj 1. Unapređenje preventivnih zdravstvenih usluga i poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva					
Specifični cilj	Aktivnosti	Rezultati	Odgovorna osoba/službe/ odeljenje	Finansiranje	Vreme
1.Usvajanje novih stilova života 2. provođenje skrininga za kacincom debelog creva 3. provođenje obaveznog Skrininga na CA Pvu	1.Edukacija zaposlenih i pacijenata radi usvajanja novih znanja i veština 2. Priprema skrining programa (plan, procedure) 3. Socijalni marketing	1. Obučeni korisnici za primenu zdravog ponašanja 2. buhvaćeno 55% građana u dobi od 50 do 79 godina 3. Urađen skrining 55% žena za dobnu grupu od 20 do 65 godina	1. Svi načelnici službi 2. Svi izabrani lekari 3.Sestre 4. PPS 5. Direktor 6. Preventivni centar dr Zorka Savić, (šef) 7. Načelnik ginekologije	1. RZZO 2. Grad 3. Sredstva doma zdravlja 1. Donacije 2. Projekti	Do 2015. god

Izvor: http://www.dzvozdovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozdovac.pdf

2.

Tabela br.9: Razvoj i unapređenje službe palijativnog zbrinjavanja i nege

Opšti cilj 2. Razvoj i unapređenje službe palijativnog zbrinjavanja i nege					
Specifični cilj	Aktivnosti	Rezultati	Odgovorna osoba/službe/odelenje	Finansiranje	Vreme
1. Zbrinjavanje 80% obolelih u terminalnom stadijumu bolesti 2. Postizanje najvišeg mogućeg kvaliteta života za pacijenta 3. Postizanje najvišeg mogućeg kvaliteta života za porodicu pacijenta	1. Edukacija zdravstvenih radnika i saradnika u kućnom lečenju 100 % 2. Razvijanje kognitivnih sposobnosti pacijenata 3. Edukacija i obuka porodice pacijenata za usvajanje veština radi podrške pacijentima	1. Zdravstveni radnici i saradnici su usvojili nova znanja i veštine 2. Psihosocijalno osnaženi pacijeti i porodice 3. Obučeni članovi porodice za pružanje podrške i nege pacijentima	1. Direktor 2. Šef službe kućnog lečenja i palijativog zbrinjavanja i nege 3. Izabrani lekari 4. Psiholog 5. Socijalniradnik 6. VMS	1. RZZO 2. Grad 3. Sredstva doma zdravlja 4. Donacije	Do 2015. god

Izvor: http://www.dzvozdovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozdovac.pdf

3.

Tabela br. 10: Razvoj novih načina plaćanja timovima izabranih lekara

Opšti cilj 3. Razvoj novih načina plaćanja timovima izabranih lekara					
Specifični cilj	Aktivnosti	Rezultati	Odgovorna osoba/službe/odelenje	Finansiranje	Vreme
1. Donošenje programa - nov način plaćanja izabranim lekarima - timovima 100% 2. Marketing 3. Opredeljivanje pacijenata za izabranog lekara - 85% osiguranika	1. Izrada plana, procedura 2. Izrada i distribucija propagandnog materijala, korišćenje medija 3. Neposredno informisanje od strane medicinskih sestara i izabranog lekara	1. Postojanje programa 100% 2. Informisani građani o obavezi opredeljivanja za izabranog lekara 3. Opredeljeni korisnici zdravstvenih usluga	1. RZZO 2. Direktor 3. PR doma zdravlja 4. Načelnici službi 5. Izabrani lekari 6. Medicinske sestre	1. RZZO 2. Grad 3. Sredstva doma zdravlja 4. Donacije	Do 2010. god

Izvor: http://www.dzvozovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozovac.pdf

4.

Tabela br. 11: Poboljšanje kvaliteta i efikasnosti rada

Opšti cilj 4. Poboljšanje kvaliteta i efikasnosti rada					
Specifični cilj	Aktivnosti	Rezultati	Odgovorna osoba/službe/ odeljenje	Finansiranje	Vreme
1. QMS prema standardu ISO 9001:2000, za sve procedure kod izabranog lekara – tima 100% 2. EMS prema standardu ISO 14001:2004 3. OHSMS (Occupational Health and Safety Management System) prema specifikaciji OHSMS 18001:1999	1. Izbor konsultantske firme za implementaciju sistema upravljanja kvalitetom 2. Ugovaranje integracije sistema upravljanja zaštitom životne sredine (EMS) i sistema upravljanja kvalitetom (QMS), sa spoljnim konsultantima 3. Dopuna procedura i dokumenata QMS-a za implementaciju EMS-a	1. Implementiran sistem kod svih timova (100%) upravljanja kvalitetom, QMS-a 2. Definisana i usvojena dokumenata 3. Nabavljena oprema 4. Obučeno osoblje	1. Direktor 2. Stručni savet 3. Komisija za kvalitet 4. Glavna sestra doma zdravlja, 5. Komisija za kontrolu bolničkih infekcija 6. Pravnik 7. Referent za bezbednost i zdravlje na radu 8. Načelnik ekonomsko - finansijske službe	1. RZZO 2. Grad 3. Sredstva doma zdravlja 4. Donacije 5. Projekti	Do 2015. god

Izvor: http://www.dzvozdovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozdovac.pdf

5.

Tabela br. 12: Implementacija informacionog sistema

Opšti cilj 5. Implementacija informacionog sistema					
Specifični cilj	Aktivnosti	Rezultati	Odgovorna osoba/službe/odelenje	Finansiranje	Vreme
1. Uvođenje standardizovanog sistema elektronske zdravstvene dokumentacije (EZD) 90% 2. Povezivanje informacionog sistema Doma zdravlja u gradski i republički informacioni sistem 50% 3. Implementacija dokument menadžment sistema za podršku integralnom sistemu upravljanja (IMS) 100%	1. Elaborat opravdanosti uvođenja EZD i izrada projektne dokumentacije 2. Izrada plana mreže za IKT 3. Formiranje tima za implementaciju Integralnog sistema upravljanja	1. Implementirana EZD na 90% radnih mesta timova. Koristi se EZD 2. Razvijena Informaciono - komunikaciona mreža 25% 3. Formirana baza podataka dokumenata 100%	1. Direktor 2. Tim za kvalitet 3. Zdravstveni profesionalci na mestu pružanja zdravstvenih usluga 4. Služba za informacioni sistem doma zdravlja	1. RZZO 2. Grad 3. Sredstva doma zdravlja 4. Donacij	Do 2011. god

Izvor: http://www.dzvozovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozovac.pdf

5.4.6. Kvalitet pruženih zdravstvenih usluga i tržišna pozicioniranost

Korisnici imaju značajnu ulogu u definisanju zahteva kao ulaznih elemenata. Praćenje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga zahteva vrednovanje informacija u vezi sa zapažanjima korisnika koja se odnose na to da li zdravstvena ustanova ispunjava njihove zahteve.

U Domu zdravlja Voždovac je na sve procese primenjena metodologija: „planirajte – uradite – proverite – delujte” (PDCA) - „Plan – Do – Check – Act”. PDCA se ogleda prvo kroz planiranje: utvrđivani su ciljevi i uspostavljeni procesi potrebni za dobijanje rezultata u skladu sa zahtevima korisnika zdravstvenih usluga i politikom zdravstvene ustanove, zatim uraditi: primenjuju se procesi, dalje bi trebalo izvršiti proveravanje: da se prati i meri proces i pružene usluge i paralelno se poredi sa politikom, ciljevima i zahtevima za uslugama i sastavljaju se izveštaji o rezultatima i na kraju, delovanje: preduzimaju se mere za korekciju i mere za stalno poboljšavanje u poslovanju ustanove.

Rukovodstvo doma zdravlja Voždovac ima za cilj održivi uspeh u složenom, zahtevnom i stalno promenljivom okruženju, da pokaže svoju sposobnost da dosledno obezbeđuje zdravstvene usluge koje ispunjavaju zahteve korisnika (pacijenata i klijenata) uz primenu odgovarajućih zakona i propisa, i da poveća zadovoljstvo korisnika efektivnom primenom sistema, uključujući procese stalnog poboljšavanja sistema, kao i dokazivanje usaglašenosti sa zahtevima pacijenata.

Dom zdravlja Voždovac utvrđuje procese neophodne za sistem menadžmenta kvalitetom i primenjuje ih u celoj organizaciji, utvrđuje redosled i međusobno delovanje ovih procesa i upravljanje njima bude efektivno, osigurava raspoloživost resursa i informacija neophodnih za podršku izvođenju i praćenju ovih procesa, prati, meri kada je to primenljivo i analizira ove procese i primenjuje mere potrebne za ostvarivanje planiranih rezultata i stalno poboljšavanje ovih procesa. Najviše rukovodstvo dokazuje kroz menadžment ovim procesima svoju opredeljenost za razvoj i primenu sistema menadžmenta kvalitetom i za stalno poboljšavanje njegove efektivnosti, time što:

- a) informiše zaposlene o važnosti ispunjavanja zahteva korisnika, kao i zahteva iz propisa i drugih normativnih dokumenata;
- b) uspostavlja politiku kvaliteta;
- c) osigurava da su utvrđeni ciljevi kvaliteta;
- d) sprovodi preispitivanja;
- e) osigurava raspoloživost resursa i

f) obezbeđuje usredsređenost na korisnike usluga, ispunjava zahteve korisnika i povećava njihovo zadovoljstvo.

Menadžment Doma zdravlja Voždovac je:

- obezbedio da politika kvaliteta odgovara svrsi organizacije; sadrži opredeljenost da se ispunjavaju zahtevi i da se stalno poboljšava efektivnost sistema menadžmenta kvalitetom; daje okvir za utvrđivanje i preispitivanje ciljeva kvaliteta; bude saopštena i objašnjena svima u organizaciji i bude preispitivana da bi stalno bila adekvatna;

- preuzeo odgovornost i ovlašćenje u: obezbeđivanju procesa potrebnih za utvrđivanje, primenu i održavanje sistema menadžmenta kvalitetom; izveštavanju najvišeg rukovodstva za poboljšanjem i osiguranju stvaranja svesti o zahtevima korisnika, na svim nivoima u organizaciji.

Menadžment DZ Voždovac primenjuje odgovarajuće metode za praćenje i, gde je to moguće, merenje performansi procesa sistema menadžmenta kvalitetom. Ove metode moraju pokazati sposobnost procesa da postigne planirane rezultate. Kada se planirani rezultati ne postignu, moraju se preduzeti korekcije gde je to moguće. Prilikom utvrđivanja pogodnih metoda razmatra vrstu i nivo praćenja i merenja koji odgovaraju svakom njenom procesu u odnosu na njihov uticaj na usaglašenost sa zahtevima za uslugama i efektivnost sistema menadžmenta kvalitetom.

Takođe prati i meri karakteristike usluga da bi se verifikovalo da su ispunjeni zahtevi za traženom uslugom. To mora da se izvršava u odgovarajućim fazama procesa realizacije usluge, u skladu sa planiranim postavkama. Dokaz o usaglašenosti sa kriterijumima za prihvatanje mora se održavati. Odobrenje isporuke usluge korisniku ne smeju se obaviti sve dok se na zadovoljavajući način ne kompletiraju planirane postavke, osim ukoliko nije drugačije odobreno od relevantnog organa i, gde to ima smisla, od korisnika.

U cilju unapređenja rada i kvalitetnijeg pružanja zdravstvenih usluga Dom zdravlja Voždovac posebnu pažnju posvećuje kontinuiranom stručnom usavršavanju zaposlenih, upućivanjem zaposlenih na razna edukativna savetovanja i seminare. Internim aktima celokupno poslovanje ustanove treba da bude rezultat timskog rada i angažovanja svih zaposlenih.

5.5.Dom zdravlja “Dr Milutin Ivković” Palilula

Dom zdravlja „Dr Milutin Ivković“- Palilula je osnovan 24.04.1953. godine sa zadatkom da obezbedi kvalitetnu primarnu zdravstvenu zaštitu za stanovnike opštine Palilula koja se prostire na 447 km².

Podeljenost ove gradske opštine rekom Dunav predstavljala je izazov za sve generacije zaposlenih koji već više od pola veka unapređuju kvalitet usluga i teritorijalnu organizaciju.

Danas je to ustanova sa **25 zdravstvenih stanica** i ambulanti sa oko **800 zaposlenih** u timskom radu obezbeđuje adekvatnu dostupnost zdravstvene zaštite svim građanima opštine Palilula. Visok kvalitet usluga je potvrđen najranijom primenom - Sistema menadžmenta kvalitetom JUS ISO 9001, a kasnije i akreditacijom drugog stepena (Slika br.11).

Uvođenje informacionog sistema u svim ograncima, korišćenje elektronskog zdravstvenog kartona i formiranje modernog Call – centra značajno je smanjilo obim administriranja, olakšalo komunikaciju i skratilo vreme čekanja na pregled uz značajno bolju saradnju i međusobno poverenje pacijenta i lekara.

Ovaj dom zdravlja je dugi niz godina nastavna baza za studente i specijalizante Medicinskog i Stomatološkog fakulteta i Visoke medicinske strukovne škole.

Osnovna težnja zaposlenih u ovom domu zdravlja je da preventivnim zdravstvenim radom unaprede i očuvaju zdravlje sugradjana i da se uspešno eliminišu faktori rizika koji dovode do nastanka bolesti. Ukoliko do bolesti dodje, zdravstveni stručnjaci će uz pomoć najsavremenije medicinske opreme postaviti dijagnozu i adekvatnom terapijom sprečiti dalje napredovanje i moguće komplikacije.¹⁵⁸



Slika br. 11: Sertifikat o akreditaciji Dom Zdravlja “Dr Miolutin Ivković” Palilula
Izvor: <http://www.dzpalilula.org.rs/>

¹⁵⁸ <http://www.dzpalilula.org.rs/datum> pristupa 18.06.2014.godine

Centar za ekonomske analize potvrđuje da je u 2013/2014 prema istraživanju Dom Zdravlja “Dr Miulutin Ivković” Palilula uvršten u najuspešnije firme u Srbiji (Slika br.12).



Slika br.12: Sertifikat za uspešno poslovanje DZ Palilula

Izvor: <http://www.dzpalilula.org.rs/>

5.5.1. Vizija i misija Doma zdravlja “Dr Milutin Ivković” Palilula

Misija - razvoj ka ustanovi primarne zdravstvene zaštite koja će biti lider u očuvanju zdravlja zajednice, prevenciji i rešavanju zdravstvenih problema svih populacionih grupa putem promocije zdravlja, koordinisanog i integrisanog pružanja zdravstvenih usluga na primarnom nivou i stalnim unapređenjem efikasnosti i kvaliteta.¹⁵⁹

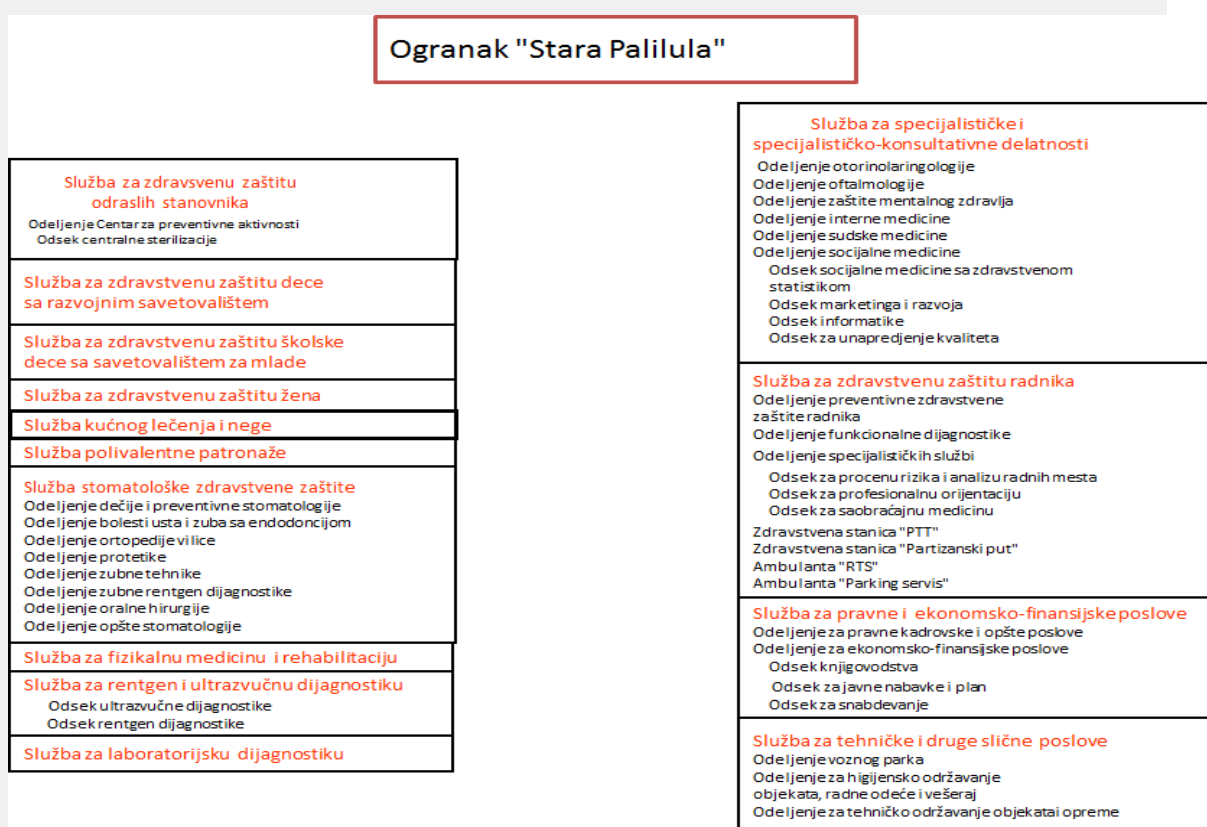
Pravovremeno i adekvatno reagujemo na potrebe i zahteve svojih korisnika, od pojedinca do zajednice, najracionalnijim pružanjem visoko kvalitetih zdravstvenih usluga u skladu sa savremenim profesionalnim standardima i realnim mogućnostima u cilju postizanja najboljih mogućih ishoda po zdravlje. Usmerenja ka permanentnom usavršavanju zaposlenih, tehnologije rada i ostvarenju što uspešnijeg partnerskog odnosa sa zajednicom.

¹⁵⁹ Isto.

Vizija - je da obezbedjuje najbolje moguće ishode po zdravlje pojedinca, porodice i zajednice, pružanjem zdravstvenih usluga visokog kvaliteta i efikasnosti.

Nastojanje da kvalitetnom ponudom privuku što veći broj građana da se opredele da u Domu zdravlja Palilula realizuju zdravstvenu zaštitu, a planskim i stručnim radom rukovodstva obezbede najbolje uslove za uspešno poslovanje i sopstveni razvoj su značajne smernice ka visoko kvalitetno organizovanoj zdravstvenoj ustanovi.¹⁶⁰

5.5.2. Organizaciona šema DZ “Milutin Ivković” Palilula

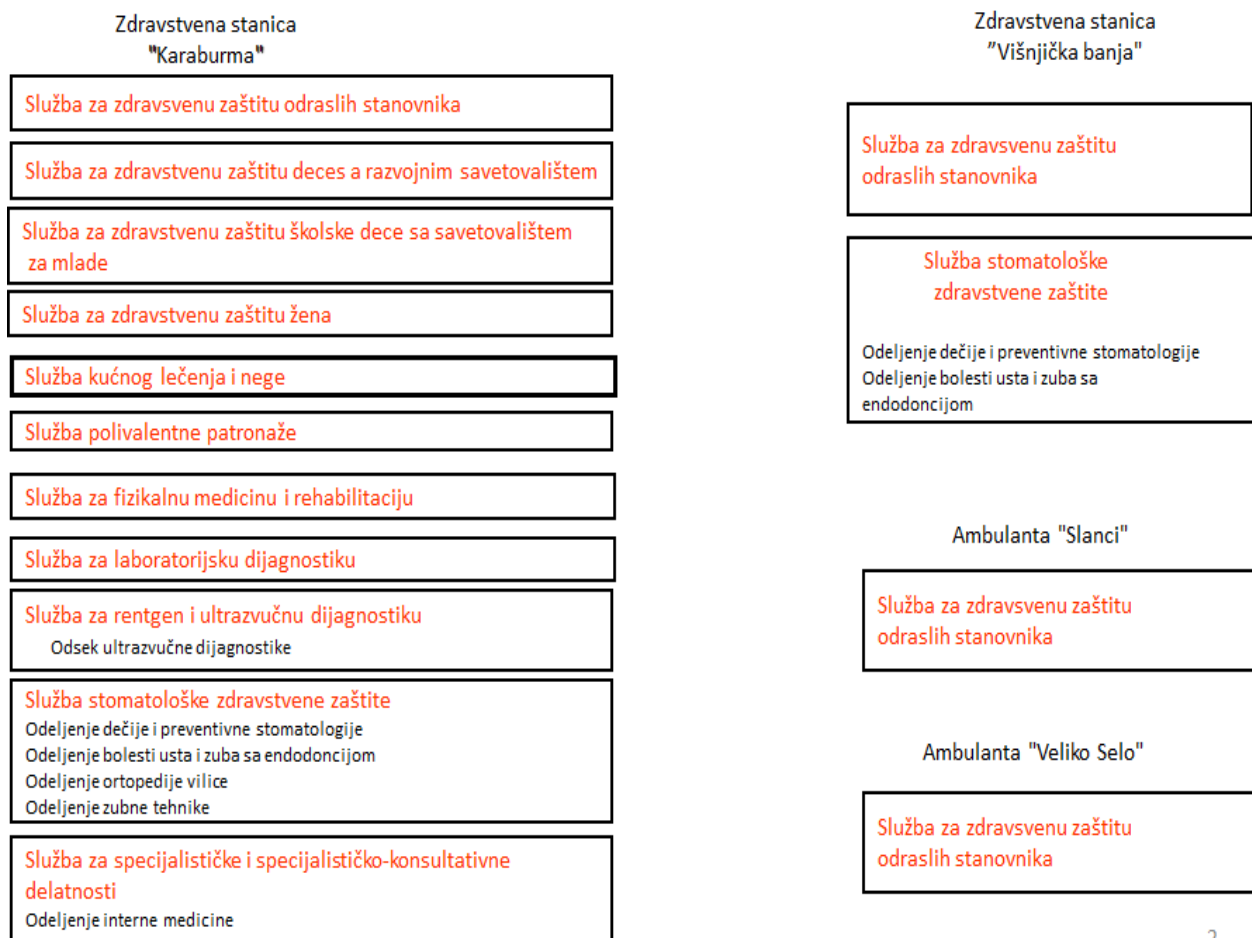


Slika br. 13: Organizaciona šema – ogranak “Stara Palilula”

Izvor: <http://www.dzpalilula.org.rs/>

¹⁶⁰ Isto.

Ogranak "Karaburma"

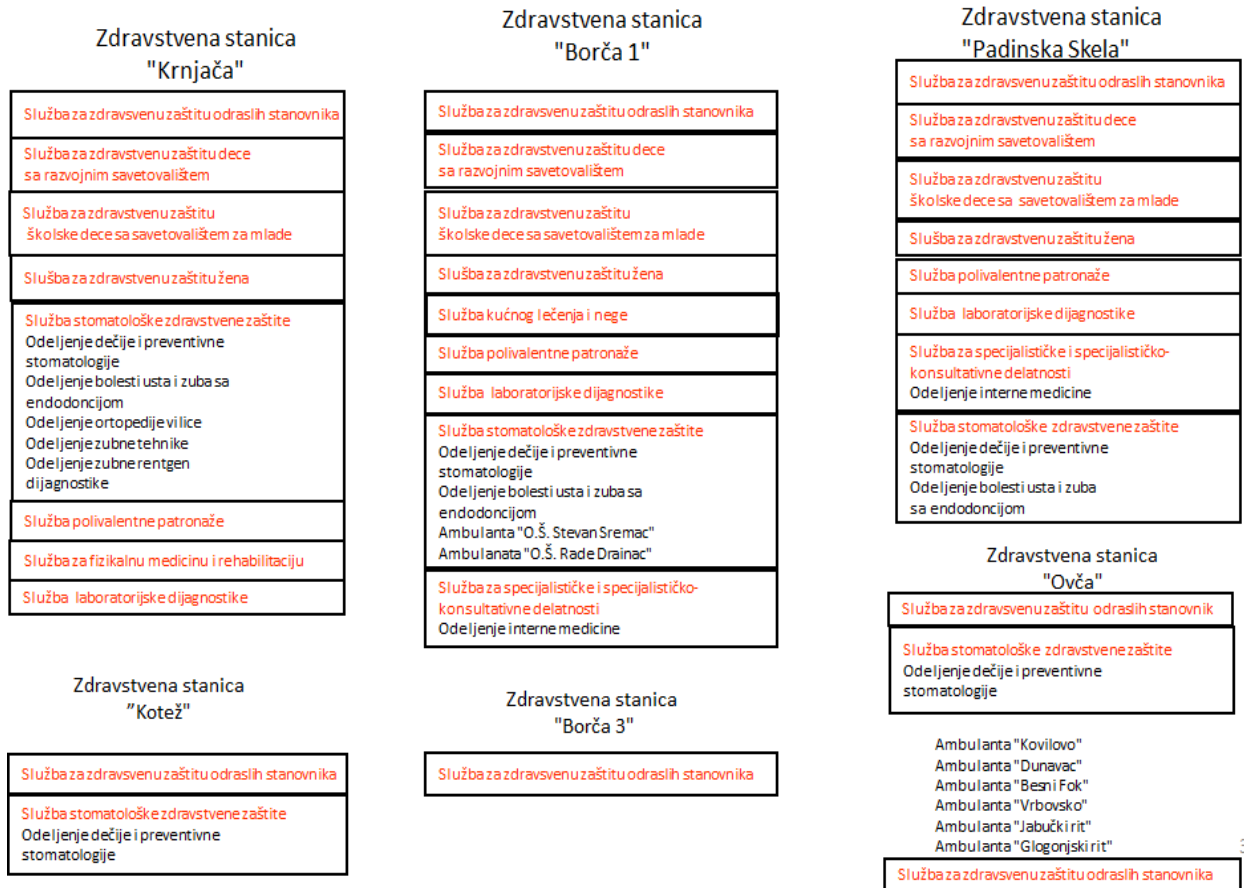


2

Slika br. 14: Organizaciona šema – ogranak "Karaburma"

Izvor: <http://www.dzpalilula.org.rs/>

Ogranak "Dunavski venac"



Slika br.15: Organizaciona šema – ogranak "Dunavski venac"

Izvor: <http://www.dzpalilula.org.rs/>

Dom zdravlja „Dr Milutin Ivković“ - Palilula u periodu januar-decembar 2013. godine je u većem broju od planiranog realizovao obim rada u oblasti poseta lekaru, dijagnostičkih i terapijskih usluga, kao i u oblasti zdravstvenog vaspitanja (Slika br.16). Ostvareno je ukupno 1.035.399 poseta lekaru (102,4% od planiranih) i 1.804.340 dijagnostičkih i terapijskih usluga

(101,8% planiranih), a 37.949 zdravstveno vaspitnih usluga (106,0% planiranih). Preventivne posete su realizovane sa 90,0% (935.154 poseta).



Slika br.16.: Uspešnost ostvarenih usluga DZ “Dr. Milutin Ivković” Palilula

Izvor: <http://www.dzpalilula.org.rs/>

Dom zdravlja “Dr Milutin Ivković” Palilula u svojoj delatnosti obuhvata:

1. Preventivnu zdravstvenu zaštitu prilagođenu svim kategorijama stanovništva
2. Stručno unapređenje zdravstvene zaštite kroz sprečavanje i rano otkrivanje bolesti, lečenje i rehabilitaciju bolesnih i povredjenih,
3. Bavi se preventivnom zdravstvenom zaštitom nad grupacijom stanovništva izloženom povećanom riziku od oboljevanja kroz organizovanje i primenu posebnih programa i stručnim uputstvima,
4. Zdravstvenovaspitni rad i savetovanje za očuvanje i unapređenje zdravlja,
5. Sprečavanje, rano otkrivanje, lečenje i kontrolu malignih i drugih bolesti,
6. Prevenciju i lečenje bolesti usta i zuba,
7. Patronažno lečenje, posete, zdravstvenu negu i rehabilitaciju u kućnim uslovima, uključujući i palijativno zbrinjavanje.

U sklopu “Preventivnog centra” u ovom domu zdravlja obavljaju se svakodnevne, kontinuirane savetodavne, preventivne edukacije, skriningi, promovisanje zdravih stilova života, prevencija gojaznosti kod dece školskog uzrasta. Preventivni centar u saradnji sa osnovnim i srednjim školama na Karaburmi organizuje različita zdravstveno – prosvetna predavanja (Principi pravilne ishrane, Piramida ishrane, Posledice nepravilne ishrane, Fizička aktivnost itd.).

Takođe su zastupljene različite vrste edukativnih seminara, kao što su:

- Škola za obolele od dijabetesa
- Škola za trudnice i roditeljstvo
- Škola za samopregled dojke,
- Savetovalište za mlade, itd.

U domu zdravlja se obavljaju redovni sistematski i preventivni pregledi radno aktivne populacije u cilju redovnog praćenja i očuvanja zdravlja, kao i blagovremene suspekcije potencijalnih patoloških stanja i oboljenja.

Preventivni centar kontinuirano razvija preventivne aktivnosti i povećava broj preventivnih usluga, što i jeste primarna uloga primarne (preventivne) zdravstvene zaštite.

Za unapređenje kvaliteta zdravstvene usluge i zdravstvenih performansi populacije neophodno je kontinuirano pratiti savremene medicinske tokove i medicinska otkrića. U tom cilju u domu zdravlja “ Dr Milutin Ivković” Palilula funkcioniše - Centar za kontinuiranu medicinsku edukaciju, gde se vodi računa o stručnom radu i profesionalnom usavršavanju zaposlenih zdravstvenih radnika.

Za kvalitetno funkcionisanje i dobru organizaciju ovako kompleksnog sistema, neophodno je poznavanje i primena principa, procedura i znanja iz oblasti savremenog menadžmenta.

6. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

(Grafički prikaz i analiza dobijenih rezultata)

6.1. Upitnik za procenjivanje profesionalnog zadovoljstva zaposlenih

Upitnik čija su se pitanja odnosila na profesionalno zadovoljstvo zaposlenih u domu zdravlja radilo je ukupno 154 zaposlenih, od kojih je njih 89 zaposleno u Domu zdravlja „Palilula“, a njih 65 u Domu zdravlja „Voždovac“. Uzorak je činilo 34 muških osoba i 115 osoba ženskog pola, dok se pet osoba nije izjasnilo o polnoj pripadnosti. Najmlađi učesnik u ovom istraživanju imao je 22 godine, a najstariji 60 godina, dok je prosečan broj godina 44,35 (SD=9,059).

Tabela 36 – Obrazovna struktura zaposlenih

Stručna sprema	N	%
Srednja	82	53,9
Viša	33	21,7
Visoka	31	20,4
Kvalifikovani	5	3,3
Nekvalifikovani	1	0,7
Ukupno	152	100

Iz tabele 1 se može videti da 82 ispitanika ima srednju stručnu spremu, višu stručnu spremu ima 33 njih, dok visoku stručnu spremu ima 31 ispitanik. Pored toga, u uzorku je pet kvalifikovanih i jedan nekvalifikovani radnik.

Tabela 37 – Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni adekvatnošću opreme za rad?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	9	5,8
Nezadovoljan/na	46	29,9
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	48	31,2
Zadovoljan/na	48	31,2
Veoma zadovoljan/na	3	1,9
Ukupno	154	100

Kao što se može videti iz Tabele 2, samo troje (1,9%) zaposlenih je odgovorilo da je veoma zadovoljno adekvatnošću opreme za rad. Oko 30% je onih koji su zadovoljni, nezadovoljni i ni zadovoljni ni nezadovoljni. Pored toga, devetoro (5,8) zdravstvenih radnika odgovorilo je da su veoma nezadovoljni adekvatnošću opreme za rad.

Tabela 38 – Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni međuljudskim odnosima na poslu?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	2	1,3
Nezadovoljan/na	17	11,0
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	35	22,7
Zadovoljan/na	80	51,9
Veoma zadovoljan/na	20	13,0
Ukupno	154	100

Dvoje zdravstvenih radnika su izvestili da su veoma nezadovoljni međuljudskim odnosima na poslu, dok je ukupno 100 (64,9%) njih koji su rekli da su ili zadovoljni ili veoma zadovoljni.

Tabela 39 – Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni neposrednom saradnjom sa kolegama – timski rad?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	1	0,6
Nezadovoljan/na	9	5,8
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	37	24,0
Zadovoljan/na	83	53,9
Veoma zadovoljan/na	24	15,6
Ukupno	154	100

Ukupno 107 (69,5%) zdravstvenih radnika označilo je da je ili veoma zadovoljno ili zadovoljno saradnjom sa kolegama, odnosno timskim radom na poslu. Trideset sedmoro (24%) njih je izvestilo da nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni, dok je samo jedna osoba rekla da je veoma nezadovoljna neposrednom saradnjom sa kolegama.

Tabela 40 – Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni mogućnostima koje imate za kontinuiranu edukaciju?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	5	3,2
Nezadovoljan/na	9	5,8
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	42	27,3
Zadovoljan/na	83	53,9
Veoma zadovoljan/na	15	9,7
Ukupno	154	100

Samo 14 (9%) osoba je odgovorilo da je veoma nezadovoljno ili nezadovoljno mogućnostima koje imaju za kontinuiranu edukaciju, dok je 98 (63,6%) zdravstvenih radnika istaklo da su ili zadovoljni ili veoma zadovoljni.

Tabela 41 – Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni mogućnošću profesionalnog razvoja?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	6	3,9
Nezadovoljan/na	10	6,5
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	61	39,6
Zadovoljan/na	71	46,1
Veoma zadovoljan/na	6	3,9
Ukupno	154	100

Od ukupno 154 zdravstvenih radnika, 50% njih je izvestilo da su ili zadovoljni ili veoma zadovoljni mogućnošću profesionalnog razvoja. Šezdeset jedna (39,6%) osoba je rekla da nije ni zadovoljna ni nezadovoljna, dok je oko 10% onih koji su ili nezadovoljni ili veoma nezadovoljni mogućnošću profesionalnog razvoja.

Tabela 42 – Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni zaradom koju ostvarujete za posao koji obavljate?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	54	35,1
Nezadovoljan/na	61	39,6
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	14	9,1
Zadovoljan/na	21	13,6
Veoma zadovoljan/na	4	2,6
Ukupno	154	100

Čak 116 (74,7%) zdravstvenih radnika istaklo je da je veoma nezadovoljno ili nezadovoljno zaradom koju ostvaruju za posao koji obavljaju, dok je 25 (16,2%) njih reklo da su zadovoljni ili veoma zadovoljni platom.

Tabela 43 - Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni podrškom pretpostavljenih?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	6	3,9
Nezadovoljan/na	17	11,0
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	52	33,8
Zadovoljan/na	64	41,6
Veoma zadovoljan/na	15	9,7
Ukupno	154	100

Oko 50% zdravstvenih radnika je izvestilo da je zadovoljno ili veoma zadovoljno podrškom pretpostavljenih, dok je 33,8% njih istaklo da nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni. Ukupno 23 (14,9%) osobe rekle su da su veoma nezadovoljne ili nezadovoljne podrškom pretpostavljenih.

Tabela 44 - Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni evaluacijom vašeg rada od strane rukovodilaca?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	4	2,6
Nezadovoljan/na	14	9,2
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	56	36,6
Zadovoljan/na	71	46,4
Veoma zadovoljan/na	8	5,2
Ukupno	153	100

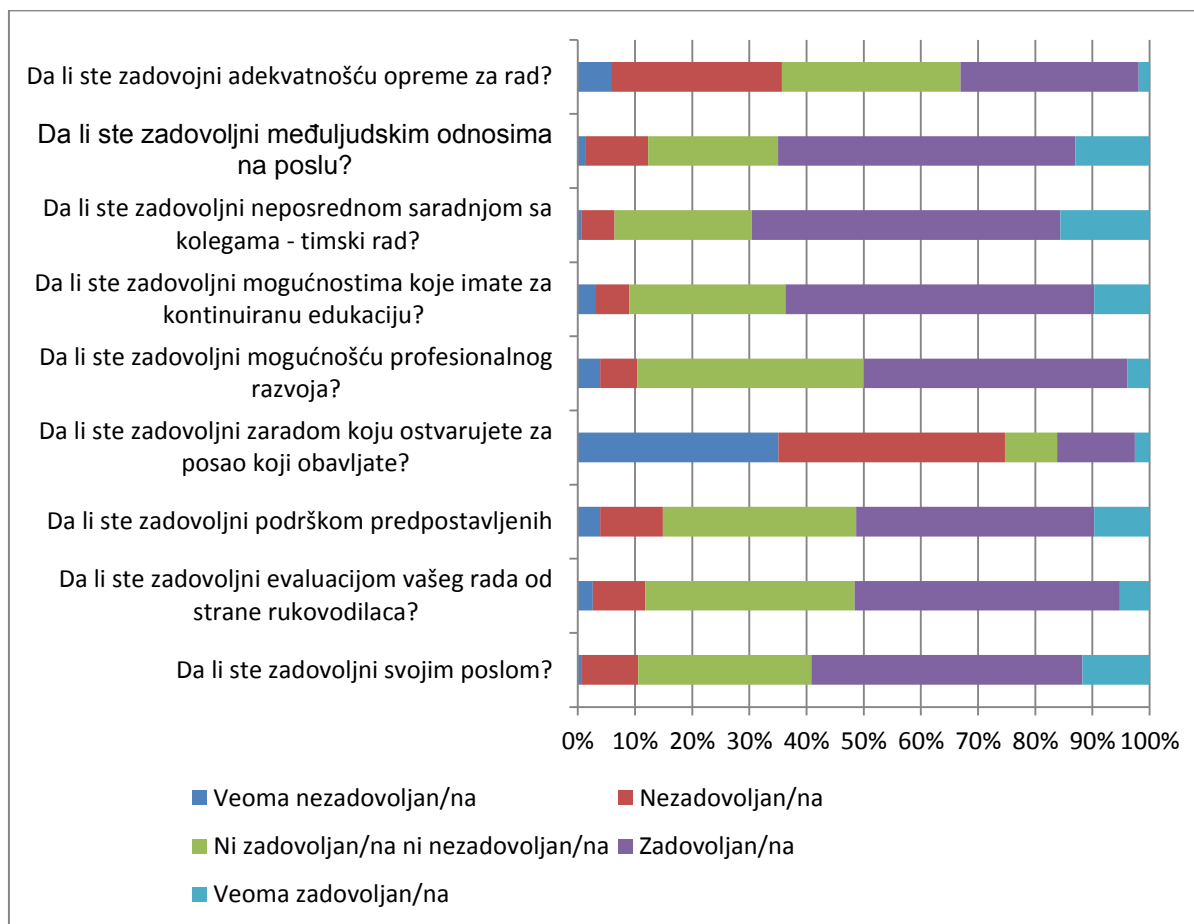
Nešto više od 50% zaposlenih u zdravstvenim ustanovama je odgovorilo da su zadovoljni ili veoma zadovoljni evaluacijom njihovog rada od strane rukovodilaca, dok je oko 10% njih istaklo suprotno, odnosno zaokružilo da su nezadovoljni ili veoma nezadovoljni.

Tabela 45 - Raspodela odgovora na pitanje: *da li ste zadovoljni svojim poslom?*

	N	%
Veoma nezadovoljan/na	1	,7
Nezadovoljan/na	15	9,9
Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	46	30,3
Zadovoljan/na	72	47,4
Veoma zadovoljan/na	18	11,8
Ukupno	152	100

Nešto manje od 60% zaposlenih istaklo je da su ili zadovoljni ili veoma zadovoljni svojim poslom, 30% njih je izjavilo da nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni, dok je oko 10% reklo da su nezadovoljni ili veoma nezadovoljni svojim poslom.

Grafik 8 – Raspodela odgovora zaposlenih na sva pitanja u vezi profesionalnog zadovoljstva



6.2. Upitnik za procenjivanje zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite

Upitnik čija su se pitanja odnosila na zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga u Domu zdravlja radilo je ukupno 162 osobe, od kojih je njih 96 iz Doma Zdravlja „Palilula“, a njih 66 iz Doma Zdravlja „Voždovac“. Uzorak je činilo 72 muške osobe i 84 osobe ženskog pola, dok se šest osoba nije izjasnilo o polnoj pripadnosti. Najmlađi učesnik u ovom istraživanju imao je 18 godine, a najstariji 82 godine, dok je prosečan broj godina 46,42 (SD=12,771).

Tabela 46 – Obrazovna struktura korisnika zdravstvenih usluga

	N	%
Srednja	83	51,2
Viša	25	15,4
Visoka	34	21
Kvalifikovani	14	8,6
Nekvalifikovani	6	3,7
Ukupno	162	100

Iz tabele 11 se može videti da 83 ispitanika ima srednju stručnu spremu, višu stručnu spremu ima 25 njih, dok visoku stručnu spremu ima 34 ispitanika. Pored toga, u uzorku je 14 kvalifikovanih i 6 nekvalifikovanih.

Tabela 47 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 1: *ocena dužine čekanja na prijem*

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li su zdravstveni radnici počeli sa radom u 7h?	131	81,4	30	18,6	161	100
Da li smatrate da ste čekali na prijem duže nego što je bilo neophodno?	60	37,0	102	63,0	162	100
Da li smatrate da ima dovoljno medicinskih tehničara na prijemu?	116	71,6	46	28,4	162	100
Da li smatrate da je duže čekanje na prijemu zbog loše organizacije posla?	53	33,3	106	66,7	159	100

Grafik 9 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 1

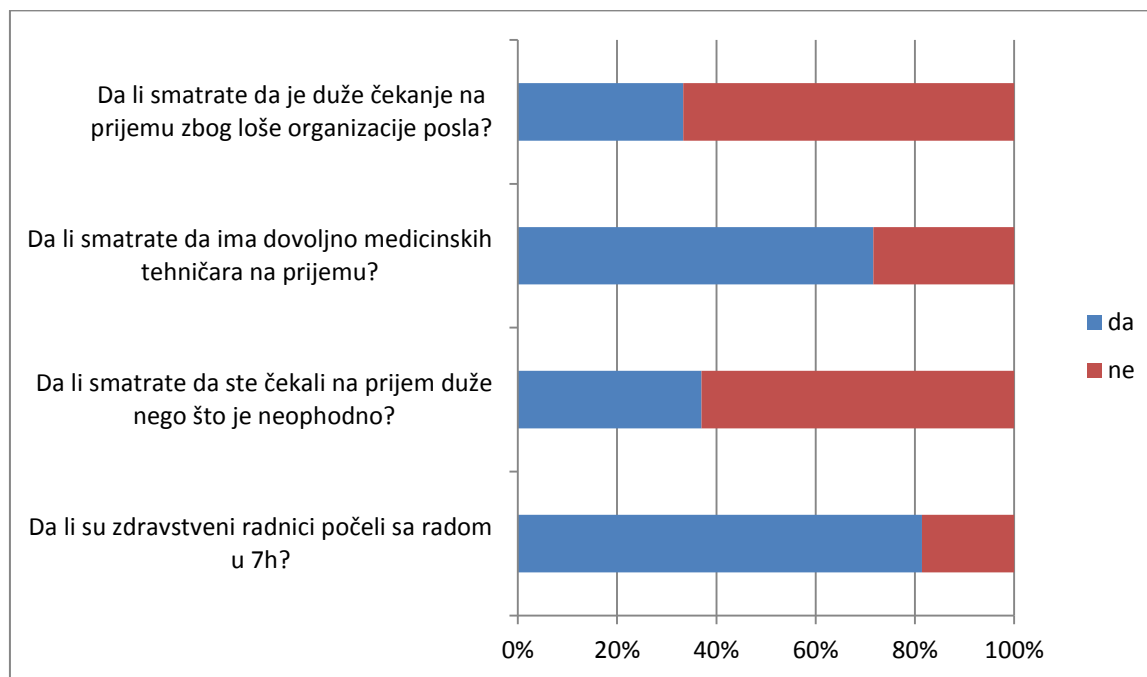


Tabela 48 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 2: *ocena odnosa lekara specijaliste prema pacijentu pri pregledu*

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je lekar prema Vama bio ljubazan?	153	94,4	9	5,6	162	100
Da li je lekar savesno i detaljno obavio zdravstveni pregled?	150	92,6	12	7,4	162	100
Da li lekar daje jasna objašnjenja o bolestima i lekovima koje prepisuje pacijentu?	125	77,2	37	22,8	162	100
Da li je lekar odvojio dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom?	103	64,0	58	36,0	161	100

Grafik 10 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 2

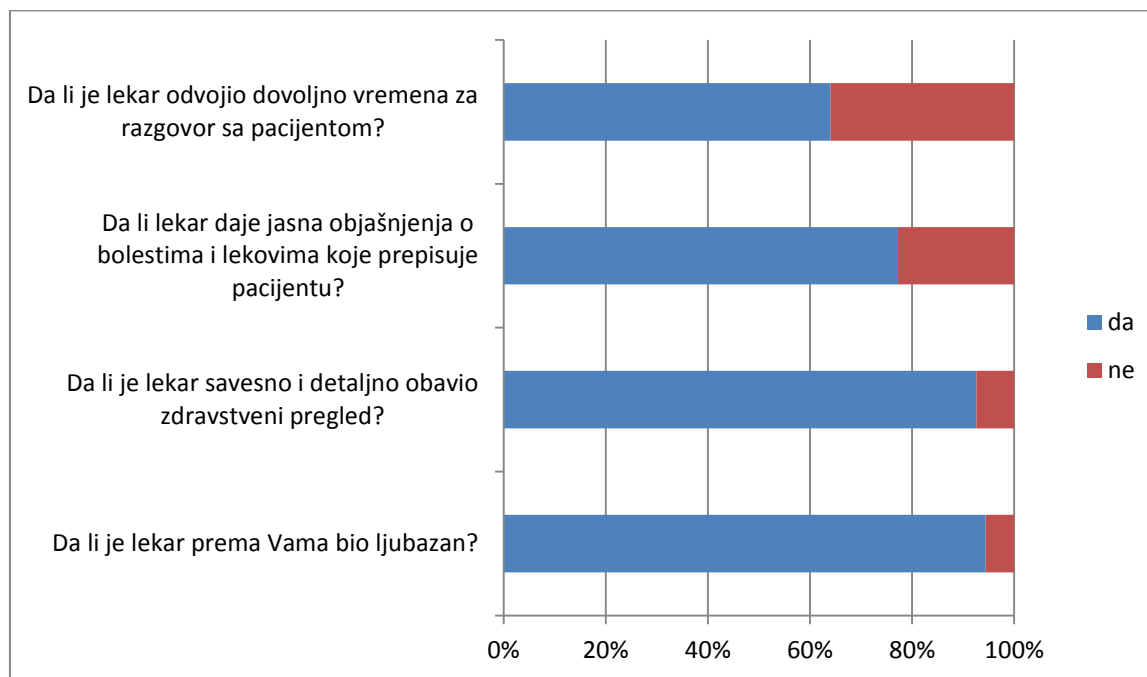


Tabela 49 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 3: *ocena kvaliteta zdravstvenog pregleda*

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li smatrate da su zdravstveni pregledi urađeni vremenski racionalno?	114	70,8	47	29,2	161	100
Da li ste pre zdravstvenog pregleda dobili ispravna uputstva o Vašem ponašanju pri pregledu na aparatima?	140	87,5	20	12,5	160	100
Da li smatrate da su lekari specijalisti uradili zdravstvene preglede prema vašim očekivanjima?	127	79,4	33	20,6	160	100
Da li smatrate da su pojedini lekari uradili zdravstvene preglede formalno bez potpunog informisanja o Vašem zdravstvenom stanju?	94	58,8	66	41,2	160	100

Grafik 11 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 3

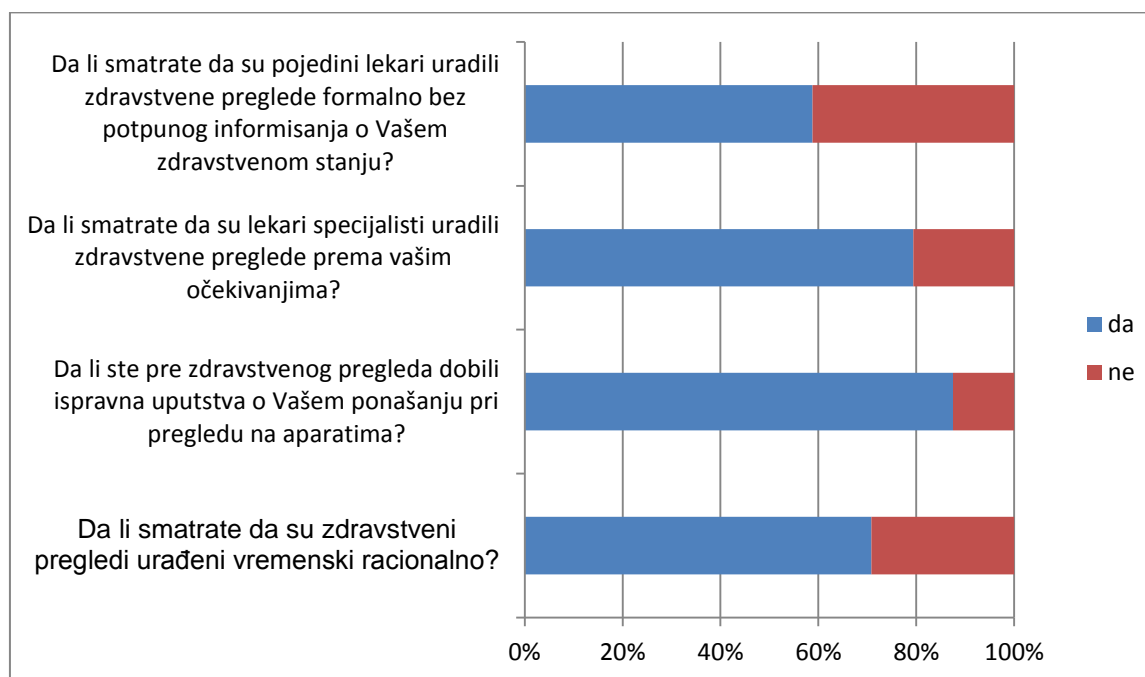


Tabela 50 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 4: *ocena kvaliteta aparata kojima je vršen zdravstveni pregled*

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li smatrate da Vam je usluga pružena adekvatnom medicinskom opremom?	126	79,2	33	20,8	159	100
Da li je u toku pregleda dolazilo do zastoja u radu medicinskih aparata?	43	26,7	118	73,3	161	100
Da li smatrate da su aparati kojima ste pregledani zastareli?	96	60,0	64	40,0	160	100
Da li smatrate da je medicinsko osoblje koje je vršilo pregled aparatima stručno osposobljeno?	147	91,3	14	8,7	161	100

Grafik 12 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 4

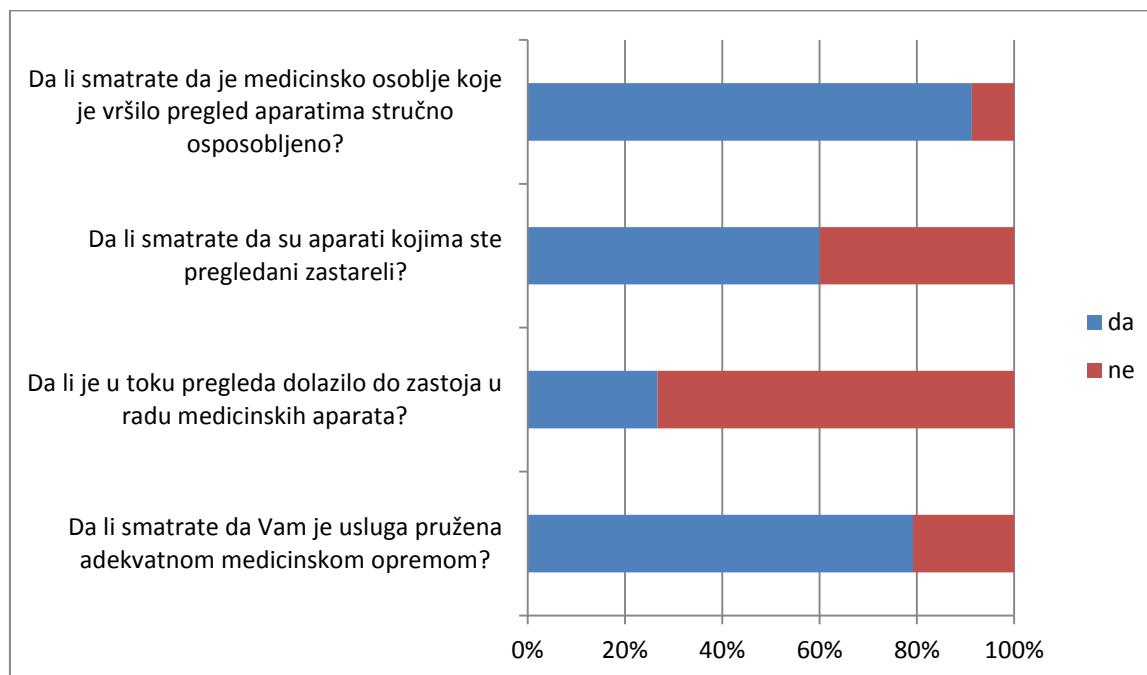


Tabela 51 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 5: *ocena prijema i odnosa zaposlenih u Domu zdravlja prema pacijentu*

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je osoblje prema Vama ljubazno?	152	95,0	8	5,0	160	100
Da li su Vam pružili jasne i tačne informacije?	132	82,5	28	17,5	160	100
Ako ste imali usmene pritužbe ili sugestije, da li je osoblje reagovalo u skladu sa Vašim očekivanjima?	123	78,8	33	21,2	156	100
Da li ste imali neku neprijatnost u kontaktu sa osobljem?	44	27,7	115	72,3	159	100

Grafik 13 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 5

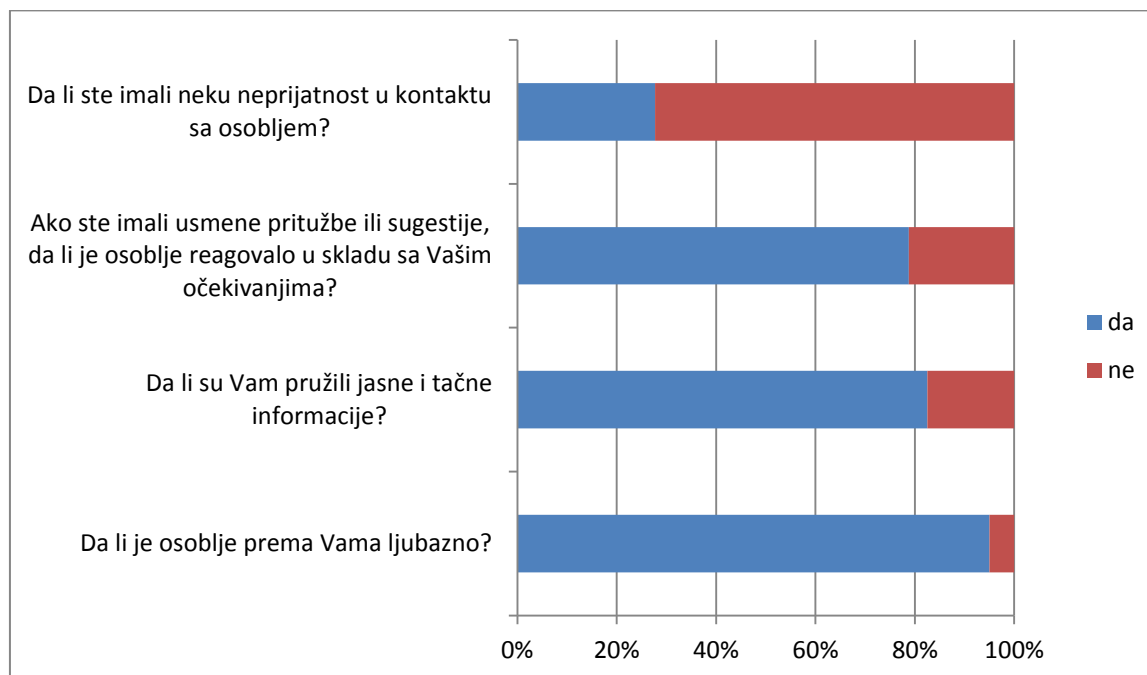
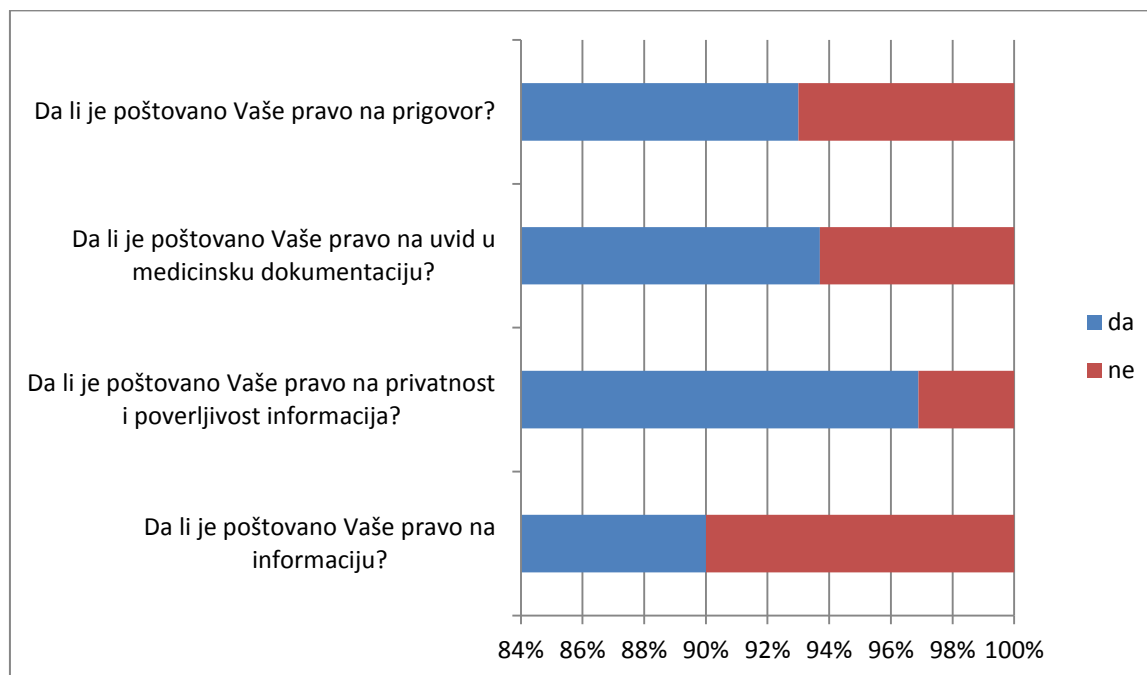


Tabela 52 – Raspodela odgovora na pitanja iz elementa 6: *ocena poštovanja prava pacijenta*

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je poštovano Vaše pravo na informaciju?	144	90,0	16	10,0	160	100
Da li je poštovano Vaše pravo na privatnost i poverljivost informacija?	154	96,9	5	3,1	159	100
Da li je poštovano Vaše pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju?	149	93,7	10	6,3	159	100
Da li je poštovano Vaše pravo na prigovor?	146	93,0	11	7,0	157	100

Grafik 14 – Raspodela odgovora korisnika u procentima na pitanja iz elementa 6



6.3. Poređenje zadovoljstva korisnika iz DZ „Palilula“ sa zadovoljstvom korisnika iz DZ „Voždovac“

Element 1: *Ocena dužine čekanja na prijem*

Tabela 53 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 1

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li su zdravstveni radnici počeli sa radom u 7h?	73	76,8	22	23,2	95	100
Da li smatrate da ste čekali na prijem duže nego što je bilo neophodno?	40	41,7	56	58,3	96	100
Da li smatrate da ima dovoljno medicinskih tehničara na prijemu?	69	71,9	27	28,1	96	100
Da li smatrate da je duže čekanje na prijemu zbog loše organizacije posla?	33	34,7	62	65,3	95	100

Tabela 54 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 1

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li su zdravstveni radnici počeli sa radom u 7h?	58	87,9	8	12,1	66	100
Da li smatrate da ste čekali na prijem duže nego što je bilo neophodno?	20	30,3	46	69,7	66	100
Da li smatrate da ima dovoljno medicinskih tehničara na prijemu?	47	71,2	19	28,8	66	100
Da li smatrate da je duže čekanje na prijemu zbog loše organizacije posla?	20	31,3	44	68,7	64	100

Veći procenat korisnika zdravstvenih usluga izjavio je da su radnici u DZ Voždovac počeli sa radom u 7h (čak 87,9%). S druge strane, više korisnika zdravstvenih usluga u DZ Palilula izjavilo je da je čekalo na prijem duže nego što je neophodno (41,7%, naspram 30,3% u DZ Voždovac). Većina ispitanika u obe zdravstvene ustanove – preko 2/3 – smatra da na prijemu ima dovoljno medicinskih tehničara, dok oko trećine anketiranih smatra da je uzrok dužeg čekanja na prijemu loša organizacija posla.

Element 2: *Ocena odnosa lekara specijaliste prema pacijentu pri pregledu*

Tabela 55 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 2

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je lekar prema Vama bio ljubazan?	91	94,8	5	5,2	96	100
Da li je lekar savesno i detaljno obavio zdravstveni pregled?	87	90,6	9	9,4	96	100
Da li lekar daje jasna objašnjenja o bolestima i lekovima koje prepisuje pacijentu?	70	72,9	26	27,1	96	100
Da li je lekar odvojio dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom?	54	56,8	41	43,2	95	100

Tabela 56 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 2

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je lekar prema Vama bio ljubazan?	62	93,9	4	6,1	66	100
Da li je lekar savesno i detaljno obavio zdravstveni pregled?	63	95,5	3	4,5	66	100
Da li lekar daje jasna objašnjenja o bolestima i lekovima koje prepisuje pacijentu?	55	83,3	11	16,7	66	100
Da li je lekar odvojio dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom?	49	74,2	17	25,8	66	100

Korisnici zdravstvenih usluga u obe zdravstvene ustanove smatraju da su lekari bili ljubazni (oko 94%), kao i da su savesno i detaljno obavili zdravstveni pregled (oko 90% ispitanih u DZ Palilula, naspram oko 95% ispitanih u DZ Voždovac). Preko 4/5 (83,3%) anketiranih u DZ Voždovac smatra da lekar daje jasna objašnjenja o bolestima i lekovima koje prepisuje, dok to isto misli oko 73% anketiranih u DZ Palilula. Korisnici zdravstvenih usluga u DZ Voždovac zadovoljniji su vremenom koje su im lekari posvetili: oko 75% korisnika u DZ Voždovac smatra da je lekar odvojio dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom, dok isto misli tek 57% korisnika u DZ Palilula.

Element 3: *Ocena kvaliteta zdravstvenog pregleda*

Tabela 57 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 3

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li smatrate da su zdravstveni pregledi urađeni vremenski racionalno?	68	71,6	27	28,1	95	100
Da li ste pre zdravstvenog pregleda dobili ispravna uputstva o Vašem ponašanju pri pregledu na aparatima?	83	88,3	11	11,7	94	100
Da li smatrate da su lekari specijalisti uradili zdravstvene preglede prema vašim očekivanjima?	75	78,9	20	21,1	95	100
Da li smatrate da su pojedini lekari uradili zdravstvene preglede formalno bez potpunog informisanja o Vašem zdravstvenom stanju?	61	64,9	33	35,1	94	100

Tabela 58 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 3

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li smatrate da su zdravstveni pregledi urađeni vremenski racionalno?	46	69,7	20	30,3	66	100
Da li ste pre zdravstvenog pregleda dobili ispravna uputstva o Vašem ponašanju pri pregledu na aparatima?	57	86,4	9	13,6	66	100
Da li smatrate da su lekari specijalisti uradili zdravstvene preglede prema vašim očekivanjima?	52	80,0	13	20,0	65	100
Da li smatrate da su pojedini lekari uradili zdravstvene preglede formalno bez potpunog informisanja o Vašem zdravstvenom stanju?	33	50,0	33	50,0	66	100

Što se tiče kvaliteta zdravstvenog pregleda, korisnici zdravstvenih usluga u obe ustanove odgovaraju relativno slično: oko 70% anketiranih smatra da su pregledi urađeni vremenski racionalno, skoro 90% smatra da su dobili ispravna uputstva o ponašanju pri pregledu aparatima, a u oko 80% lekari specijalisti su ispunili očekivanja pacijenata u vezi zdravstvenog pregleda. Postoji razlika u opaženom načinu obavljanja zdravstvenog pregleda: 2/3 anketiranih u DZ Palilula smatra da su lekari formalno uradili zdravstvene preglede, bez potpunog informisanja o zdravstvenom stanju pacijenta, dok tako misli oko 50% anketiranih u DZ Voždovac.

Element 4: *Ocena kvaliteta aparata kojima je vršen zdravstveni pregled*

Tabela 59 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 4

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li smatrate da Vam je usluga pružena adekvatnom medicinskom opremom?	69	73,4	25	26,6	94	100
Da li je u toku pregleda dolazilo do zastoja u radu medicinskih aparata?	33	34,7	62	65,3	95	100
Da li smatrate da su aparati kojima ste pregledani zastareli?	64	67,4	31	32,6	95	100
Da li smatrate da je medicinsko osoblje koje je vršilo pregled aparatima stručno osposobljeno?	84	88,4	11	11,6	95	100

Tabela 60 - Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 4

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li smatrate da Vam je usluga pružena adekvatnom medicinskom opremom?	57	87,7	8	12,3	65	100
Da li je u toku pregleda dolazilo do zastoja u radu medicinskih aparata?	10	15,2	56	84,8	66	100
Da li smatrate da su aparati kojima ste pregledani zastareli?	32	49,2	33	50,8	65	100
Da li smatrate da je medicinsko osoblje koje je vršilo pregled aparatima stručno osposobljeno?	63	95,5	3	4,5	66	100

Korisnici zdravstvenih usluga u DZ Voždovac imaju bolje mišljenje o kvalitetu opreme kojom je izvršen zdravstveni pregled. Naime, skoro 90% korisnika u DZ Voždovac smatra da je medicinska oprema kojom im je pružena zdravstvena usluga adekvatna, naspram oko 73% korisnika u DZ Palilula. Takođe, tek 15% korisnika u DZ Voždovac izveštava o zastoju u radu medicinskih aparata, za razliku od korisnika u DZ Palilula, gde je taj broj dvostruko veći (oko 35%). 2/3 korisnika u DZ Palilula smatra da su aparati kojima su pregledani zastareli, dok tako misli nešto ispod polovine ispitanih u DZ Voždovac. Velika većina anketiranih korisnika u oba DZ ocenjuju da je osoblje koje rukuje aparatima stručno osposobljeno, ali je taj broj ipak nešto viši u DZ Voždovac – preko 95%.

Element 5: *Ocena prijema i odnosa zaposlenih u Domu zdravlja prema pacijentu*

Tabela 61 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 5

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je osoblje prema Vama ljubazno?	90	95,7	4	4,3	94	100
Da li su Vam pružili jasne i tačne informacije?	75	79,8	19	20,2	94	100
Ako ste imali usmene pritužbe ili sugestije, da li je osoblje reagovalo u skladu sa Vašim očekivanjima?	72	76,6	22	23,4	94	100
Da li ste imali neku neprijatnost u kontaktu sa osobljem?	31	33,0	63	67,0	94	100

Tabela 62 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 5

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je osoblje prema Vama ljubazno?	62	93,9	4	6,1	66	100
Da li su Vam pružili jasne i tačne informacije?	57	86,4	9	13,6	66	100
Ako ste imali usmene pritužbe ili sugestije, da li je osoblje reagovalo u skladu sa Vašim očekivanjima?	51	82,3	11	17,7	62	100
Da li ste imali neku neprijatnost u kontaktu sa osobljem?	13	20,0	52	80,0	65	100

Oko 95% korisnika u obe ustanove izveštava da je osoblje prema njima bilo ljubazno. Međutim, na osnovu nešto većeg procenta korisnika u DZ Voždovac koji smatraju da im je osoblje pružilo jasne i tačne informacije (oko 86%, naspram oko 80% u DZ Palilula) i da je reagovalo u skladu sa njihovim očekivanjima u slučaju postojanja usmenih pritužbi ili sugestija (oko 82%, naspram oko 77% u DZ Palilula), kao i na osnovu činjenice da veći procenat korisnika u DZ Palilula izveštava o postojanju neke neprijatnosti u kontaktu sa osobljem (33%, naspram 20% u DZ Voždovac), može se pretpostaviti da je prijem i odnos zaposlenih prema pacijentima nešto bolji u DZ Voždovac.

Element 6: *Ocena poštovanja prava pacijenta*

Tabela 63 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Palilula“ na pitanja iz elementa 6

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je poštovano Vaše pravo na informaciju?	86	90,5	9	9,5	95	100
Da li je poštovano Vaše pravo na privatnost i poverljivost informacija?	90	94,7	5	5,3	95	100
Da li je poštovano Vaše pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju?	89	93,7	6	6,3	95	100
Da li je poštovano Vaše pravo na prigovor?	87	91,6	8	8,4	95	100

Tabela 64 – Raspodela odgovora korisnika iz DZ „Voždovac“ na pitanja iz elementa 6

Pitanje	Da	%	Ne	%	Ukupno	%
Da li je poštovano Vaše pravo na informaciju?	58	89,2	7	10,8	65	100
Da li je poštovano Vaše pravo na privatnost i poverljivost informacija?	64	97,0	2	3,0	66	100
Da li je poštovano Vaše pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju?	60	93,7	4	6,3	64	100
Da li je poštovano Vaše pravo na prigovor?	59	95,2	3	4,8	62	100

Anketirani korisnici zdravstvenih usluga ocenjuju da su njihova prava pacijenta poštovana. Oko 90% ispitanih u oba DZ smatra da je poštovano njihovo pravo na informaciju, oko 95% anketiranih smatra da je poštovano pravo na privatnost i poverljivost informacija, kao i pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju, dok preko 90% korisnika smatra da je poštovano njihovo pravo na prigovor (oko 92% u DZ Palilula, i oko 95% u DZ Voždovac).

6.4. Profesionalno zadovoljstvo zaposlenih

Pored ocene zadovoljstva za svaki pojedinačni elemenat, izračunat je i prosečni skor svih elemenata koji govori o ukupnom zadovoljstvu zdravstvenih radnika.

Tabela 65 - Zadovoljstvo zdravstvenih radnika u DZ „Palilula“ i DZ „Voždovac“ - deskriptivna statistika

		Aritmetička sredina	Standardna devijacija
EL1: Adekvatnost opreme za rad	Palilula	2.91	1.007
	Voždovac	2.97	0.901
EL2: Međuljudski odnosi	Palilula	3.83	0.787
	Voždovac	3.38	0.963
EL3: Timski rad	Palilula	3.91	0.778
	Voždovac	3.60	0.806
EL4: Mogućnosti za kontinuiranu edukaciju	Palilula	3.83	0.588
	Voždovac	3.31	1.074
EL5: Profesionalni razvoj	Palilula	3.54	0.658
	Voždovac	3.20	0.987
EL6: Zarada	Palilula	2.03	1.038
	Voždovac	2.17	1.193
EL7: Podrška pretpostavljenih	Palilula	3.67	0.836
	Voždovac	3.08	0.989
EL8: Evaluacija rada od strane rukovodilaca	Palilula	3.59	0.737
	Voždovac	3.20	0.905
EL9: Zadovoljstvo poslom	Palilula	3.71	0.848
	Voždovac	3.45	0.830
UKUPNO ZADOVOLJSTVO	Palilula	3.43	0.573
	Voždovac	3.15	0.728

Osenčeni su elementi kod kojih postoji statistički značajna razlika, čiji su parametri prikazani u tabeli 31.

Poređenje zadovoljstva zaposlenih s obzirom na dom zdravlja, uz pomoć t-testa

Tabela 66 – Razlike u pogledu zadovoljstva zdravstvenih radnika s obzirom na dom zdravlja

	t-test
EL2: Međuljudski odnosi	(t = 3.067; df = 120.715; p = 0.003) ¹⁶¹
EL3: Timski rad	(t = 2.406; df = 152; p = 0.017)
EL4: Mogućnosti za kontinuiranu edukaciju	(t = 2.392; df = 91.918; p = 0.001) ¹⁶²
EL5: Profesionalni razvoj	(t = 2.407; df = 104,279; p = 0.018) ¹⁶³
EL7: Podrška pretpostavljenih	(t = 4.050; df = 152; p = 0.000)
EL8: Evaluacija rada od strane rukovodilaca	(t = 2.942; df = 151; p = 0.004)
UKUPNO ZADOVOLJSTVO	(t = 2.610; df = 117.441; p = 0.010) ¹⁶⁴

Rezultati pokazuju da statistički značajne razlike postoje u pogledu međuljudskih odnosa, timskog rada, mogućnosti za kontinuiranu edukaciju, profesionalnog razvoja, podrške pretpostavljenih i evaluacije rada od strane rukovodilaca i da su u pogledu svih ovih pokazatelja zadovoljniji zdravstveni radnici u Domu zdravlja „Palilula“.

6.5. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga

Odgovori na pitanja iz upitnika o zadovoljstvu korisnika zdravstvenih usluga su rekodovani (NE = 1, DA = 2). Zatim su rekodovane inverzne stavke (1.2¹⁶⁵, 1.4¹⁶⁶, 3.4¹⁶⁷, 4.2¹⁶⁸, 4.3¹⁶⁹, 5.4¹⁷⁰), tako da veći skor (2) odražava veće zadovoljstvo korisnika.

¹⁶¹ Leveneov test homogenosti varijanse: F = 9.722; p = 0.002

¹⁶² Leveneov test homogenosti varijanse: F = 29.585; p = 0.000

¹⁶³ Leveneov test homogenosti varijanse: F = 8.378; p = 0.004

¹⁶⁴ Leveneov test homogenosti varijanse: F = 7.836; p = 0.006

¹⁶⁵ Da li smatrate da ste čekali na prijem duže nego što je bilo neophodno?

¹⁶⁶ Da li smatrate da je duže čekanje na prijemu zbog loše organizacije posla?

¹⁶⁷ Da li smatrate da su pojedini lekari uradili zdravstvene preglede formalno bez potpunog informisanja o Vašem zdravstvenom stanju?

¹⁶⁸ Da li je u toku pregleda dolazilo do zastoja u radu medicinskih aparata?

¹⁶⁹ Da li smatrate da su aparati kojima ste pregledani zastareli?

¹⁷⁰ Da li ste doživeli neku neprijatnost u kontaktu sa osobljem ?

Izračunat je skor za svaki elemenat (kao prosečna vrednost 4 pitanja koja čine taj elemenat, kao i ukupni prosečni skor, koji govori o ukupnom zadovoljstvu korisnika zdravstvenih usluga (kao prosečna vrednost svih 6 elemenata).

Tabela 67 - Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga – deskriptivna statistika

		Aritmetička sredina	Standardna devijacija
EL1: Dužina čekanja na prijem	Palilula	1,68	0,257
	Voždovac	1,75	0,254
EL2: Odnos prema korisniku pri pregledu kod lekara specijaliste	Palilula	1,79	0,275
	Voždovac	1,87	0,260
EL3: Kvalitet zdravstvenog pregleda	Palilula	1,68	0,264
	Voždovac	1,72	0,334
EL4: Kvalitet aparata kojima je izvršen zdravstveni pregled	Palilula	1,65	0,240
	Voždovac	1,80	0,241
EL5: Prijem i odnos zaposlenih u Domu zdravlja prema korisniku	Palilula	1,80	0,255
	Voždovac	1,86	0,229
EL6: Poštovanje korisnikovih prava kao pacijenta	Palilula	1,93	0,218
	Voždovac	1,95	0,162
UKUPNO ZADOVOLJSTVO	Palilula	1,75	0,163
	Voždovac	1,82	0,187

Osenčeni su elementi kod kojih postoji statistički značajna razlika, čiji su parametri prikazani u nastavku.

Poređenje zadovoljstva korisnika s obzirom na dom zdravlja, uz pomoć t-testa za nezavisne uzorke.

Rezultati pokazuju da statistički značajne razlike postoje za Elemenat 4: *Kvalitet aparata kojima je izvršen zdravstveni pregled* ($t = -3.835$, $df = 159$, $p = 0.000$) i da su korisnici zdravstvenih usluga u Domu zdravlja „Voždovac“ zadovoljniji kvalitetom aparata. Kada su u pitanju ostali elementi, statistički značajne razlike u zadovoljstvu korisnika ne postoje.

Utvrđena je i statistički značajna razlika u pogledu *ukupnog zadovoljstva korisnika* ($t = -2.432$; $df = 150$; $p = 0.017$) – korisnici Doma zdravlja „Voždovac“ su, ukupno gledano, zadovoljniji pruženim zdravstvenim uslugama.

Provereno je postoje li razlike i u pogledu pojedinačnih stavki koje čine elemente i dobijeno je da razlike postoje samo za 4 stavke (od kojih tri spadaju u Elementat 4, a jedna u Elementat 2). U sva četiri slučaja, zadovoljniji su korisnici Doma zdravlja „Voždovac“.

Tabela 68 – Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga (pojedinačne stavke) - deskriptivna statistika

		Aritmetička sredina	Standardna devijacija
Da li je lekar odvojio dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom? (EL 2)	Palilula	1,57	0,498
	Voždovac	1,74	0,441
Da li smatrate da Vam je usluga pružena adekvatnom medicinskom opremom? (EL 4)	Palilula	1,73	0,444
	Voždovac	1,88	0,331
Da li je u toku pregleda dolazilo do zastoja u radu medicinskih aparata? ¹⁷¹ (EL 4)	Palilula	1,65	0,479
	Voždovac	1,85	0,361
Da li smatrate da su aparati kojima ste pregledani zastareli? ¹⁷² (EL 4)	Palilula	1,33	0,471
	Voždovac	1,51	0,504

Tabela 69 – Razlike u pogledu zadovoljstva korisnika s obzirom na dom zdravlja (pojedinačne stavke)

		t-test
Da li je lekar odvojio dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom? (EL 2)	Palilula	(t = - 2.335; df = 149,902; p = 0.021) ¹⁷³
	Voždovac	
Da li smatrate da Vam je usluga pružena adekvatnom medicinskom opremom? (EL 4)	Palilula	(t = - 2.322; df = 156,075; p = 0.022) ¹⁷⁴
	Voždovac	
Da li je u toku pregleda dolazilo do zastoja u radu medicinskih aparata? (EL 4)	Palilula	(t = - 2.956; df = 157,860; p = 0.004) ¹⁷⁵
	Voždovac	
Da li smatrate da su aparati kojima ste pregledani zastareli? (EL 4)	Palilula	(t = - 2.295; df = 131,496; p = 0.023) ¹⁷⁶
	Voždovac	

¹⁷¹ Inverzna stavka

¹⁷² Inverzna stavka

¹⁷³ Leveneov test homogenosti varijanse: F = 21.291; p = 0.000

¹⁷⁴ Leveneov test homogenosti varijanse: F = 22.966; p = 0.000

¹⁷⁵ Leveneov test homogenosti varijanse: F = 38.929; p = 0.000

¹⁷⁶ Leveneov test homogenosti varijanse: F = 8.760; p = 0.004

6.6. Sumiranje rezultata istraživanja

Na osnovu dobijenih rezultata, može se zaključiti da su zaposleni u Domu zdravlja „Palilula“ zadovoljniji od zaposlenih u Domu zdravlja „Voždovac“ u pogledu većine pokazatelja (međuljudski odnosi, timski rad, mogućnosti za kontinuiranu edukaciju, profesionalni razvoj, podrška pretpostavljenih, evaluacija rada), a da razlika u zadovoljstvu među korisnicima između ova dva Doma zdravlja ne postoji osim u pogledu zadovoljstva kvalitetom aparata.

Tabela 70 – Rezime rezultata poređenja zaposlenih i korisnika iz dva Doma zdravlja

ZAPOSLENI		KORISNICI	
Adekvatnost opreme za rad	Nema razlika	Dužina čekanja	Nema razlika
Međuljudski odnosi	Palilula (0.003)**	Odnos kod lekara spec	Nema razlika
Timski rad	Palilula (0.0017)*	Kvalitet pregleda	Nema razlika
Mogućnosti za kontinuiranu edukaciju	Palilula (0.001)**	Kvalitet aparata	Voždovac (0.000)**
Profesionalni razvoj	Palulula (0.018)*	Prijem i odnos zaposlenih	Nema razlika
Zarada	Nema razlika	Poštovanje prava	Nema razlika
Podrška pretpostavljenih	Palilula (0.000)**		
Evaluacija rada	Palulula (0.004)**		
Zadovoljstvo poslom	Nema razlika		
UKUPNO ZADOVOLJSTVO	Palilula (0.010)**	UKUPNO ZADOVOLJSTVO	Voždovac (0.017)*

*statistički značajno na nivou 0,05

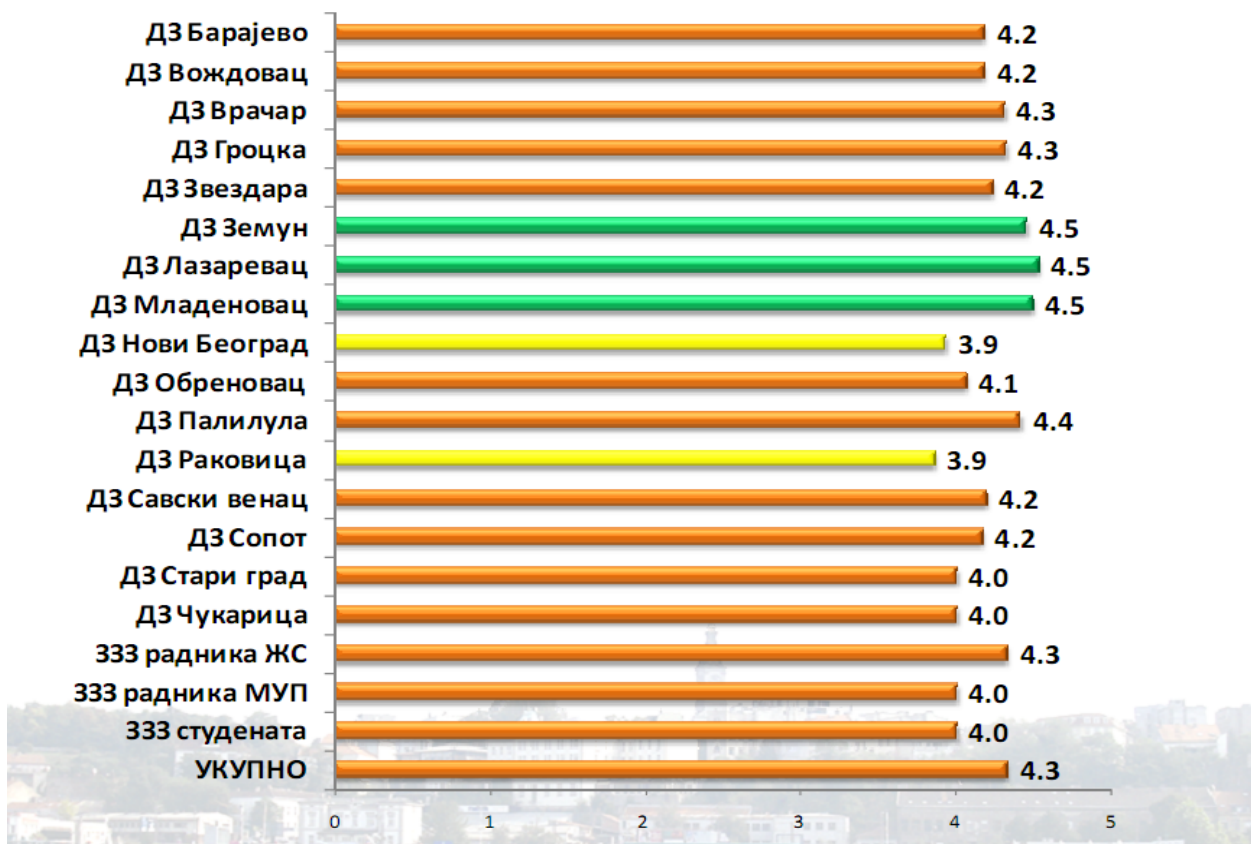
** statistički značajno na nivou 0,01

Generalni zaključak ovog istraživanja je da zdravstveni sistem Srbije u ovako teškom i turbulentnom vremenu finansijske, političke i ekonomske krize uspešno odgovara na postavljene zahteve, barem u delu koji je teretiran u ovom istraživanju, a to je primarna zdravstvena zaštita.

Bezobzirne špekulacije o lošem kvalitetu usluge u domovima zdravlja nisu potvrđene, jer su korisnici zdravstvenih usluga u oba doma zdravlja pokazali zadovoljstvo u većini ispitivanih kategorija. Takođe je dokazano i zadovoljstvo poslom kod ispitanih zdravstvenih radnika.

Kvalitet u oba doma zdravlja je merljiv preko kvalitata pružene zdravstvene usluge koja je u ovom istraživanju izmerena zadovoljstvom i pružaoca i primaoca iste.

Просечна оцена задовољства радом по установама

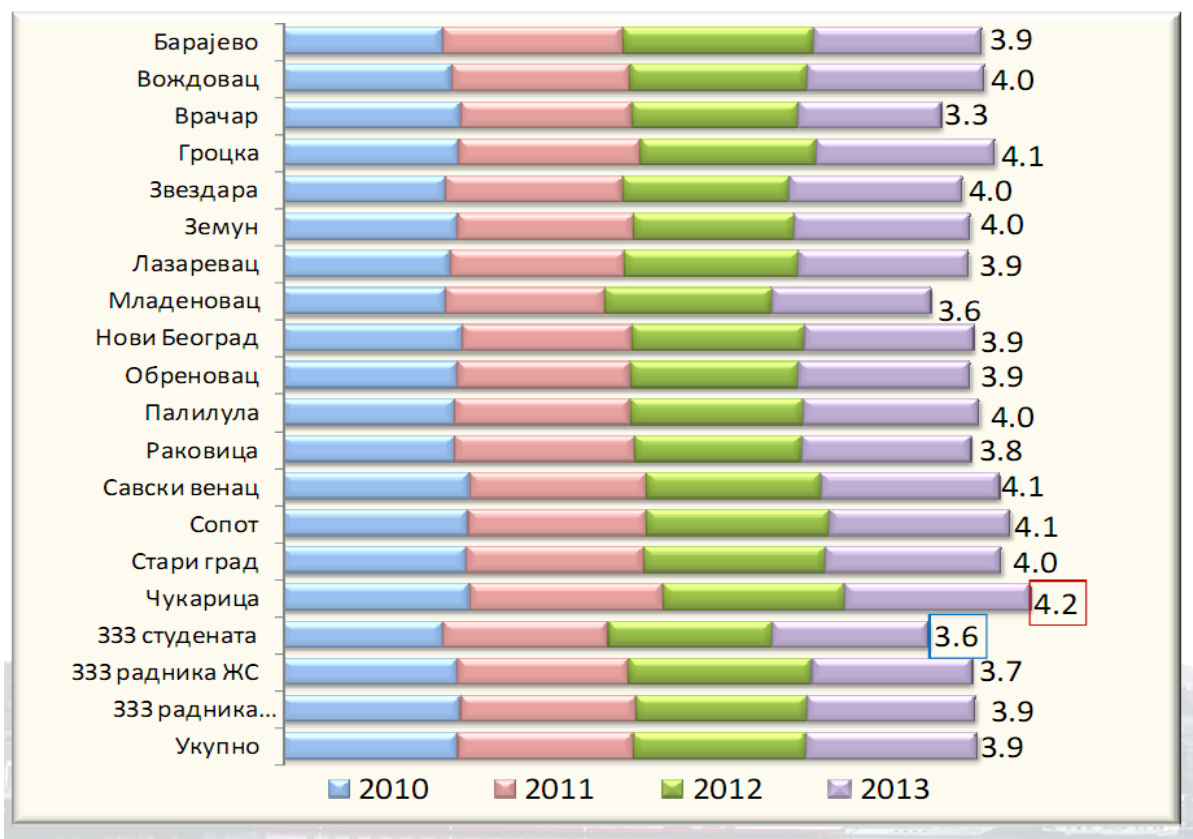


Slika br.17: Prosečna oceana zadovoljstva radom po ustanovama PZZ

Izvor: <http://www.dzpalilula.org.rs/>

U tabeli “Prosečna oceana zadovoljstva radom po ustanovama”, prikazano je zadovoljstvo poslom, zaposlenih u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u Beogradu, koje je istražio Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”, iz koje se može zaključiti da su zdravstveni radnici pokazali zadovoljstvo poslom koji obavljaju, bez obzira na otežane uslove u kojima obavljaju svoju delatnost (Slika br.17).

Просечна оцена задовољства корисника



Slika br. 18: Prosečna oceana zadovoljstva korisnika u Domovima zdravlja

Izvor: <http://www.dzpalilula.org.rs/>

6.7. Potvrde hipoteza

U istraživanju o zadovoljstvu korisnika zdravstvenih usluga i zaposlenih zdravstvenih radnika u domovima zdravlja Voždovac i Palilula, kao i u tabeli “Prosečna ocena zadovoljstva korisnika” (Slika br.18), se potvrđuje gore izneta konstatacija da su korisnici zdravstvenih usluga generalno zadovoljni kvalitetom zdravstvene usluge, primljene u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, čime se potvrđuje da u uslovima ekonomske krize i finansijskog deficita, nedostatka sredstava za zdravstvo, smanjenog broja zdravstvenih kadrova, dobra organizacija posla i primena principa i procedura savremenog menadžmenta dovode do optimalnog i zadovoljavajućeg funkcionisanja zdravstvenog sistema Srbije na primarnom nivou.

Dobijeni rezultati istraživanja *potvrđuju Generalnu hipotezu 0.*, da poštovanje principa

savremenog menadžmenta i njegova primena u ustanovama primarne zdravstvene zaštite smanjuje nezadovoljstvo kako davalaca tako i korisnika zdravstvenih usluga i uspešno nadomešćuje i kompenzuje nedostatak adekvatne aparature ili zastarele tehnologije za preventivnu dijagnostiku, kao neophodnih sredstava za rad. Nova tehnologija rada i menadžmenta omogućila je nov način (sistem) poslovanja čime se ubrzavaju i pojednostavljaju procesi rada i komunikacije između svih učesnika u sistemu zdravstvene zaštite, dok se primenom ZISA (zdravstvenig informacionog sistema) značajno štede vreme i finansije (smanjenjuju se troškovi) u poslovanju.

Mnogobrojni kritički nastrojeni korisnici zdravstvenih usluga bi ukazali na mnoge nedostatke u funkcionisanju zdravstva, koji su evidentni, ali se generalno funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite na primarnom nivou mora sagledati sveobuhvatno, uzimajući u obzir i smanjenje broja zaposlenih u svim privrednim i ekonomskim subjektima u Srbiji, što dovodi do daleko manjeg priliva finansijskih sredstava u fond zdravstvene zaštite, kao i to da jedan broj poslodavaca uopšte ne uplaćuje doprinose zaposlenima u svojim firmama, pa čak i u pojedinim javnim preduzećima, čiji je osnivač država. U najvećem broju slučajeva, gde je vlasnik, odnosno poslodavac privatnik sredstva se uplaćuju na minimalnu zaradu.

Takođe je značajno naglasiti da je zbog pokušaja uštede u zdravstvenom sistemu Srbije broj zaposlenih zdravstvenih radnika potpuno neodgovarajući broju stanovnika kojem se pruža usluga ovog sistema, sagledano prema standardima u zdravstvenim sistemima u Evropi i civilizovanim svetskim zemljama. Kao primer na kome bi se ovo moglo predstaviti je da u većini evropskih zemalja, prema standardizaciji kvaliteta usluge u zdravstvenoj delatnosti, na jednog šlogiranog pacijenta (cerebrovaskularni insult, moždani udar), smeštenog na klinici, dolazi četiri medicinske sestre (medicinska tehničara),¹⁷⁷ a na odeljenjima u zdravstvenim ustanovama u Srbiji, viđeno je u praksi da na pedeset pacijenata dolazi dve do tri medicinske sestre.

Sagledavajući ovako katastrofalno stanje resursa u zdravstvu Srbije mora se zaključiti da ono funkcioniše i preko granice svojih mogućnosti. Jasno je da se veliki deo tereta prevaljuje i na same korisnike usluga, time što se deo sredstava koje su ranije (dok je privreda i ekonomija zemlje funkcionisala u optimalnim uslovima) pokrivena od strane fonda za zdravstveno osiguranje sada pali na teret pacijentima, tako što se mnogobrojna medicinsko-tehnička pomagala

¹⁷⁷ www.webmedicina.org., datum pristupa 18.06.2014. god.

moraju doplaćivati ili čak kupiti u celosti od strane pacijenta. Takođe je registar lekova, čija se cena koštanja pokriva od strane fonda za zdravstveno osiguranje, sveden na veoma mali broj lekova i medicinsko-tehničkih sredstava i pomagala, pa se na preporuku lekara veći broj potrebnih lekovitih supstanci, sredstava i pomagala moraju lično kupovati.

Potrebno je reći da plate zdravstvenih radnika, koje su neadekvatne i male, prema odgovornosti i težini posla koji zaposleni u zdravstvu obavljaju, ne da se ne povećavaju već se različitim porezima i uredbama smanjuju, što izaziva duboko nezadovoljstvo zaposlenih u zdravstvu.

Sve gore navedeno izaziva veliki revolt stanovnika Srbije, naviklih na visok kvalitet zdravstvene usluge i potpuno besplatnu zdravstvenu zaštitu, koja je u ovakvim uslovima poslovanja ne ostvariva i nerealna, što postavlja zdravstvene radnike i ceo zdravstveni sistem pred veliki izazov i pod lupu nacije, pa se veliki entuzijazam, uspešna organizacija i funkcionisanje u datim uslovima (lošim) ne doživljavaju kao pozitivno i dobro.

Shodno tome se može zaključiti da je bilo potrebno uložiti veliki napor i koristiti organizacione sposobnosti, znanja i veštine od strane menadžmenta ova dva doma zdravlja u kojima je vršeno istraživanje, da bi sa ovakvim resursima postigli zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga i zaposlenih u ovim ustanovama. Time je veći značaj potvrde generalne hipoteze ovog rada i ukazivanje na potrebu unapređenja, usavršavanja i primene metoda i tehnika savremenog menadžmenta u ostalim ustanovama zdravstvenog sistema Srbije.

Hipoteza pomoćna 1., koja kaže da na kvalitet pružene zdravstvene usluge značajno utiče primena sistema savremenog menadžmenta, standardizacija rada sa pacijentima, dobra komunikacija, ljubaznost zdravstvenih radnika i timski rad, kao presudna osnova za dobru organizaciju posla i kvalitet pružene zdravstvene usluge **je potvrđena**, što ukazuje značaju razvoja komunikacije i dobre saradnje između zdravstvenih radnika, kao i organizovanje u timove koji će uspešno savladavati teške profesionalne i ljudske zadatke i izazove. Na osećaj zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga, primljenom uslugom, značajno utiče odnos ljubaznosti zdravstvenih radnika prema pacijentima (korisnicima), jer se takvim ophođenjem pokazuje briga i želja za pozitivnim rešenjem zdravstvenog problema, što na bolešću kompromitovanog čoveka ima izuzetno pozitivan efekat, kako na psihičko tako i na njegovo fizičko zdravlje, stavljajući akcenat na komunikaciju koju je neophodno posebno izučavati, njome se baviti i podizati na najviši mogući nivo u organizacionoj kulturi, jer se jedino tako može

izbeći nezadovoljstvo, a kvalitet usluge podići na značajan nivo, što se u istraživanju dokazalo.

Hipoteza pomoćna 2., kaže da menadžeri zdravstvenih ustanova imaju pozitivan stav prema unapređenju kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga ka pacijentima, prema kontinuiranoj medicinskoj edukaciji (usavršavanju) i podizanju kvaliteta i stručnosti u radu zdravstvenih radnika koji bitno utiču na pružanje kvalitetne usluge korisnicima zdravstvenih usluga (pacijentima), što je u istraživanju **potvrđeno**, a hipoteza **dokazana** i ključni je faktor za kvalitetno funkcionisanje i iskazano zadovoljstvo primljenom uslugom od strane korisnika zdravstvenih usluga.

Kontinuirana medicinska edukacija, kao i konstantna stručna usavršavanja i praćenje naučno-istraživačkih i medicinskih dostignuća u ranom otkrivanju bolesti, uspešnoj dijagnostici i lečenju najkvalitetnijim medicinskim preparatima je jedini mogući put ka postizanju kvaliteta u zdravstvu, preventivi oboljevanja, uspešnom lečenju i podizanju zdravlja ljudi. Nedostatak najsavremenijih dijagnostičkih aparata i sredstava se može kompenzovati jedino vrsnim stručnim i sposobnim zdravstvenim kadrovima koji svojim angažovanjem dovode do pozitivnog ishoda – izlečenja.

Hipoteza pomoćna 3., koja kaže da motivisanost zaposlenih zdravstvenih radnika, u smislu zarade koju ostvaruju, za posao koji obavljaju i mogućnost profesionalnog razvoja bitno utiču na odnos prema korisniku zdravstvene usluge, kao i kvalitet pružene usluge, **nije potvrđena**. Čak 74,7% zdravstvenih radnika je pokazalo nezadovoljstvo ostvarenom zaradom, a nasuprot tome 95,0 % korisnika zdravstvenih usluga je odgovorilo da je zadovoljno odnosom zdravstvenih radnika zaposlenih u domovima zdravlja što dokazuje da hipoteza **nije potvrđena**. Bez obzira na sva istraživanja u raznim sverama poslovanja, gde je motivacioni faktor zarade ključna komponenta uspešnog funkcionisanja organizacije, u ustanovama zdravstvenog sistema Srbije to nije slučaj, najverovatnije zbog specifičnosti uslužne delatnosti kao i empatije zdravstvenih radnika sa celokupnom težinom društvene, političke i ekonomske situacije u Srbiji. Mora se naglasiti da veći deo zdravstvenih radnika obavlja svoj posao sa zavidnim entuzijazmom i da su malobrojni oni zbog kojih su mediji neosnovano zdravstvenu profesiju stavili na stub srama.

7.PREDLOG IDEJNOG REŠENJA PRIMENE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DOMOVIMA ZDRAVLJA

Zdravstveni sistem se nalazi u samom vrhu prioriteta globalnih nacionalnih strategija i politika socijalnog, ekonomskog i tehnološkog razvoja svake zemlje. Zdravstveni menadžment teži da zadovolji i izbalansira interese svih učesnika u zdravstvenom sistemu, odnosno zdravstvenoj organizaciji: korisnika zdravstvene zaštite (pacijenata), zdravstvenih radnika, kao i zajednice, okoline u kojoj i jedni i drugi žive i rade.¹⁷⁸

Razvoj zdravstvenog sistema, svakodnevno privlači društvenu i profesionalnu pažnju javnosti, kroz sve elemente rukovođenja i upravljanja tim sistemom i elementima istog. Dosadašnje tradicionalno upravljanje organizacionim sistemima, za koji je bio karakterističan analitički pristup i interdisciplinarno rešavanje poslovnih problema, zamenjeno je principima savremenog menadžmenta koji se odlikuje sintetičkim pristupom i transdisciplinarnim rešavanjem poslovnih problema. Karakteristika uspešnosti današnjeg modela se ogleda u celovitosti pristupa ostvarenja definisanih zadataka bez nekadašnjih podela na medicinsku i nemedicinsku poslovnu sferu u poslovanju zdravstvene ustanove. Naravno da nije moguće uvođenje ovakvog pristupa preko noći. On zahteva da nosioci dispozitivnih aktivnosti s medicinskim obrazovanjem, u okviru postdiplomskih studija savladaju neophodna znanja iz oblasti menadžmenta i obratno, da nosioci dispozitivnih aktivnosti, s obrazovanjem iz oblasti menadžmenta, savladaju neophodna znanja iz oblasti razvoja, konstituisanja i funkcionisanja zdravstvenih sistema. Kad ovaj zadatak bude ostvaren, neće biti potrebe za diferenciranjem menadžmenta zdravstvenih ustanova na medicinski i nemedicinski.

Iskustvo pokazuje da pokušaj stroge podele kompetentnosti i odgovornosti u timskom radu uvek vodi do problema. Ovi problemi se ogledaju u profesionalnoj surevnjivosti, teškoćama u komunikaciji, kao i u velikom utrošku vremena u procesu donošenja odluka. Menadžeri, naročito menadžeri angažovani u zdravstvu moraju sagledavati i razumeti kompletne društvene, ekonomske, privredne i socijalne okolnosti i posedovati dar predviđanja budućih događaja. Svaka aktivnost i strategija u upravljanju sprovode se za bolje funkcionisanje i uspešniju poslovnu budućnosti ustanove. Odnos prema kome će menadžer usloviti svoje

¹⁷⁸ Mićović P., *Menadžment zdravstvenog sistema, Poglavlje 1. Definisanje menadžmenta i zdravstvenog menadžmenta*, Evropski centar za mir i razvoj Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija, Beograd, 2000, 6-20.

ponašanje u upravljanju ustanovom može biti vođena vrednostima iz prošlosti ili vizijama budućnosti, a pošto se odluke menadžmenta sprovode kroz uspostavljanje normativa (šta i kako uraditi) logično je da se bolji odjek očekuje iz orijentacije ka budućnosti nego prostom obnavljanje prošlosti. Menadžer koji nije u stanju da usmeri pogled u budućnost, uspeh može očekivati samo pukim sticajem okolnosti.

Osim što su lideri i vizionari, menadžeri zdravstvenih ustanova u svojim dnevnim aktivnostima moraju biti inovativni, fleksibilni, kao i u obavezi da respektuju znanje i iskustvo osoblja na svim nivoima zdravstvene ustanove, da unapređuju timski rad i komunikaciju između odeljenja i službi, da motivišu i nagrađuju timove i osoblje za kvalitetan rad.

Strategija poboljšanja kvaliteta ustanove i način njenog sprovođenja je ključna odluka koju mora postaviti menadžment zdravstvene ustanove, kao deo ukupnog strateškog planiranja.

Cilj koji se postavlja tom strategijom vodi promeni u načinu ponašanja i odnosa zaposlenih između sebe i ka organizaciji, postepenoj izgradnji unutrašnjeg - sistema podizanja kvaliteta poslovanja (pružanja zdravstvenih usluga) i kontrole kvaliteta, kao i boljem menadžmentu zdravstvenih usluga. Uspešno funkcionisanje zdravstvene ustanove (u ovom slučaju doma zdravlja) zavisi isključivo od kvaliteta rada i zadovoljstva pacijenata (kao provere postignutog kvaliteta), što menadžerskom timu ustanove garantuje uspešno poslovanje.

Važno je da menadžer zdravstvene ustanove poseduje veliko stručno i naučno iskustvo da bi mogao da prepozna i predvidi potencijalne probleme sa kojima se može susresti, kao i da projektuje viziju napredovanja ustanove u određenom smeru i izabranim oblastima, da prepozna neophodnosti i označi bitne promene u konkretnom radu da bi ustanova na najbolji mogući način odgovorila zahtevima koji su pred nju postavljeni, a to je kompetentno, pravovremeno, stručno i naučno pružanje medicinske zdravstvene nege, odnosno - što uspešnije leče.

Nepoznavanje stručnih oblasti, od strane menadžera zdravstvene ustanove vodi nemogućnosti identifikovanja neophodnih promena u određenim oblastima, označavanja šta je novo potrebno implemetirati, koje procese treba unaprediti, da bi se ustanova identifikovala kao visoko kvalitetna u pružanja usluga, a korisnici iskazali zadovoljstvo. Pažnju je potrebno usmeriti ka obezbeđenju najvišeg nivoa stručne usluge ka pacijentima, ka stalnoj edukaciji medicinskog osoblja, koja mora biti kvalitetna, stručna, naučna i kontinuirana i na kontrolu njihovog rada. Stalna edukacija i povećanje stručne kompetencije menadžmentskog tima je jedan od najvažnijih zadataka, jer samo naučno i stručno obrazovan tim može uspešno upravljati zdravstvenom

ustanovom. Ukoliko je generalni menadžer zdravstvene ustanove lekar, neophodno je da pored posla rukovođenja ustanovom, obavlja i svoju primarnu delatnost. To ne samo da je moguće, nego je i neophodno, da bi imali uvid u sve ono što se dešava u struci i da bi mogli da upravljaju sistemom na odgovarajući način (najmanje oko 30% svog radnog vremena je potrebno da bi menadžer, a pri tom zdravstveni stručnjak ostao na dovoljno visokom stručnom nivou).

Neophodno je odnegovati, u ustanovi, jednu potpuno novu generaciju lekara i medicinskih sestara kojima su odnos prema pacijentu i njegovo zadovoljstvo na prvom mestu. Važno je usaditi i podići ličnu odgovornost svakog zaposlenog ka uspehu i ka neuspehu, kao i razvijati osećaj odgovornosti u poslu koji obavlja i prema samoj ustanovi u kojoj radi i za sve što radi. Buđenje svesti zaposlenog ka ličnom doprinosu zajedničkom uspehu je verovatno i najteže postići u ovakvim uslovima poslovanja. Sistem vrednosti koji je potrebno uspostaviti, bilo da je reč o plati, ili poziciji koju neko zauzima u poslovnoj hijerarhiji, zavisice isključivo od doprinosa pojedinca zajedničkom uspehu same ustanove. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, ukoliko direktor zdravstvene ustanove ima visoku školsku spremu druge struke, zamenik ili pomoćnik direktora za zdravstvenu delatnost mora imati visoku školsku spremu zdravstvene struke. Trenutno činjenično stanje je da u Republici Srbiji 99 % direktora zdravstvenih ustanova su lekari, dok su njihovi zamenici stručnjaci iz oblasti finansija ili prava. Sagledavajući iskustva drugih zemalja vidi se da je bolje da zdravstvenom institucijom, posebno kada je reč o finansijama, tehnicima, pravnim poslovima, vodi neko ko ne mora da bude doktor, već osposobljen i stručan menadžer. Prednost je lišenost unutrašnjih ograda, koje obično ima lekar u navijanju ka svojoj primarnoj profesiji. Prvenstveno je bitno sačuvati medicinskog stručnjaka u svojoj osnovnoj struci.

Uspešnost i efikasnost zdravstvene organizacije moguće je postići motivisanjem zaposlenih, stavljanjem u prvi plan glavni resurs organizacije (ljudski kapital) na pravi način, uvažavanjem njihovih potreba i želja, kako bi postali produktivni članovi organizacije, a na taj način dostigli i krajnji cilj zdravstvene organizacije ka efikasnoj i kvalitetnoj zdravstvenoj usluzi.

Ljudski, humani, kapital, kao element intelektualnog kapitala, podrazumeva znanja, iskustva, sposobnosti, veštine, kreativnosti i inovativnosti pojedinaca. Nastaje kada svi zaposleni, sa svojim individualnim i kolektivnim znanjima, veštinama, stavovima, mogućnostima, emocijama, iskustvima i ponašanjima, svojim sposobnostima, ostvaruju dela koja doprinose stvaranju materijalne ili nematerijalne vrednosti za organizaciju (profit, imidž, bolja organizacija

rada i slično).¹⁷⁹ Ali je potrebno razjasniti da nije svaki zaposleni ljudski resurs ili kapital organizacije, već da se on tako može nazvati tek kada svoje sposobnosti, znanja, obrazovanje i iskustva primeni i uskladi sa identifikovanom poslovnom strategijom organizacije, u ovom slučaju zdravstvene. A da bi se došlo do toga, moguće je samo ako je zdravstveni radnik adekvatno motivisan da pruži sve od sebe. Zato je neophodno, kao poseban segment organizacije poslovanja i primene savremenog menadžmenta, istaći potrebu pojačanja efikasnosti kvaliteta rada službe za ljudske resurse, u svakoj zdravstvenoj organizaciji, kao i formiranje posebnih timova koji će se konstantno baviti istraživanjem među zaposlenim zdravstvenim radnicima (u svakom organizacionom segmentu i nivou organizacije), šta je to što bi se pokazalo kao dobar motivator ka maksimalno kvalitetnom angažovanju pojedinca (zaposlenog). Menadžeri zdravstvenih ustanova državnog sektora su u velikom delu jasno ograničeni, niskim materijalnim sredstvima pa nisu u mogućnosti da na ovaj način (za koji se smatra da je najefikasniji) motivišu zaposlene da unaprede svoj rad, pa je razumevanje drugih potreba i potencijalnih motivacionih faktora za radnike od ogromnog značaja (kao što su: uslovi rada, kvalitet radnog života, radno zadovoljstvo, međuljudski odnosi, oprema za rad...) U svakom slučaju je jasno da radno zadovoljstvo utiče na celokupno čovekovo bitisanje, tj. na zadovoljstvo životom. "Imati dobar posao je neophodan uslov dobrog života", navodi 91% stanovnika Evropske unije, a to misli čak 97% stanovnika novoprimitljenih članica EU.¹⁸⁰ U istraživanju radnog zadovoljstva u zdravstvenim ustanovama izdvoila su se tri glavna faktora, a to su: sigurnost posla, novčana dobit za obavljani rad, podrška zaposlenim od strane neposrednog rukovodioca.¹⁸¹ U studiji koja je trebalo da napravi vezu između motivacije zdravstvenog osoblja i menadžmenta,¹⁸² došlo se do rezultata da su faktori koji motivišu zdravstvene radnike u ovom smeru (prema značaju): odgovornost, edukacija, prepoznavanje njihovog rada (od strane rukovodilaca, drugih zaposlenih i korisnika zdravstvenih usluga (pacijenata), plata i briga da menadžment nije dovoljno svestan njihovih radnih postignuća. Neophodna je suštinska promena kulture menadžmenta u odnosu na ljudske potencijale, koja se prvenstveno odnosi na sagledavanje neophodnosti uključivanja zaposlenih u

¹⁷⁹ Alle V., *The Future of Knowledge*, Butterworth-Heinemann, Boston, 2002, 3 i dalje.

¹⁸⁰ Wallace C., Pichler F., Hayes B., *First European Quality of Life Survey: Quality of work and life satisfaction*, Wyattville Road, Loughlinstown, Dublin 18, Ireland, 2012.

¹⁸¹ Martinez J., Matineau T., *Human Resources in the Health Sector: An International Perspective*. London: DFID Health Systems Resource Centre; 2002, 3-7.

¹⁸² Dieleman M. at all., *The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali*, Human Resources for Health, 2006, 4

processe donošenja odluka i rešavanja problema, kao i izgradnje poverenja između rukovodstva i zaposlenih.¹⁸³

U motivaciji zaposlenih ka kvalitetnom obavljanju zdravstvene delatnosti, organizatori zdravstvenih usluga - menadžerski timovi treba da osmisle i primene različite strategije. Ne postoji najefikasnija strategija, jer svaka pokazuje određene efekte u različitim uslovima poslovanja zdravstvene ustanove i u različitim modelima zdravstvenih usluga. Osnovna strategija koju je neophodno razvijati i unapređivati je komunikacija. Sigurnost, pripadnost i samopotvrđivanje su osnovne potrebe članova rukovodećeg tima ustanove i zaposlenih zdravstvenih radnika, a komunikacija je jedno od osnovnih sredstava za zadovoljenje ove potrebe.

Druga strategija radne motivacije koja bi mogla dati pozitivan efekat jeste negovanje odnosa profesionalizma, poverenja i uspostavljanje pozitivnog stava menadžera zdravstvene ustanove prema zaposlenima. Ova strategija se zasniva na MekGregor - ovim teorijama X i Y, odnosno na negativnim (teorija X) i pozitivnim (teorija Y) pretpostavkama koje menadžeri imaju prema članovima organizacije.

Kreativnost i inoviranje procesa rada bi mogli dati pozitivne efekte u podizanju poslovanja zdravstvene organizacije. Ova strategija se uspešno primenjuje na srednjem medicinskom kadru (medicinskim sestrama i tehničarima), sa ciljem smanjenja rutine na radnom mestu, što doprinosi većoj efikasnosti poslovanja.

Četvrta strategija za poboljšanje performansi zdravstvene organizacije podržava koncept modifikacije ponašanja. Koncept modifikacije ponašanja se temelji na podsticanju određenog ponašanja, koje za posledicu ima nagradu, što ima za cilj da minimizira ono ponašanje koje se kažnjava. Moguće je ostvariti ga koeficijentom stimulacije na zaradu, kao podstrek ka određenom ponašanju zaposlenih.

¹⁸³ Gilson L., *Trust and the development of health care as a social institution*. Social Science and Medicine 56, 2003, 1453-1468.

7.1. Konkretna predlog akcija za bolje funkcionisanje PZZ u Republici Srbiji

1. Organizovati dispanzer za prevenciju oboljevanja, koji će pratiti zdravstvene pokazatelje i zdravstveno stanje na lokalnom nivou, populacije koju opslužuje. ***Zaposleni u ovom dispanzeru bi imali zaduženja da se bave isključivo preventivom, a ne kurativom oboljevanja.***

Edukacija kadrova izabranih da rade u ovom dispanzeru bi se kretala samo u smeru sprečavanja nastanka patoloških stanja, kao i praćenje hroničnih naslednih oboljenja u određenim porodicama i potencijalno sprečavanje razvoja istih.

U dispanzeru za prevenciju oboljevanja, bi trebalo da postoji spisak svih stanovnika prijavljenih po mestu boravka (a da su zdravstveni osiguranici), na lokalnoj teritoriji na kojoj određeni dom zdravlja posluje i ***da se na šestomesečnom nivou organizuju, obavezni kompletni sistematski pregledi svih sistema organa u cilju sprečavanja ili ranog otkrivanja bolesti.*** Određena služba bi se bavila isključivo pozivanjem i praćenjem redovnosti obavljenih pregleda. U ovom dispanzeru bi radi detaljnosti i kvaliteta sistematskog pregleda morale postojati ambulante u kojima bi radili lekari specijalisti za svaki sistem organa u organizmu (internista, kardiolog, endokrinolog, gastroenterolog, otorinolaringolog, ortoped, reumatolog, fizijatar, hirurg, pedijatar, neuropsihijatar, itd.).

Odazivanje na ovaj preventivni sistematski pregled bi bilo obavezno ili dostava opravdanja o razlozima ne odazivanja. U slučaju neopravdanog ne dolaska na pregled, zdravstveni osiguranik bi u slučaju nastanka bolesti morao da snosi troškove lečenja iz svog džepa, dok bi oni koji su redovno obavljali preventivne preglede imali kompletno lečenje i sve potrebne dijagnostičke metode i medicinsko-tehničke procedure plaćene od strane fonda za zdravstveno osiguranje.

Na taj način bi se znatno smanjio broj obolelih ljudi, a i bolest bi bila otkrivena u početnom stadijumu kada je lečenje daleko lakše, sa boljim mogućim ishodom i cena koštanja izlečenja bi bila mnogo manja.

Naravno, ovaj dispanzer bi morao imati najsavremenije aparate i tehnička sredstva za dijagnostiku. Osnivanjem ovakvih dispanzera bi se ubrzo smanjio broj pacijenata koji bi koristili usluge sekundarne i tercijalne zdravstvene zaštite, pa bi se do sredstava za opremanje ovakvih dispanzera moglo doći preraspodelom finansijskih sredstava sa druga dva nivoa organizacije zdravstvenog sistema. Trebalo bi uraditi detaljnu analizu iskorišćenosti bolesničkih postelja na

godišnjem nivou, kao i projekciju potencijalnog korišćenja sekundarne i tercijalne zaštite po osnivanju dispanzera za prevenciju oboljevanja.

U drugim referentnim zdravstvenim sistemima koji su organizovani po istom principu kao naš zdravstveni sistem, preventivna zdravstvena zaštita rešava 80% zdravstvenih problema.

2. Organizovati zasebne lekarske ambulante i kadrove koji bi tretirali populaciju penzionera, pri službi opšte medicine, od kojih bi penzioneri mogli odabrati izabranog lekara. U cilju efikasnosti obavljanja pregleda, ovakva organizacija službe opšte medicine bi bila od izuzetne koristi. Činjenica je da usled fiziološkog starenja organizma populacija penzionera ima povećane potrebe za zdravstvenom uslugom i dosta češće se javlja lekaru, zbog raznoraznih zdravstvenih problema ili samo radi dobijanja receptata za obaveznu propisanu redovnu terapiju. Kada korisnik usluge koji je zaposlen mora da se po obavljenom pregledu ili konsultaciji sa izabranim lekarom vratiti na posao, često provede sate u čekaonici, jer su penzioneri koji su mahom sa manje obaveza, već od ranih jutarnjih sati zauzeli red. Tako da bi razdvajanje lekara i ambulanti koje leče zaposlene i one koji leče penzionere dovelo do daleko veće efektivnosti pružanja zdravstvene usluge.

3. Ukinuti zakazivanje pregleda kod izabranog lekara: Zakazivanje pregleda kod izabranog lekara, zaista deluje besmisleno i neodgovorno. Čak i kada bi pojedinac znao da će se razboleti, ne bi znao kada će se to dogoditi. Preventivni sistematski pregledi bi bili zakazivani i organizovani u dispanzeru za prevenciju oboljevanja, a po obavljenim pregledima rezultati bi se slili u karton pacijenta kod izabranog lekara, pa bi se izabrani lekar starao o daljem lečenju pacijenta u koliko za to ima potrebe.

4. Otvoriti elektronski karton pacijenta, a zakazivanje svih potrebnih dodatnih pregleda da obavlja izabrani lekar, direktno sa specijalističkom službom kojoj se upućuje: Otvaranje elektronskog kartona bi u značajnoj meri skratio put informacije o bolesti pojedinca kroz sve niveoe zdravstvenog sistema, a pacijent bi brže i efikasnije počeo sa lečenjem. Anamneza¹⁸⁴ bi bila lako dostupna svakom lekaru, specijalisti, kod koga bi pacijent bio upućivan na dodatne preglede, pa bi i odluka o daljem lečenju bolesti bila bolja i pouzdanija, ne bi se oslanjali samo na podatke koje pacijent daje po sećanju.

Podaci iz kartona bi se nalazili pod šifrom koju zna izabrani lekar, radi tajnosti podataka, a specijalisti bi ga otvorenog slali, da u njega ubaci nove rezultate pregleda sa obavezom

¹⁸⁴ Istorija bolesti

trenutnog povratka informacija po obavljenom pregledu.

Preglednost zdravstvenog stanja pacijenta bi bila daleko veća i imao bi se uvid u podatke kada je sve u životu pacijent bio bolestan, od kojih bolesti je lečen, kakvo mu je trenutno stanje svih sistema organa u organizmu, po poslednjim podacima sa poslednjeg sistematskog pregleda, itd. Potrebne dodatne preglede bi zakazivao izabrani lekar direktno sa specijalističkom službom kojoj se pacijent upućuje pa bi se izbegle gužve u čekaonici i ne bi bilo čekanja za uzimanje papirnog uputa, odlazak u specijalističku službu ili ustanovu i čekanje na zakazivanje pregleda, zatim povratak kod svog izabranog lekara i opet čekanja da se dostave podaci koje je specijalista napisao na specijalistički izveštaj na papiru, itd..

5. Povećati broj zaposlenih zdravstvenih radnika u patronažnoj službi kućnog lečenja, čime bi se smanjio pritisak na cenu bolesti i broj hospitalizovanih pacijenata. Zapravo bi se sva lakša i akutna stanja lečila u kućnim uslovima uz pojačan nadzor lekara i zdravstvenih radnika iz patronažne službe.

Naravno, veći broj zaposlenih zdravstvenih radnika bi se mogao ostvariti takođe preraspodelom kadrova iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite.

6. Pribaviti sredstva za nabavku opreme, savremenih aparata za dijagnostiku i tehničku opremu u domu zdravlja kroz saradnju sa lokalnom zajednicom: Dogovoriti i organizovati sa lokalnom samoupravom pružanje dodatnih zdravstvenih usluga, edukacija, edukativnih seminara, ustanovama, privrednim subjektima, kao i privatnim firmama i na taj način doći do dodatnih finansijskih sredstava.

7. Aplikirati za dobijanje sredstava za projekte opredeljene za unapređenje funkcionisanja zdravstvenog sistema od strane Evropske unije, svojim stručnim kadrovima i potrebnim resursima.

8. Uspostaviti partnerstvo sa lokalnom turističkom organizacijom za obavljanje usluge zdravstvenog turizma i na taj način pribaviti dodatna finansijska sredstva za unapređenje zdravstvene organizacije. Opšte je poznata stvar da su u zemljama u regionu, kao i u većini evropskih i svetskih zemalja stomatološke usluge daleko skuplje nego kod nas, pa bi se u saradnji sa lokalnom turističkom organizacijom mogle dovoditi organizovane grupe zdravstvenih turista, koji bi u stomatološkoj službi lokalnog doma zdravlja rešavale svoje stomatološke probleme i za to bi plaćali daleko manje nego u svojoj zemlji a dom zdravlja bi dobio sredstva za unapređenje poslovanja. Smeštaj, u koliko bi to bilo potrebno, bi organizovala turistička organizacija u nekom

od lokalnih hotela.

9. Uvesti značajno velike novčane stimulacije za zdravstvene radnike koji su se trudili da dobro obavljaju svoje radne obaveze, kao i destimulaciju za nesavesno i loše obavljanje radnih zadataka.

10. Koristiti mogućnosti ostvarenja privatno-javnog partnerstva za razmenu usluga sa organizacijama koje su za iste zainteresovane (zdravstvene usluge za uslugu popravke krova, krećenje, zamena pločica u ordinacijama, električne instalacije itd.).

11. Organizovati obuku za uspešniji i efikasniji rad zdravstvenog osoblja na računarima zbog brzine korišćenja istih, da bi se manje vremena utrošilo na unos podataka, a više vremena za pregledanje pacijenta i pružanje zdravstvenih usluga.

12. Organizovati povremena kolektivna druženja u cilju ostvarenja bolje komunikacije i radi uvida, od strane menadžmenta ustanove, o povezanost među članovima kolektiva, za lakši odabir ljudi koji će zajedno dobro funkcionisati u timovima (Tabela br.13).

Tabrla br. 13: Trenutno stanje funkcionisanja u PZZ i konkretni predlozi za unapređenje funkcionisanja Domova zdravlja i PZZ

Trenutno stanje (identifikovani problem) u PZZ	Konkretni predlozi za unapređenje funkcionisanja Domova zdravlja i PZZ
<i>1. U Domovima zdravlja (u PZZ) se uglavnom bave kurativom- lečenjem.</i>	<i>1. Organizovati poseban dispanzer za prevenciju oboljevanja. Staviti akcenat na sprečavanje oboljevanja, a ne samo lečiti.</i>
<i>2. Nedostaju savremeni aparati i tehnika za dijagnostiku i lečenje - nedostatak sredstava.</i>	<i>2. Na šestomesečnom nivou organizovati obavezne sistematske preglede svih sistema organa u cilju sprečavanja ili ranog otkrivanja bolesti – u slučaju ne odazivanja, a dođe do oboljevanja, lečenje se plaća iz sopstvenog džepa, a to će biti dodatna sredstva za nabavku savremene aparature i opreme za dijagnostiku i lečenje.</i>
<i>3. Velike gužve i dugo čekanje na pregled kod izabranog lekara</i>	<i>3. Organizovati zasebne lekarske ambulante i kadrove koji bi tretirali populaciju penzionera i pisali recepte za redovnu terapiju.</i>
<i>4. Zakazuju se pregledi kod izabranog lekara. Zakazano vreme se ne poštuje, a akutno bolestan čovek (ne retko sa visokom temperaturom i bolom) često satima čeka kada će upasti između zakazanih korisnika, najčešće došlih po redovnu mesečnu terapiju.</i>	<i>4. Ukinuti zakazivanje pregleda kod izabranog lekara – niko ne zna kada će se razboleti da bi baš tada zakazao pregled</i>

<p>5. Za svaki dodatni pregled lekar izdaje uput, a pacijent odlazi u odabranu ustanovu da zakaže pregled. Kada obavi pregled, specijalista na izvještaju napiše mišljenje, a pacijent opet mora zakazati pregled kod izabranog lekara da bi doneo nalaz i mišljenje (na zakazivanje često čeka i više dana).</p>	<p>5. Unaprediti ZIS i otvoriti elektronski karton pacijenta- u cilju efikasnosti u lečenju i direktnom slivanju bitnih informacija i nalaza u e-karton – izbećiće se nepotrebni dolasci, čekanje na zakazivanje samo radi dostavljanja nalaza i ubrzati tok lečenja.</p>
<p>6. Za dodatno mišljenje specijaliste izabrani lekar samo piše uput, a pacijent u navedenoj ustanovi mora zakazati pregled. Na to često čeka i više nedelja I zbog želje da što pre reši svoj akutni problem mora se dovijati i ne retko ponuditi čast (podmititi) onoga ko zakazuje preglede što nas vodi u problem mita i korupcije.</p>	<p>6. Izabrani lekar direktno vrši zakazivanje svih potrebnih dodatnih pregleda sa specijalističkom službom kojoj se upućuje pacijent, čime se izbegava stvaranje listi čekanja zbog ubacivanja dovrtljivih pacijenata preko reda i prevenira problem mita i korupcije.</p>
<p>7. Za određene zdravstvene probleme koji bi se mogli uspešno tretirati u kućnim uslovima, uz pojačan nadzor zdravstvenih radnika (dolazak pacijentu kući u vizitu), izabrani lekar uglavnom upućuje na hospitalizaciju u sekundarnu zdravstvenu zaštitu, jer nema dovoljan broj zdravstvenog osoblja za postizanje kvaliteta rada patronažne službe i kućnog lečenja.</p>	<p>7. Povećati broj zaposlenih zdravstvenih radnika u patronažnoj službi kućnog lečenja i prebaciti akcenat na lečenje u kućnim uslovima, uz pojačan nadzor lekara , čime će se uštedeti sredstva hospitalizacije u bolnicama za patološka stanja koja se uspešno mogu lečiti u komforu sopstene kuće uz kvalitetan nadzor zdravstvenog osoblja.</p>
<p>8. Nedostaju finansijska sredstva za unapređenje poslovanja, kao i savremena oprema i aparati za dijagnostiku i lečenje. Nedovoljna je saradnja sa lokalnom zajednicom i angažovanje na prikupljanju dodatnih sredstava za unapređenje poslovanja.</p>	<p>8. Pribaviti sredstva za nabavku opreme, savremenih aparata za dijagnostiku i tehničku opremu u domu zdravlja kroz saradnju sa lokalnom zajednicom (pružati dodatne zdravstvene usluga, edukacije, edukativne seminare ustanovama, privrednim subjektima, kao i privatnim firmama i na taj način doći do dodatnih finansijskih sredstava).</p>
<p>9. Nisu svi Domovi zdravlja uključeni u program DILS - Pružanje unapređenih usluga na lokalnom nivou“ u oblasti zdravstva, obrazovanja i socijalne zaštite na lokalnom nivou, (DILS – Delivery of Improved Local Services) finansira se iz zajma Svetske banke i istovremeno ga sprovode tri Ministarstva - Ministarstvo prosvete i nauke, Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo rada i socijalne politike, u periodu od početka 2009. do kraja 2012. godine. Ukupna vrednost kredita iznosi 32 miliona evra, od čega će Ministarstvo prosvete i nauke za realizaciju ciljeva projekta koristiti oko 12 miliona evra...</p>	<p>9. Aplikirati za dobijanje sredstava za projekte opredeljene za unapređenje funkcionisanja zdravstvenog sistema na lokalnom nivou od strane Svetske banke, Evropske unije, itd..</p>
<p>10. Slabi su programi i angažovanje za zaradu dodatnih finansijskih sredstava. Ni u jednom Domu zdravlja ne postoji sporazum o sprovođenju zdravstvenog turizma na lokalnom nivou.</p>	<p>10. Uspostaviti partnerstvo sa lokalnom turističkom organizacijom za obavljanje usluge zdravstvenog turizma i na taj način pribaviti dodatna finansijska sredstva za unapređenje zdravstvene organizacije (dovoditi organizovane grupe zdravstvenih turista, koji bi u stomatološkoj službi lokalnog doma zdravlja rešavale svoje</p>

	<i>stomatološke probleme i za to bi plaćali daleko manje nego u svojoj zemlji a dom zdravlja bi dobio sredstva za unapređenje poslovanja).</i>
<i>11. Gotovo i da ne postoji novčana stimulacija za rad zdravstvenih radnika, čime se faktor motivacije potpuno zapostavlja kao značajan za dobro funkcionisanje rada.</i>	<i>11. Uvesti značajno velike novčane stimulacije za zdravstvene radnike koji su se trudili da dobro obavljaju svoje radne obaveze, kao i destimulaciju za nesavesno i loše obavljanje radnih zadataka.</i>
<i>12. Malobrojni su ugovor o privatno-javnom partnerstvu sa ustanovama PZZ.</i>	<i>12. Koristiti mogućnosti ostvarenja privatno-javnog partnerstva za razmenu usluga sa organizacijama koje su za iste zainteresovane (zdravstvene usluge za uslugu popravke krova, krečenje, zamena pločica u ordinacijama, električne instalacije itd.).</i>
<i>13. Česte su žalbe korisnika zdravstvenih usluga da lekar malo vremena koristi za konkretan pregled pacijenta, a mnogo na kucanje izveštaja i rad na računaru.</i>	<i>13. Organizovati obuku za uspješniji i efikasniji rad zdravstvenog osoblja na računarima zbog brzine korišćenja istih, da bi se manje vremena utrošilo na unos podataka, a više vremena za pregledanje pacijenta i pružanje zdravstvenih usluga.</i>
<i>14. Zapostavljena je izgradnja komunikacije u samom kolektivu u cilju izgradnje pozitivne poslovne atmosfere i identifikovanje dobrih odnosa između članova kolektiva koji bi mogli pripadati ili sačinjavati dobre poslovne timove.</i>	<i>14. Organizovati povremena kolektivna druženja u cilju ostvarenja bolje komunikacije i radi uvida, od strane menadžmenta ustanove, o povezanost među članovima kolektiva, za lakši odabir ljudi koji će zajedno dobro funkcionisati u timovima.</i>

8. ZAKLJUČAK

U teškom vremenu opšte-društvene i ekonomske krize sistem zdravstvene zaštite je pod lupom stručne javnosti i pojedinaca kritizera, pa se kao potreba i neophodno rešenje nametnulo istraživanje upravo u ovoj oblasti, čime bi se barem jednim delom potvrdile ili odbacile tvrdnje koje često izazivaju neosnovane ili osnovane osude.

U radu je istraživano da li je zdravstveni sistem, sa svom težinom propratnih društveno-ekonomskih okolnosti, uspešan u pružanju zdravstvenih usluga, zahvaljujući dobroj organizaciji poslovanja, kroz istraživanje i analizu zadovoljstva korisnika i pružaoca zdravstvenih usluga, u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, koje su dobitnici priznanja za unapređenje kvaliteta i primenu savremenog menadžmenta.

1. Generalni zaključak ovog istraživanja je da zdravstveni sistem Srbije u ovako teškom i turbulentnom vremenu finansijske, političke i ekonomske krize uspešno odgovara na postavljene zahteve, barem u delu koji je tertiran u ovom istraživanju, a to je primarna zdravstvena zaštita.

Bezobzirne špekulacije o lošem kvalitetu usluge u domovima zdravlja nisu potvrđene, jer su korisnici zdravstvenih usluga u oba doma zdravlja pokazali zadovoljstvo u većini ispitivanih kategorija. Takođe je dokazano i zadovoljstvo poslom kod ispitanih zdravstvenih radnika, uz ostavljenu mogućnost bolje organizacije poslovanja. ***Što nas navodi na zaključak da bi se dobrom organizacijom poslovanja, uz primenu alata i tehnika savremenog menadžmenta i u ostalim delovima zdravstvenog sistema Srbije mogao postići efekat zadovoljstva primljenom uslugom od strane korisnika, kao što se videlo na primeru ova dva doma zdravlja.***

Kvalitet u oba doma zdravlja je merljiv preko kvaliteta pružene zdravstvene usluge, koja je u ovom istraživanju izmerena zadovoljstvom pružaoca i primaoca iste. U istraživanju o zadovoljstvu korisnika zdravstvenih usluga i zaposlenih zdravstvenih radnika u Domovima zdravlja Voždovac i Palilula, kao i u tabeli "Prosečna oceana zadovoljstva korisnika", se potvrđuje gore izneta konstatacija da su korisnici zdravstvenih usluga generalno zadovoljni kvalitetom zdravstvene usluge, primljene u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, čime se zaključuje da u uslovima ekonomske krize i finansijskog deficita, nedostatka sredstava za zdravstvo, smanjenog broja zdravstvenih kadrova, dobra organizacija posla i primena principa i procedura savremenog menadžmenta dovode do optimalnog i zadovoljavajućeg funkcionisanja zdravstvenog sistema Srbije na primarnom nivou.

2. Primarna zdravstvena zaštita je integralni, permanentni i sveobuhvatni deo formalnog

sistema zdravstvene zaštite u svim državama, odnosno ona se shvata kao sredstvo kojim se balansiraju dva osnovna cilja sistema zdravstvene zaštite – optimizacija i uravnoteženost u distribuciji zdravstvenih usluga kroz sistem kvalitetnog zdravstvenog menadžmenta. Prepoznata je kao potencijalno rešenje u funkcionisanju sistema zdravstvene zaštite sa potrebom prebacivanja težišta na preventivu, odnosno preuzimanje 80% ukupnih zdravstvenih usluga koje bi trebalo pružiti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zato je tema ovog rada izuzetno aktuelna i potrebna da bi se utvrdio nivo primene savremenog menadžmenta u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, kao i pokrenuli procesi ka podizanju nivoa istog.

3. Novi kurs promena u privrednim tokovima i ekonomskoj situaciji u državi, u mnogome utiče na funkcionisanje i finansiranje zdravstvenog sistema. U situaciji kada veliki broj poslodavaca izbegava uplate u fond obaveznog zdravstvenog osiguranja, a deficit se dotira iz budžetskih sredstava, navodi na zaključak o težini održivosti ovako organozovanog zdravstvenog sistema pa je ovaj rad svojevrsan impuls u potrebi rešavanja problema kroz novi način organizacije sa akcentom na kontroli.

Globalna tržišta i kompeticije, brze promene, ekspanzija informatičke tehnologije, integracioni procesi u međudržavnim odnosima, samo su neki od faktora koji su inicirali nužnost promena u zdravstvenim organizacijama i njihovom menadžmentu.

Menadžment postaje nova generička funkcija svih organizacija od društvenog značaja, koji ima izuzetno tešku ulogu da usaglasi kompleksne probleme kojima obiluje i specifična delatnost zdravstvenih službi. U svetlu tih promena menjaju se i uloga, kao i osobine i veštine menadžera u zdravstvu.

Uloga, potrebne veštine i metodi kojima se služe menadžeri u zdravstvu su strateški elementi u transformaciji zdravstvenog menadžmenta. Moderan zdravstveni menadžer postiže najbolje rezultate kroz ojačavanje ljudskih potencijala i zadovoljenje individualnih potreba zaposlenih, a u skladu sa opštim i specifičnim ciljevima zdravstvene organizacije.

4. Maksimalno iskoristiti identifikovane strategije promene, uz oprezno korišćenje resursa, sa čvrstinom kolektivnih napora, uz uključivanje zaposlenih u odlučivanje i podsticanje timskog rada, kao i grupno rešavanje problema su ključ uspešnog menadžmenta u zdravstvu. Uspešan menadžment u uspešnoj organizaciji!

5. Jedina mogućnost izlaženja iz krize u poslovanju zdravstvenog sistema Srbije leži u resursima primarne zdravstvene delatnosti, akcentiranjem njene delatnosti na preventivi i ranom

otkrivanju potencijalne bolesti, pribavljanjem dodatnih sredstava u saradnji sa lokalnom zajednicom, lokalnim privrednim organizacijama, kroz razmenu usluga, aktiviranje i ostvarenje privatnih-javnih partnerstava, kao i promenom organizacije posla unutar same zdravstvene organizacije, čime bi se povećala efikasnost i kvalitet pružene usluge. Pri tome je neophodno obratiti pažnju na edukaciju zdravstvenih kadrova, kao i da se zdravstveni radnik tretira kao najvažniji resurs organizacije, jer će jedino takvo ponašanje dati očekivani efekat, a zaposleni će osetiti pripadnost organizaciji i težiti njenom uspešnijem i boljem poslovanju i to doživeti kao lični poduhvat.

Dobijanje rezultata ovog istraživanja će pomoći da se postave smernice u daljem razvoju primarne zdravstvene zaštite, kao i da se sagledaju područja koje su korisnici usluga zdravstvene zaštite, a i zdravstveni radnici, kao pružaoci zdravstvenih usluga, identifikovali kao problematične, pa da se iznađe rešenje za problem i omogući adekvatno i kvalitetno funkcionisanje.

Istraživanje se može posmatrati kao svojevrsan vid kontrole utvrđenih standarda kvaliteta u radu zdravstvenih ustanova na primarnom nivou i u odnosu na rezultate uspostaviti stavove, reakcije i pravce kretanja ka istim.

Predmet rada daje inicijativu da rešenje leži u principima savremenog menadžmenta kroz novi način upravljanja i organizacije, preko stručnjaka obučениh i obrazovanih iz oblasti menadžmenta uz primenu menadžerskih alata i tehnika kompatibilnih na zdravstvenu delatnost.

Menadžment poslednjih nekoliko decenija prevazilazi granice privrede i u obliku preduzetničkog menadžmenta, dobija sveopšti društveni značaj, jednako važan u zdravstvu, nauci, školstvu.

Najznačajniji ekonomski i razvojni resurs savremene ekonomije predstavlja znanje, odnosno intelektualni kapital, kao ekonomski relevantan pojavni oblik znanja, koji danas zauzima ono mesto i ulogu u procesima proizvodnje i ostalim delatnostima koje su, u doba industrijskog društva, imali zemlja, rad, fizički i finansijski kapital.¹⁸⁵

Povećani udeo znanja u novostvorenoj vrednosti predstavlja glavnu karakteristiku prelaza iz industrijskog doba u novu ekonomiju, u kojoj znanje ima ključnu ulogu u kreiranju dobiti. Ono što znanje, ili intelektualni kapital, čini moćnim je njegova dodatna vrednost, način na koje se

¹⁸⁵ Brinkley I., Lee N., *The knowledge economy in Europe*, A report prepared for the 2007 EU Spring Council, October 2006, 4.
http://www.theworkfoundation.com/Assets/PDFs/KE_Europe.pdf, datum posete 16.06.2014.

ono može pravilno iskoristiti, kako bi se najviše profitiralo. Ova dodatna vrednost se razlikuje od osobe do osobe, što znači da se u ekonomiji znanja u središtu nalazi čovek i njegovi potencijali.¹⁸⁶

Potreba za kreativno-inovativnim aktivnostima je trajna. To je uslov ekonomske uspešnosti i razvoja. Preduzetničke ideje i inovacije, uz obavezu njihove uspešne primene, za rešenje finansiranja u zdravstvenom sistemu predstavljaju značajan korak. Do inovacija zasnovanih na znanju dolazi na sistematizovan način uz pomoć inteligentnosti (sredstva za identifikaciju kreativnih preduzetničkih odluka, što je način da se neki model transformacije zdravstvene organizacije, drži pod kontrolom ili sprovede menadžerski poduhvati na novi, drugačiji način).

Ovakvi modeli projektovani su da integrišu tokove informacija, da „posmatraju i ocenjuju“ prethodno identifikovane problematične oblasti poslovanja i daju rešenja za otvorene probleme, nakon što se podaci filtriraju kroz mere menadžerskog tima zdravstvene ustanove.

Odnos između savremenog menadžmenta orijentisanog prema zdravstvu i savremene medicinske tehnologije je u visokom stepenu korelacije. To znači da zdravstveni menadžeri i iskusno medicinsko osoblje koje je poverena organizaciona i upravna funkcija mogu i moraju da budu jedan tim, sa zajedničkim ciljem razvoja zdravstvenih ustanova i zdravstvenih usluga.

Funkcionisanje zdravstvenih ustanova ima svoje limite i ograničenja u načinu i obimu finansiranja celokupnih potreba modernog i efikasnog sistema zdravstvene zaštite. Zdravstveni menadžment može u dobrom delu da unapredi sistem rada i poslovanja sa stanovišta efikasnosti i efektivnosti, ali ne može da unapredi tehnologiju zdravstvenih usluga u svim oblastima medicine bez njene modernizacije i kupovine savremenih aparata i uređaja.

Ekonomska kriza, nedostatak sredstava za nesmetano punjenje budžeta u velikoj meri onemogućuje brži tehnološki razvoj u oblasti medicine i zdravstva. Mnoge zdravstvene ustanove i lokalne zajednice, pa i nacionalni zdravstveni sistemi mnogih zemalja posebno u Americi i Evropi koriste nove preduzetničke modele i oblike finansiranja kroz zajednička ulaganja i javno-privatno partnerstvo. Kod nas je tek nedavno donet zakonski okvir za primenu modela PPP (Public Private Partnership), ali nisu razrađeni mehanizmi i konkretne metode njegove realizacije.

Pored navedenog, pred zdravstvenim sistemom Srbije u svim nivoima (primarne,

¹⁸⁶ Brinkley I., *Defining the knowledge economy*, Knowledge economy programme report, July 2006
http://www.theworkfoundation.com/Assets/PDFs/defining_knowledge_economy.pdf, datum posete 16.06. 2014

sekundarne, tercijarne) zdravstvene zaštite nameće se potreba i obaveza njegove reforme i u delu državnih ustanova, kao i u privatnim, a i u novim mešovitim modelima.

Unapređenje menadžmenta u zdravstvu posebno u delu podrške i korišćenja visokostučnih kadrova iz oblasti menadžmenta, predstavlja instrument za unapređenje organizovanja, funkcionisanja i poslovanja zdravstvenih ustanova, ali i instrument za efikasan transfer tehnologije i znanja. Uvažavajući činjenicu da je zdravstvo u velikom broju zemalja, pa i u Republici Srbiji, grana sa visokim stepenom državne regulacije otvara se prostor za brojne i kvalitetne preduzetničke inicijative koje će biti u funkciji unapređenja zdravstvenog sistema i veće dostupnosti savremenih medicinskih procedura, opreme, materijala i ljudskih resursa. To za nas predstavlja jedan od osnovnih stratejskih ciljeva i prioriteta.

Kao ključnu odrednicu razvoja i unapređenja zdravstvenog sistema treba istaći da na mestu donosilaca odluka u oblasti zdravstvene politike budu ljudi koji će biti sposobni da prepoznaju celinu problema i da misle razvojno i strateški, da na nivou menadžmenta zdravstvenih ustanova budu menadžeri i rukovodioci sposobni da efikasno upravljaju ograničenim resursima i da praktično uvode promene u način funkcionisanja i unutrašnju reorganizaciju sistema pružanja zdravstvenih usluga.

Od velike je važnosti rad na prepoznavanju, priznavanju i promociji zdravstvenog menadžmenta kao profesije. Fokusiranjem pažnje na izgradnju stručnih kapaciteta, jačanje menadžerskih veština i sposobnosti, kao i korišćenje pozitivnih primera i iskustva tzv. najbolje prakse posebno iz razvijenih zemalja, čitav zdravstveni sistem dobija mogućnost da se modernizuje i unapredi.¹⁸⁷

Zdravlje predstavlja jednu od najznačajnijih pretpostavki za kvalitetan život stanovništva i to se mora prepoznati kao prioritet strategije razvoja zdravstvene zaštite. ***Zdravlje stanovništva Srbije je od ključnog interesa za državu i najznačajnija stavka njenog ubrzanog političkog i ekonomskog razvoja.*** Zdravstvena politika treba da predstavlja osnovu za zakonodavne, programske i akcione programe, sa ciljem da se zdravstvena zaštita učini efikasnijom i kvalitetnijom, a zdravstveni sistem uključi u evropski i svetski proces zdravstvenog razvoja.

¹⁸⁷ Mitrović M., Gavrilović A., "Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije", FBIM Transactions, Vol. 1 No. 2, izdavač - MESTE NVO, SZ & Associates, Toronto, Canada, 2013., str. 158.

Zdravstveni problemi utiču i na funkcionisanje porodice, zajednice i celoga društva a kvalitet u pružanju zdravstvenih usluga predstavlja stub sigurnosti svih društvenih grupa i zato je formiranje standarda i kriterijuma kvaliteta u zdravstvenoj regulativi neophodnost i hitnost.

Problemi ovog sistema mogu prouzrokovati znatne negativne finansijske posledice po građane i njihove porodice. Medicinska nauka, a uporedo sa njom i troškovi lečenja i prevencije, rastu brže od rasta ekonomske osnove društva. Stoga je neophodno uvesti adekvatne oblike finansiranja zdravstva koji će obezbediti pristup potrebnoj zdravstvenoj zaštiti, a istovremeno raspodeliti finansijski rizik, tako da građani ne budu znatno finansijski ugorženi u slučaju bolesti.

Planskim prestrukturiranjem postojećih resursa može se postići znatno poboljšanje zdravstvene zaštite.

Doprinos poboljšanju zdravstvenog sistema sprovesti kroz zdravstvenu edukaciju i preventivne mere kojima se smanjuju faktori rizika i oboljevanje populacije. Potrebno je preduzeti promišljen, planiran i konkretan napor uspostavljanja međusobnog razumevanja između ustanove i njene javnosti – pacijenata, odnosno okruženja.¹⁸⁸

Za istinsko poboljšanje zdravstvenog ishoda i zdravstvenih službi, zdravstvena zaštita treba da bude integrativna, a zdravlje treba da postane “*zajednički poduhvat*”.¹⁸⁹

Na kraju će ovo kratko činjenično zapažanje pokazati da funkcionisanje našeg zdravstvenog sistema i nije toliko loše kakvim ga mnogi etiketiraju:

“U Srbiji 1.200.000 ljudi ne radi, ne ostvaruje prihode i ne plaća zdravstveno osiguranje, ali ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu iz zajedničke kase. U ovu kategoriju spadaju najosetljivije kategorije stanovništva, a ispostavljene fakture za njihovu zdravstvenu zaštitu koštale su RZZO prošle godine 24 milijarde dinara.

Prosečna zarada u Srbiji iznosi oko 30.000 dinara, što znači da je prosečno izdvajanje za zdravstveno osiguranje po zaposlenom 6000 din. mesečno, čime on pokriva zdravstveno osiguranje za sebe i članove svoje porodice. Prosečan zaposleni za ceo svoj radni vek izdvoji oko 2,5 miliona din. Ovaj iznos jedva pokriva troškove lečenja dijabetesa, može da pokrije troškove za godinu dana dijalize ili pola godine lečenja od leukemije i drugih onkoloških oboljenja, a oboleli od hemofilije troškove svog lečenja ne bi mogao da pokrije za deset života. Ipak u Srbiji, za

¹⁸⁸ Pavlović M., *Odnosi s javnošću*, Beograd, 2003.

¹⁸⁹ Stambolović V., *Alternativna medicina kroz milenijumsku tranziciju*, u Kovačić L., *Zaletel-Kragelj L., Menadžment u praksi zdravstvene zaštite*, Hans Jacobs Publishing Company, 2008, str.368.

razliku od Amerike, niko nije ostao bez insulina, dijalize ili lekova za hemofiliju, a hitna pomoć nema pravo da ikoga odbije zato što nema zdravstveno osiguranje.

Prosečan Amerikanac zarađuje 1500 dolara. Za osnovni paket zdravstvenog osiguranja izdvaja 160 dolara, što ne pokriva i troškove zdravstvene zaštite članova porodice, niti pruža pokriće za ozbiljnija i skuplja oboljenja. Osiguranje koje pruža puno pokriće košta 1000 dolara mesečno i nije dostupno svima.

Prosečan Nemačkan zarađuje 2500 evra. Za zdravstveno osiguranje izdvaja oko 500 evra. Država pokriva zdravstvenu zaštitu za socijalne kategorije, ali u Nemačkoj samo sedam odsto radono sposobnog stanovništva ne radi.

Možete u Srbiji kupiti i privatno osiguranje, koje pokriva mnogo veći komfor u korišćenju zdravstvene zaštite, upravo onakav kakav prosečni građanin Srbije smatra da treba da ima. Ali ovo osiguranje košta tri puta više nego što prosečan građanin izdvaja i imate ga samo dok ga plaćate.

Nije, naravno, poruka ovog teksta da je naš sistem savršen. Ima tu dosta neracionalnosti, lošeg rada, politizacije, pa ako hoćete i korupcije, uostalom kao i u svakom drugom segmentu našeg društva, ali ima i dobrih stvari, koje ne treba poništiti u sveopštoj želji za promenom.

Poruka je da za deset puta manje novca po glavi stanovnika od Slovenije i 30 puta manje od Kanade ili Francuske ne možemo očekivati vrhunski komfor.”¹⁹⁰

Dalji razvoj zdravstvene delatnosti se mora kretati u sledećim pravcima: rešiti 80% zdravstvenih problema na kapiji ulaska u sistem zdravstva, smanjiti cenu koštanja bolesti lečenjem u njenom ranom nastanku, dok se može tretirati lako, brzo, sa najboljim izvesnim ishodom ili preventivnim delovanjem sprečiti da do oboljevanja uopšte dođe. Preraspodeliti sredstva i kadrove ka primarnoj zdravstvenoj zaštiti, na uštrb smanjenja bolničkih postelja u sekundarnoj, jer će se na taj način, angažovanjem na sprečavanju bolesti, znatno smanjiti broj korisnika iste. Podrška zdravstvenog menadžmenta u primeni strategije unapređenja zdravstvene zaštite, menadžerskih intervencija u pravcu poboljšanja zdravstvene zaštite, posebno u pravcu smanjenja onih determinanta koje negativno utiču na zdravlje, kao što su oboljevanje i njegove posledice, odgovarajući menadžment programi zdravstvene zaštite, posebno programa koji uključuje promociju i prevenciju, koja unapređuje zdravstveni potencijal stanovništva.

¹⁹⁰ Vukajlović S., *Država – to smo mi sami*, Vreme – Lični stav, 2014., www.vreme.co.rs/cms/view.php?id=886505&print=yes2/3, datum pristupa 19.06.2014.

Zadaci zdravstvene delatnosti, nove politike za unapređenje zdravlja u budućnosti, mogu se formulirati na sledeći način: učiti iz prošlosti, pratiti razvoj zdravstvenih resursa, pratiti i primeniti zdravstveni potencijal, stvarati uslove za što bolju sadašnjost u zdravstvu, predviđati budućnost, koristiti sve mogućnosti kako bi se što efikasnije i efektivnije koristili svi resursi za unapređenje i poboljšanje zdravlja stanovništva u budućnosti.

9. LITERATURA

1. Alle V., *The Future of Knowledge*, Butterworth-Heinemann, Boston, 2002, 3 i dalje.
2. Andelić G., *Strategijski menadžment*, Novi Sad, 2007.
3. Aoki M., *Information, incentives and bargaining in the Japanese economy*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
4. Ansoff H. Igor, McDonnell J. Edvard, *Implanting Strategic Manegemaent*, Prentice Hall, 1990.
5. Babić M., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvene ustanove*, Beograd, 2012.
6. Bjegović V., Grujić V., *Vodič ka novom javnom zdravlju*, Beograd, 2007.
7. Bjegovic V, *Strateski pristup uslugama u zdravstvu; iskustva i preporuke EU*, Seminar: "Menadzment u zdravstvu", Institut za menadžment, FON, Beograd, 2006.
8. Boer H., During W.E., *Innovation, what innovation? A comparison between product, process and organizational innovation*, International Journal of Technology Management, 2001.
9. Brown J.S., Duguid, P., *Organizing Knowledge*, California Management Review, 40/3, 1998.
10. Brown S.L., Eisenhardt, K.M., *The Art of Continuous Change: Complexity Theory and Time-Paced Evolution in Relentlessly Shifting Organizations*, Administrative Science Quarterly, 42/1, 1997.
11. Brinkley I., *Defining the knowledge economy*, Knowledge economy programme report, July 2006
12. Brinkley I., Lee N., *The knowledge economy in Europe , A report prepared for the 2007 EU Spring Council*, October 2006
13. Bulat V.: " *Industrijski menadžment*", ICIM, Kruševac, 1999.
14. Burgelman E.A., *Intraorganizational Ecology of Strategy Making and Organizational Adaptation: Theory and Research*, Organization Science, 2/3, 1991.
15. Burns J., *Leadership*, New York: Harper and Row Publishers, 1978.
16. Ceranić S., *Strategijski menadžment*, Fakultet za menadžment malih preduzeća, Beograd, 2003.
17. Child J., *Strategic Choice in the Analysis of Action, Structure, Organizations and*

Environment: Retrospect and Prospect, Organization Studies, 18/1, 1997.

18. Chopra M, Munro S, Lavis J N, Vist G , Bennett S., Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*, 2008.

19. Christensen C.M., Raynor M.E., *The Innovator's Solution*, Boston, MA. Harvard Business School Press. 2003.

20. Cohen W.M, Levinthal, D.A., *Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation*, Administrative Science Quarterly, 35, 1990

21. Dal Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat LBA., *Monitoring and evaluation of human resources for health: challenges and opportunities with special applications for low- and middle-income countries*, Svetska zdravstvena organizacija, Ženeva, 2009.

22. Deloitte Insight Economics, *Impact monitoring and evaluation framework: background and assessment approaches*, Barton, Cooperative Research Centres Association of Australia, 2007.

23. Damanpour F., *Organizational Complexity and Innovation: Developing and Testing Multiple Contingency Models*, Management Science, 1996.

24. DeFillipi R., Organization Models for Collaboration in the New Economy, Human Resource Planning, 25/4, 2002.

25. Deželjin J., *Preduzetnički menadžment*, Zagreb, 1999.

26. Dieleman M. et al., *The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali*, Human Resources for Health, 2006

27. Drucker P., *Moj pogled na menadžment*, Asee books, 2001.

28. Drucker P., *Inovacije i preduzetništvo/Innovation and entrepreneurship/, praksa i principi*, II izdanje, Grmeč – Privredni pregled, Beograd, 1996.

29. Drucker P., *Menadžment za budućnost*, Privredni pregled, Beograd, 1995.

30. Džejms A., Stoner F., Friman E., *Klasici menadžmenta*, Želnid, Beograd, 2000.

31. Đorđević D., Bešić, Bogatić S., *Osnovne funkcije savremenog menadžmenta u preduzeću*, Prometej, Novi Sad, 2003.

32. Eldrige C., Palmer N., Performance – based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning*, 2009.

33. Fiol C.M., *Consensus, Diversity, and Learning in Organizations*, Organization Science, 5, 1993.

34. Franceško M., *Kako unaprediti menadžment*, 2001.
35. Gavrilović A., Trmčić S.: „Zdravstveni osiguranje u Srbiji – finansijski održiv sistem“, Međunarodna naučna konferencija „Menadžment 2012“, Zbornik radova, Beograd – Mladenovac 20 -21. April 2012.
36. Gavrilović A., Cvejić R., *Education, Discovering and support to young Entrepreneurs in Serbia*”, 3rd International Conference “Low, Economy and Management in Modern Ambiance, LEMiMA 2013., 18-20 April 2013., Beograd, Proceedings. Vol. 1, [organizer] Alfa University, Faculty for Education of the Executives; editor Života Radosavljević, Novi Sad
37. Gilmore A., *Services marketing and management*, Sage Publications, 2003.
38. Gilson L., *Trust and the development of health care as a social institution*. Social Science and Medicine 56, 2003
39. Glynn M.A., *Innovative Genius: A Framework for Relating Individual and Organizational Intelligence to Innovation*, Academy of Management Review, 21/4, 1996.
40. Glossary HFA Series No. 1-8
41. Godwin N., *Liderstvo i menadžment*, Manchester, 2005.
42. Govier I., Nash S., *Examining transformational approaches to effective, leadership in healthcare settings*, Nursing Times; 105: 18, 2009.
43. Grant ES., “ *Quality Medical Care*”, A definition. JAMA 1988;280:56-61.
44. Grant R.M., *Toward a Knowledge-Based Theory of the Firm*, Strategic Management Journal, 17, 1996.
45. Gray MJA. *Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*, Churchill Livingstone, 1997.
46. Greenwood R. Hinings C.R., *Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and New Institutionalism*, Academy of Management Review, 21/4, 1996.
47. Greve H. R., Taylor, A., *Innovations as Catalysts for Organizational Change: Shifts in Organizational Cognition and Change*, Administrative Science Quarterly, 45, 2000.
48. Grujić M.: ” *Menadžment*”, Svetlost, Čačak, 2003.
49. Hamel G., *The Why, What and How of Management Innovation*, Harvard Business Review, February 2006.
50. Hannan M.T., Freeman, J.H., *Structural Inertia and Organizational Change*, American

Sociological Review, 49/2, 1984.

51.Hernandez P., Dräger S., Evans DB., Tan-Torres Edejer T., Dal Poz MR., *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. Evidence and Information for Policy, Svetska zdravstvena organizacija, Ženeva, 2006.

52.Hornby P., Forte P.,*Guidelines for introduction of human resource indicators to monitor health service performance*, The Centre for Health Planning and Management, Svetska zdravstvena organizacija, Ženeva, 2002.

53.Husman K., *Human resource needs of modern occupational health services*, Helsinki, 2005.

54.Islam M., ed. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*, Submitted to the U.S. A gency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus, Management Sciences for Health. Arlington, VA, 2007.

55.Išoraitė M., The balanced scorecard method: From theory to practice, *Intellectual Economics*, No. 1(3), 2008.

56.Ivanović M., *Osnovi strategijskog menadžmenta*, Univerzitet Educons, Novi Sad, 2009.

57.Jeftić M., *Metodologija naučnog istraživanja u medicini*, Kragujevac, 2005.

58.Kahun H., Wiener A., *The Year 2000*, Mc Millan, New York, 1967.

59.Kang S.C., Snell, S.A., *Intellectual capital architectures and ambidextrous learning: A framework for human resource management*, Journal of Management Studies, 2009.

60.Kaplan, R. S., Norton, D. P., „The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance,“ *Harvard Business Review* January–February, 1992.

61.Khatri N., Felker A., *Impact of Transformational Leadership on Employee Motivation, Satisfaction, and Performance in Healthcare Organizations*, Academy Health Meet. 21, abstract no. 1511, 2004.

62.Kodama M., *Strategic Innovation in Traditional Big Business: Case Studies of Two Japanese Companies*, Organization Studies, 24/2, 2003.

63.Kotler Ph., *Upravljanje marketingom*, Informator, Zagreb, 1988.

64.Krajanović D., *Osnove zdravstvenog zakonodavstva, Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, Beograd, 2012

65.Kukrika M., *Menadžment intelektualnim kapitalom*, Fakultet za trgovinu i bankarstvo,

Beograd, 1997.

66.Lapčević M., Žigić D., Ivanković D., *Metodologija naučnog istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*, Beograd, 2002.

67.Lasley I., *Accounting Reasrch in National Helth service, Financial Accountability and Management*, Spring, 1991.

68.Lazarević A., *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvena politika*, Beograd, 2010.

69.Lawson J, Rotem A with Bates P., *Clinicians as managers*, McGraw-Hill Book Company, Sydney, 1996

70. Leković B., *Principi menadžmenta*, Subotica, 2006.

71.Lewin A.Y., Volberda, H.W., *Prolegomena on Coevolution: a Framework for Research on Strategy and New Organizational Forms*, *Organization Science*, 10/5, 1999.

72.Linneman R., Klein H.: *The Use of Multiple Scenarios by U.S.*

73.Lohr KN, Schroeder SA., "A strategy for quality assurance in Medicare", *N Engl J Med* 1990; 322:707-12.

74.Longest B.B., Rakich J.S., Dar K., *Upravljanje organizacijom i sistemom zdravstvenih usluga*, *Novine zdravstvene profesije*, Baltimor, 2000.

75.Ljubojević Č., *Marketing usluga*, Novi Sad, 2002

76. Mailbank Memorial Fund Reforming State Group: „Politika srednje javnog i privatnog sektora za zdravstvenu informatiku“, jun 1999.

77.Mays GP., McHugh MC., Shim K., Perry N., Lenaway D., Halverson PK., Moonesinghe R., *Institutional and Economic Determinants of Public Health System Performance*, *Am J Public Health*, 2006.

78.Marilyn M., Helms, *Encyclopedia of management*, 5th edition, gale, USA, 2006.

79.Martinez J., Matineau T., *Human Resources in the Health Sector: An International Perspective*. London: DFID Health Systems Resource Centre; 2002

80.Mašić B., *Strategijski menadžment*, Univerzitet Braća Karić, Beograd, 2001.

81.Mašić B., Babić L., Boljanović-Đorđević L., Tomašević V., Veselinović S., *Menadžment*, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2009.

82.Mezias S.J., Glynn, M.A., *The Three Faces of Corporate Renewal: Institution, Revolution, and Evolution*, *Strategic Management Journal*, 1993.

83.Mićović P., *Zdravstveni menadžment*, Beograd, 2008

84. Mićović P., *Zdravstveni menadžment*, Zdravstvena zaštita, 2009, vol. 38, br. 5.
85. Mihajlović B., Kostić N., *Menadžment u zdravstvu*, Beograd, 2005.
86. Milićević V., *Strategijsko poslovno planiranje: menadžment pristup*, Kultira, Beograd, 1993.
87. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, *Strategija primarne zdravstvene zaštite*, 2011-2015.
88. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: *Osnovi menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite*, Beograd, April 2011.
89. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, *Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite, Kako funkcioniše zdravstveni sistem u Republici Srbiji?*, 2012.
90. Mintzberg H., *Mintzberg on Management: Inside our strange world of organizations*, Free Press, New York, 1989.
91. Mintzberg H., *The Structuring of Organization*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1979.
92. Mitrović M., Gavrilović A., *„Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije”*, FBIM Transactions, Vol. 1 No. 2, izdavač - MESTE NVO, SZ & Associates, Toronto, Canada, 2013.
93. Mitrović M., Mitrović U., *Menadžment u teoriji i praksi; Fakultet za menadžment malih i srednjih preduzeća i Udruženje menadžera i konsultanata Srbije - UMIKS*, Beograd, 2013.
94. Munitlak, Ivanović, *„Savremeni koncepti strategijskog menadžmenta”*, Univerzitet Educons, 2009
95. Naylor T., *The Corporate Strategy Matrix, Basic Book*, New York, 1986.
96. Narodne novine RH, br.72/2006, Zagreb
97. Nelson B., *Menadžment za neupućene*, San Dijego, 2007.
98. Nelson R. R. , Winter, S.G., *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Cambridge, M.A.: The Belknap Press of Harvard University Press, 1982.
99. Nonaka I., *A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation*, Organization Science, 5., 1994.
100. Nonaka I., Takeuchi, H., *The Knowledge Creating Company*, New York: Oxford University Press, 1995.
101. O'Reilly C.A., Tushman M.L., *The ambidextrous organization. Harvard Business Review*,

2004.

102.Ovretveit J., “ *Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services*”, Blackwell Science, Oxford 1995:2.

103.Paunović Č., *Planiranje i analiza zdravstvenog sektora*, 2006.

104.Pavić Ž., *Zdravstvo i zdravstveni sistem*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 2007.

105. Pavlović M., *Odnosi s javnošću*, Beograd, 2003.

106.Penezić N., *Preduzetništvo*, Univerzitet Educons, Novi Sad, 2009.

107.Pettigrew A.M, Fenton, E.M., *The Innovating Organization.*, London, Sage Publications, 2000.

108.Polanyi M., *The tacit dimension*, New York: Anchor Day Books, 1996.

109.Poter W., Brajan, *Konkurentnska prednost nacije*, Beograd, 1990.

110.Pudja N., *Zdravstveni infomacioni sistem*, Vršac, 2006

111. Radulović V., *Usluge primerene potrebama pacijenata*, Danas, mart 2011.

112.Rakita B., *Međunarodni biznis i menadžment*, Beograd, 2006.

113.Rantanen J., *Basic Occupational health services strategy, structures, activeities, resources*, Helsinki, 2005.

114.Renko N. i dr., *Benčmarking u strategiji marketinga*, Mate, Zagreb, 1999.

115.Robbins B, Davidhizar R., *Transformational leadership in health care today*, The Health -Care Manager, 2007.

116.Robins S., Coulter M., *Menadžment, osmo izdanje*, (urednik izdanja na srpskom jeziku Prof. dr Branislav Mašić), Beograd, 2005.

117.Rosenbach W., Sashkin M., Harburg F, *The leadership profile*. Seabrook, MD: Ducochon Press, 1996.

118.Rowe AK., De Savigny D., Lanata CF., Victora CG., *How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?* Lancet, 2005.

119.Russell L., Ackoff, *Creating the Corporate Future*, John Wiley & Sons, 1981.

120.Shaw S., *International Council of Nurses: Nursing Leadership*. Oxford: Blackwell, 2007.

121.Sheldon T., *Promoting health care quality: what role performance indicators?* *Quality in Health Care* 7, 1998.

122.Shelton R., Davila T., *The Seven Rules of Innovation*, Optimize, August 2005.

123. Shortell M.S, Kaluzny, A.D., *Health Care Management: Organization Design &*

Behaviour, Thomson Delman Learning, Dec 30, 2009.

124. Shrivastava P., Mitroff, I. and Alvesson, M., *Nonrationality in Organizational Actions*, International Studies of Management and Organization, 17, 1987.

125. Simić S., Šantrić-Milićević M., Matejić N., Marinković J., Adams O., *Do we have primary health care reform? The story of the Republic of Serbia*, Health Policy [Epub ahead of print] PMID: 20181406, 2010.

126. Sladić B., *Menadžment kvaliteta isporučilaca*, Beograd, 2008.

127. Smith PC., Mossialos E., Papanicolas I., Leatherman S., *Performance Measurement for Health System Improvement*, Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press. Cambridge, 2009.

128. Sokić S., *Kapital u ekonomiji tranzicije*, C-print, Beograd, 2005.

129. Stamatović, M., *Zdravstvena zaštita i osiguranje*, Beograd, 1996

130. Stambolović V., *Alternativna medicina kroz milenijumsku tranziciju*, u Kovačić L., Zaletel-Kragelj L., *Menadžment u praksi zdravstvene zaštite*, Hans Jacobs Publishing Company, 2008

131. Šantrić-Milićević M., *Modelovanje planiranja potrebnih zdravstvenih kadrova u javnom sektoru sistema zdravstvene zaštite na nacionalnom nivou*, Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu 2010.

132. Šantrić-Milićević M, Bjegović-Mikanović V, Terzić-Šupić Z, Vasić V., *Competencies gap of management teams in primary health care*, *Europ J of Public Health*, 1-7. doi:

10.1093/eurpub/ckq010, 2010.68. Šantrić-Milićević M, Simić S., *Health workforce in Serbia in two periods: before and after 1950*. *Med Pregl*. 62(7-8):379-83. PMID: 19902793, 2009.

133. Šantrić-Milićević M, Simić S, Ivanović I., *Health Human Resources Performance in Serbia: Timelines for management at the Institutional Level*, Highlights on Human Capital - The International Symposium of Neuchatel (Switzerland), 14-16 October 2009. *Cah Socio Démo Méd*. Jul-September 2009; 3: 314-315.

134. Štangl-Šušnjar G., *Menadžment ljudskih resursa*, Subotica, 2005.

135. Šupić ZT., Bjegović V., Marinković J., Šantrić-Milićević M., Vasić V., *Hospital management training and improvement in managerial skills: Serbian experience*, Health Policy, Jan 27. [Epub ahead of print] PMID: 20116126, 2010.

136. Tarington D., Hall L., Taylor S., *Menadžment ljudskim resursima*, Beograd, 2004.

137. Tasić L.J., *Farmaceutski menadžment i marketing*, Beograd, 2002.
138. Teece D.J., *The Dynamic Firm*, Oxford: Oxford University Press, 1998.
139. The Baldrige National Quality Program 2009-2010. *Health Care Criteria for Performance Excellence*. Gaithersburg: National Institute of Standards and Technology.
140. Timo H., Janne J., *Uloga finansiranja zdravstva iz budžeta u ugovornom upravljanju*, Projekat Vlade Finske, 2011.
141. Todorović N., Gaić-Stevanović M., "Zaposleni u zdravstvu u transformaciji zdravstvenog menadžmenta", *Stom Glas S*, vol. 55, 2009
142. Tomašević V., Veselinović S., *Menadžment*, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2009.
143. Trofino J., *Transformational leadership in healthcare*, *Nursing Management*, 1995.
144. Tsai W., Ghoshal S., *Social capital and value creation: The role of intrafirm networks*, *Academy of Management Journal*, Vol. 41, 1998., No. 4.
145. Tushman M.J., Nelson, R.R., *Introduction: Technology, Organizations and Innovation*, *Administrative Science Quarterly*, 35/1, 1990.
146. Tushman M.L., Anderson P., *Technological Discontinuities and Organizational Environments*, *Administrative Science Quarterly*, 31/3, 1986.
147. Tushman M.L., O'Reilly, C.A., *Building Ambidextrous Organizations: Forming Your Own "Skunk Works"*, *Health Forum Journal*, 42/2, 1999.
148. Vujić D., *Menadžment ljudskih resursa i kvalitet*, Centar za primenjenu psihologiju, Beograd, 2003.
149. Vukajlović S., *Država – to smo mi sami*, *Vreme – Lični stav*, 2014.
150. Vukmanović Č., *Menadžment u zdravstvu*, Beograd, 1994.
151. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, („Sl. glasnik RS”, 107/2005).
152. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, “Sl. Glasnik RS”, br. 107/2005, 72/2009 – dr zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012), *Delatnost i organizacija zdravstvenih ustanova*.
153. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, “Sl. Glasnik RS”, br. 107/2005, 72/2009 – dr zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012), *Primarna, sekundarna i tercijarna zdravstvena delatnost*
154. Zaletel-Kragelj L., *Menadžment u praksi zdravstvene zaštite*, Hans Jacobs Publishing Company, 2008.
155. *Zdravstveni bilten*, Beograd, 2001

156. Wallace C., Pichler F., Hayes B., *First European Quality of Life Survey: Quality of work and life satisfaction*, Wyattville Road, Loughlinstown, Dublin 18, Ireland, 2012.
157. Walsh J.P., Ungson, G.R., *Organizational Memory*, *Academy of Management Review*, 16, 1991.
158. Walters S., Suhrcke M., *Socio-ekonomske nejednakosti u zdravlju i dostupnosti zdravstvene zaštite u centralnoj i istočnoj Evropi i zajednici nezavisnih država: pregled nedavno objavljene literature*; Kancelarija SZO za Evropu za investiranje u zdravlje i razvoj, radni dokument 2005/1
159. Weick K.E., *The Social Psychology of Organizing*, 2nd Ed. Reading, M.A.: Addison-Wesley, 1979.
160. White T, *Management for Clinicians*, London, 1993
161. WHO, *The world health report (WHR) 2006: working together for health*, Svetska zdravstvena organizacija, Ženeva, 2006.
162. WHO, Deklaracija iz Alma Ate, (SZO), 1978
163. WHO, Deklaracija SZO, 1980.
164. WHO Ottawa, 1986
165. WHO: Croatia-Health Systems in Transition, WHO Rregional Office for Europe. Copenhagen
166. Woolcock M., Narayan D., *Social Capital: Implications for Development Theory, Research, and Policy*, Final version submitted to the World Bank Research Observer, Vol. 15(2), 2000.
167. Wolfe B., *Organizational Innovation: Review, Critique and Suggested Research Directions*, *Journal of Management Studies*, 1994.
168. World Bank, *Serbia - Baseline survey on cost and efficiency in primary health care centers before provider payment reforms*, Human Development Sector Unit Europe and Central Asia Report; No. 45111-YF, 2009.

Internet izvori:

www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2011.pdf,

<http://www.lat.rfzo.rs>

<http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary>

<http://webmedicina.org>.

<http://www.medradanis.rs>.
<http://www.makroekonomija.org/zdravstvo/reforma-zdravstva-srbije-stub-nacionalnog-razvoja/>
<http://www.umpzss.org/>
www.famns.edu.rs/skup1/radovi_pdf/kolaric_radojic01.pdf
www.ipf.rs,
<http://mfub.edu.rs/dotAsset/53079.pdf>
<http://www.zjzs.org.rs/page.php?id=31>,
http://www.dzpalilula.org.rs/?page_id=210
: http://www.dzvozovac.rs/images/strateski_plan_dz_vozovac.pdf
http://www.theworkfoundation.com/Assets/PDFs/KE_Europe.pdf,
http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf
http://www.theworkfoundation.com/Assets/PDFs/defining_knowledge_economy.pdf,
www.vreme.co.rs/cms/view.php?id=886505&print=yes2/3,

PRILOZI:

PRILOG I: Primer anketnih listića korišćenih u istraživanju za anketiranje korisnika zdravstvenih usluga i za anketiranje zaposlenih u navedenim Domovima zdravlja:

Anketni list za korisnike zdravstvenih usluga

Tema: Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga u Domu zdravlja (maj –jun 2013. god.)

Godina rođenja: _____

Pol : Muški Ženski (zaokružiti)

Stručna sprema: VSS VŠS SSS KV NK (zaokružiti)

Posao koji obavljate: _____

(Zaokružiti jedan od odgovora)

Elementat: Ocenite dužinu čekanja na prijem

1. Da li su zdravstveni radnici počeli sa radom u 7 h?

a) da

b) ne

2. Da li smatrate da ste čekali na prijem duže nego što je bilo neophodno?

a) da

b) ne

3. Da li smatrate da ima dovoljno medicinskih tehničara na prijemu?

a) da

b) ne

4. Da li smatrate da je duže čekanje na prijemu zbog loše organizacije posla?

a) da

b) ne

Elementat: Ocenite kakav je bio odnos prema Vama pri pregledu kod lekara specijaliste?

1. Da li je lekar prema Vama bio ljubazan?

a) da

b) ne

2. Da li je lekar savesno i detaljno obavio zdravstveni pregled?

a) da

b) ne

3. Da li lekar daje jasna objašnjenja o bolestima i lekovima koje prepisuju pacijentu?

- a) da
 - b) ne
-

4. Da li je lekar odvojio dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom?

- a) da
 - b) ne
-

Element: Ocenite kvalitet zdravstvenog pregleda

1. Da li smatrate da su zdravstveni pregledi urađeni vremenski racionalno?

- a) da
 - b) ne
-

2. Da li ste pre zdravstvenog pregleda dobili ispravna uputstva o Vašem ponašanju pri pregledu na aparatima?

- a) da
 - b) ne
-

3. Da li smatrate da su lekari specijalisti uradili zdravstvene preglede prema Vašim očekivanjima?

- a) da
 - b) ne
-

4. Da li smatrate da su pojedini lekari uradili zdravstvene preglede formalno bez potpunog informisanja o Vašem zdravstvenom stanju?

- a) da
 - b) ne
-

Element: Ocena kvaliteta aparata kojima je vršen zdravstveni pregled

1. Da li smatrate da Vam je usluga pružena adekvatnom medicinskom opremom?

- a) da
 - b) ne
-

2. Da li je u toku pregleda dolazilo do zastoja u radu medicinskih aparata?

- a) da
 - b) ne
-

3. Da li smatrate da su aparati kojima ste pregledani zastareli?

a) da

b) ne

4. Da li smatrate da je medicinsko osoblje, koje je vršilo pregled sa aparatima, stručno osposobljeno?

a) da

b) ne

Element: Ocenite prijem i odnos prema Vama zaposlenih u Domu zdravlja

1. Da li je osoblje prema Vama ljubazno?

a) da

b) ne

2. Da li su Vam pružili jasne i tačne informacije?

a) da

b) ne

3. Ako ste imali usmene pritužbe ili sugestije da li je osoblje reagovalo u skladu sa Vašim očekivanjima?

a) da

b) ne

4. Da li ste doživeli neku neprijatnost u kontaktu sa osobljem?

a) da

b) ne

Element: Ocenite da li su poštovana Vaša prava kao pacijenta

1. Da li je poštovano Vaše pravo na informaciju?

a) da

b) ne

2. Da li je poštovano Vaše pravo na privatnost i poverljivost informacija?

a) da

b) ne

3. Da li je poštovano Vaše pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju?

a) da

b) ne

4. Da li je poštovano Vaše pravo na prigovor?

a) da

b) ne

Anketni list za zaposlene

Tema: Profesionalno zadovoljstvo zaposlenih u Domu zdravlja (maj – jun 2013. god.)

Godina rođenja: _____

Pol : Muški Ženski (zaokružiti)

Stručna sprema: VSS VŠS SSS KV NK (zaokružiti)

Posao koji obavljate: _____

(Zaokružiti jedan od odgovora)

Element: Zadovoljstvo adekvatnošću opremom za rad

1. Da li ste zadovoljni adekvatnošću opreme za rad?

a) veoma nezadovoljan

b) nezadovoljan

c) ni zadovoljan ni nezadovoljan

d) zadovoljan

e) veoma zadovoljan

Element : Međuljudski odnosi

2. Da li ste zadovoljni međuljudskim odnosima na poslu?

a) veoma nezadovoljan

b) nezadovoljan

c) ni zadovoljan ni nezadovoljan

d) zadovoljan

e) veoma zadovoljan

Element: Timski rad

3. Da li ste zadovoljni nepostrednom saradnjom sa kolegama – timski rad?

a) veoma nezadovoljan

b) nezadovoljan

c) ni zadovoljan ni nezadovoljan

d) zadovoljan

e) veoma zadovoljan

Element: Mogućnosti koje imate za kontinuiranu edukaciju

4. Da li ste zadovoljni mogućnostima koje imate za kontinuiranu edukaciju?

a) veoma nezadovoljan

b) nezadovoljan

c) ni zadovoljan ni nezadovoljan

d) zadovoljan

e) veoma zadovoljan

Element: Profesionalni razvoj

5. Da li ste zadovoljni mogućnošću profesionalnog razvoja?

a) veoma nezadovoljan

b) nezadovoljan

c) ni zadovoljan ni nezadovoljan

d) zadovoljan

e) veoma zadovoljan

Element : Zarada

6. Da li ste zadovoljni zaradom koju ostvarujete za posao koji obavljate?

a) veoma nezadovoljan

b) nezadovoljan

c) ni zadovoljan ni nezadovoljan

d) zadovoljan

e) veoma zadovoljan

Element: Podrška pretpostavljenih

7. Da li ste zadovoljni podrškom pretpostavljenih?

a) veoma nezadovoljan

b) nezadovoljan

c) ni zadovoljan ni nezadovoljan

d) zadovoljan

e) veoma zadovoljan

Element: Evaluacija rada

8. Da li ste zadovoljni evaluacijom vašeg rada od strane rukovodilaca?

- a) veoma nezadovoljan
 - b) nezadovoljan
 - c) ni zadovoljan ni nezadovoljan
 - d) zadovoljan
 - e) veoma zadovoljan
-

Element: Zadovoljstvo poslom

9. Da li ste zadovoljni svojim poslom?

- a) veoma nezadovoljan
 - b) nezadovoljan
 - c) ni zadovoljan ni nezadovoljan
 - d) zadovoljan
 - e) veoma zadovoljan
-