

# UTICAJ I EFIKASNOST PRIMJENE ZDRAVSTVENOG MENADŽMENTA U ORGANIZACIJI ZDRAVSTVENIH SLUŽBI

Sreten Tešanović<sup>1</sup>  
Lazo Kukobat<sup>2</sup>  
Sanja Tešanović<sup>3</sup>

## SAŽETAK

*Svjedoci smo svakodnevnih primjedbi i nezadovoljstva na funkcionisanje zdravstvene zaštite, što je dovoljan motiv za obavljanje istraživanja u okviru zdravstvenih službi. Sve češće u medijima, štampi, a posebno među pacijentima čuju se primjedbe na lošu organizaciju posla, dugo čekanje na pregled i dijagnostičke procere, neljubaznost ljekara i uopšte medicinskog osoblja, kao i nedovoljno dobijanje informacija o zdravstvenom stanju i liječenju. Navedene probleme je moguće prevazići uspostavljanjem dobre organizacije zdravstvene zaštite. Program zdravstvene njege u različitim dijelovima zdravstvene ustanove zahtijeva različit pristup u organizaciji i upravljanju. U ovom radu sagledaće se specifičnosti organizacije i rukovođenja u sestrinstvu u Opštoj bolnici Loznica, u različitim zdravstvenim službama, što predstavlja dodatnu specifičnost provedenog istraživanja. Cilj istraživanja je utvrditi razloge zbog kojih su medicinske sestre u najvećem broju nezadovoljne rukovođenjem i organizacijom rada u zdravstvenim službama i primenom menadžmenta u samoj organizaciji zdravstvenih službi, te istražiti oblike i modele unapređenja sistema zdravstvene zaštite, sa akcentom na menadžment u zdravstvenim službama.*

*svakoj fazi pružanja zdravstvene usluge. Tada bi se svaki od trenutnih problema, prihvatio kao izazov i na njega bi se lakše moglo uticati i djelovati.*

**KLJUČNE RIJEČI:** *menadžment, upravljanje poslovanjem, zdravstvena usluga, efikasnost*

## INFLUENCE AND EFFICIENCY OF APPLICATION OF HEALTH MANAGEMENT IN THE ORGANIZATION OF HEALTH CARE DEPARTMENTS

### ABSTRACT

*We are witnessing everyday complaints and dissatisfaction with the functioning of health care, which is a sufficient motive for conducting research within health services. More and more often*

1 Prof. dr Sreten Tešanović, Univerzitet Sv. Elizabeta, Visoka škola zdravstva i socijalnog rada, Bratislava, Slovačka, Konsultativni centar za Srbiju;

2 Prof. dr Lazo Kukobat, Visoka broderska škola akademskih studija, Beograd, Srbija;

3 Mr sc. dr Sanja Tešanović, specijalista porodične medicine, Dom zdravlja Ljubljana, Slovenija.

*in the media, press, but also among patients, there are complaints about poor organization of work, long waiting for a physical, the unkindness of doctors and other healthcare staff, as well as insufficient information from doctors and healthcare staff about the condition and treatment for which the patient is and came. These above mentioned problems can be overcome with the existence of a good healthcare organization from the highest level until the end of the scale. The health care program in different parts of the healthcare facility requires a different approach in organization and management. This paper will discuss specifics of organization, management and leadership in nursing at Loznica General Hospital, in different health services, which represents an additional specificity of the study. The aim of this paper is to present the structure of the respondents according to the degree of satisfaction with managing and organizing the work of the services, ie identify the most common reasons for dissatisfaction with the management and organization of work, and the improvement of the health care system with an emphasis on management in health services.*

**KEYWORDS:** *management, business administration, health service, efficiency*

## UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija navodi da dobro funkcionisanje zdravstvenog sistema zavisi od najmanje četiri vitalne funkcije: pružanja usluga, stvaranja resursa, finansija i definisanja i sprovođenja zdravstvene politike, a njegov glavni cilj je unapređenje zdravlja stanovništva. Efikasnost i uspješnost funkcionisanja zdravstvenog sistema mogu se poboljšati i ojačati kroz razvoj zdravstvene zaštite koja će se organizovati po principima naučnog upravljanja odnosno savremenog menadžmenta. Ova tvrdnja nam otvara novo pitanje, a to je “imaju li medicinske sestre dovoljno znanja i iskustva da organizuju sestriinsku službu po savremenim principima?” i “da li medicinske sestre u organizovanju zdravstvenih službi mogu i trebaju biti potpuno samostalne?”

Profil obrazovanja medicinskih sestara i dosadašnja praksa u radu s jedne strane ne idu u prilog samostalnosti u organizovanju, ali sa druge strane znanje, vještine i stečeno iskustvo ne manjka medicinskim sestrama zaposlenim u zdravstvenim službama. Kao logičan zaključak možemo izvrsti da je neophodno iskusne medicinske sestre profilisati u menadžere u svojim službama, obzirom da su usko specijalizovane u svojoj struci. Potrebno je uvesti izučavanje organizacije zdravstvene njege, rukovođenja i savremenog menadžmenta, da bi se uspješno riješili svakodnevni problemi u struci. Ovakav pristup doveo bi do smanjenja ukupnih troškova liječenja, a omogućio bi da se više novčanih sredstava usmjeri u tehničko-tehnološki napredak zdravstvenih službi i zdravstvenog sistema u cjelini, a u konačnici u poboljšanje zdravlja ljudi. Ako zdravstveni sistem ne funkcioniše dobro, za očekivati je da isti „škodi” zdravlju stanovništva, kako zbog lošeg rukovođenja, neadekvatne organizacije i neadekvatnog finansiranja. Navedeno zahtijeva odgovarajuću organizacionu strukturu sa uspješnim rukovođenjem, izvršavanjem i finansiranjem, a što je moguće postići korištenjem postojećeg znanja medicinskih sestara koje treba da kroz svoju praksu unaprijede sestriinstvo i postave temelje savremene organizacije zdravstvenih službi.

Kako u prilog poboljšanju ekonomskog razvoja ide činjenica da se poboljšanjem zdravlja isti značajno unapređuje, skrenuta je pažnja na procjenu funkcionisanja zdravstvenog sistema, a naravno u okviru njega i zdravstvenih službi. U to ime Svjetska zdravstvena organizacija 1994. godine je organizovala sastanak savjetodavne grupe posvećen performansama bolnica. Savjetodavna grupa je donijela zaključak da se bolnice mogu procijeniti na bazi: kliničkog funkcionisanja u smislu kvaliteta zdravstvenih službi i njihovih usluga,

administrativnog funkcionisanja, obučenosti osoblja za izvršenje svojih zadataka, kao i funkcionisanja u okviru svog budžeta. U uslovima globalizacije i razvoju menadžmenta u svim sferama poslovanja neophodno je strateško razmišljanje i analiza ukupnog poslovanja, da bi se zdravstveni sistem stalno razvijao i poboljšavao, što sve ima za cilj bolji kvalitet zdravlja stanovništva. Iskustva razvijenih zemalja svijeta pored unapređenja menadžmenta takođe ističu i potrebu za dodatnim resursima da bi se što bolje organizovali i funkcionisali. Teško je donijeti prave strateške odluke, jer one u sebi uvijek nose potencijalni rizik. Većina ljudi promjene doživljava kao prijetnju i teže da im se odupru. Strahuju za svoja radna mjesta ili su zabrinuti da njihovi kvaliteti neće biti dovoljni za nove zadatke koji se pred njih postavljaju. U takvim situacijama, osećaj nesigurnosti postaje snažniji, a povjerenje u menadžment se gubi, pogotovo u organizacijama koje su se suočile sa otpuštanjem radne snage usljed reorganizacijskih promjena. U ovakvim situacijama ključno je da se otpori promjenama pretvore u podršku. Zadatak menadžmenta je da kreira atmosferu timskog rada i lojalnosti organizaciji i tako stvori potrebu za poboljšanjem kvaliteta usluga u smislu povećanja efikasnosti i kvaliteta istih, te da bi rad profesionalaca bio transparentniji.

Predmet istraživanja ovog rada je menadžment u zdravstvenim službama, koji je prepoznat kao nosilac promjena u reformi zdravstvenog sistema sa osvrtnom na sve njegove segmente i elemente koji direktno utiču na pružanje zdravstvenih usluga. Menadžment u zdravstvenim službama, odnosno uvođenje sistema kvalitetnog zdravstvenog menadžmenta, sa ciljem pružanja što kvalitetnije zdravstvene usluge koja manje košta i postizanja većeg stepena kvaliteta zdravlja stanovništva, moguće je ostvariti kvalitetnim rukovođenjem i dobrom organizacijom uz pravilnu alokaciju resursa. Cilj istraživanja je da utvrdimo razloge zbog kojih su medicinske sestre u najvećem broju nezadovoljne rukovođenjem i organizacijom rada u zdravstvenim službama i primenom menadžmenta u samoj organizaciji zdravstvenih službi.

Upravljanje i rukovođenje zdravstvenim organizacijama, uz prihvatanje opštih principa menadžmenta, zahtijeva i poseban „ljudski/humani“ pristup, razumijevanje ljudskog ponašanja, odricanje u radu sa ljudima, a posebno kad su bolesni, ali i čitav niz menadžerskih vještina i vještina planiranja, koje su neophodne za uspješno funkcionisanje zdravstvene organizacije kao dijela jednog zdravstvenog sistema. U razvijenom dijelu svijeta zahtijeva se jasan koncept razvoja uz odgovarajuće principe menadžmenta, jer se zdravstveni sistem posmatra kao zdravstvena industrija, te menadžmet u zdravstvu poprima principe savremenog opšteg menadžmenta, tako da su glavni menadžeri zdravstvenih ustanova najčešće ljudi koji nisu ni ljekari ni medicinske sestre, izuzev ako nisu dodatno edukovani u tom pravcu.

## **SPECIFIČNOSTI MENADŽMENTA ZDRAVSTVENIH USTAVNOVA**

Uvažavajući činjenicu da je zdravstvo u velikom broju zemalja u okruženju, pa i kod nas, 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 procedura, opreme, materijala i ljudskih resursa, za nas predstavlja jedan od osnovnih strategijskih ciljeva. U procesu pružanja usluga kao krajnji cilj je postavljen sistem unapređenja pružanja zdravstvene usluge i uslova liječenja, uzimajući u obzir sve specifične zahtjeve i potrebe pojedinač-

nih zdravstvenih ustanova. (Dragić, 2012) Naš zadatak je, dakle, razumijevanje navedenih zahtjeva i potreba, ali i praćenje najsavremenijih teorijskih i praktičnih trendova, kao i pronalaženje modela za efikasnu implementaciju dostignuća iz oblasti menadžmenta u osnovnu djelatnost zdravstvenih ustanova, bilo da se radi o dijagnostici, porodičnoj 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 posljedica sve učestalijih promjena 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 dvije oblasti. (Dragić, 2010). Naš zadatak u istraživanju sekundarnih izvora podataka 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 zdravstvenih usluga uz kreiranje sistema koji inicira promjene i na taj način omogućava stvaranje komparativne prednosti na svim nivoima, uz predstavljanje i promovisanje onog što je dobro ne samo za profit, već za maksimiziranje kvaliteta zdravstvene usluge i korisnosti za sve stejkholdere. Globalizacija tržišta i rast potreba društva traže od svake organizacije da se organizuje tako, da zadovolji sve zahtjeve klijenata i da garantuje njihovo zadovoljstvo i satisfakciju. (Certo, 2008) Ovo u istoj mjeri važi i za zdravstvene ustanove u okviru zdravstvene djelatnosti. One moraju da obezbijede zadovoljstvo korisnika svojih usluga, ostvarujući najbolji mogući kvalitet u dijagnozi bolesti, liječenju i njezi pacijenata po prihvatljivim cijenama i uz najmanji mogući rizik pojave grešaka i nepovoljnih efekata u odnosu na pacijente. (Đukanović, 2006) Brzo povećanje znanja u oblasti medicine i farmacije, još brže povećanje složenosti medicinske tehnologije, svakodnevno uvođenje novih i sve složenijih medicinskih usluga, zahteva od zdravstvenih ustanova totalno novi način organizovanja i ponašanja. Iz tog razloga menadžment kvaliteta zdravstvenih usluga treba potpuno integrisati sa čitavim poslovnim sistemom zdravstvene ustanove, što znači da savremene strategije menadžmenta kvaliteta usluga i zahtjevi sistema menadžmenta kvalitetom, treba da prožmu čitav organizacioni sistem i njegovu kompletnu mrežu procesa.

Kreiranje ISO standarda je motivisano s ciljem da se pomogne organizacijama iz različitih djelatnosti i različitih veličina, da primijenjuju i sprovede sistema menadžmenta kvalitetom. Sistem menadžmenta kvalitetom nameće obavezu da se kvalitet usluge kontinuirano mjeri i da se procjenjuje stepen zadovoljstva korisnika. S obzirom da je svaka vrsta usluge specifična, uslužne organizacije rješenje problema ocjenjivanja kvaliteta svoje usluge vide u različitim vrstama upitnika, koji su u te svrhe priznaćemo zaista nedovoljni. (Crosby, 1989). Iz ovog razloga uslužne organizacije moraju uložiti više napora u ocjenjivanju kvaliteta, za razliku od organizacija sa materijalnom proizvodnjom. Da bi prevazišle problem ocjenjivanja kvaliteta usluge potrebno je da uslužne organizacije realizuju prikupljanje reklamacija, primjedbi i pohvala od strane korisnika, definišu mjere i ciljeve kvaliteta koji su bitni sa aspekta zadovoljstva korisnika, upravljaju neusaglašenostima, a sve u cilju preventivnog djelovanja i stvaranja poboljšanja. Kvalitet zdravstvene zaštite je prepoznat kao jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite, kako državnog, tako i privatnog sektora. Stalno unapređenje kvaliteta i bezbjednosti pacijenata je sastavni dio svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih profesionalaca, zdravstvenih saradnika

i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu. Stalno unapređenje kvaliteta predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i uspješnosti u radu, kao i veće zadovoljstvo korisnika i davalaca zdravstvenih usluga. Stalno unapređenje kvaliteta zahtijeva uvođenje kulture kvaliteta koja će podjednako uključiti sve zainteresovane grupe, 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 zdravstvene organizacije u cjelini, a posebno ulogu menadžmenta u okviru radnog procesa i procedura, a ne samo pojedinačnog izvršenja u zadovoljavanju potreba korisnika. (Maksimović, 2014) Ovaj pristup usmjeren je ka tome da menadžment zdravstvene ustanove utvrdi zašto se nešto dešava i da otkrije puteve koji mogu da preveniraju loš kvalitet. Izgradnja unutrašnjeg sistema praćenja i poboljšanja kvaliteta i bezbjednosti zdravstvenih usluga predstavljaju primarni cilj i motiv rada menadžera zdravstvene ustanove.

Mnogi smatraju da je dovoljno obezbijediti resurse – dovoljan broj „uvježbanog“ osoblja, opremu i novac i da će se kvalitet desiti sam po sebi. U praksi se to uglavnom ne dešava. Američki guru kvaliteta Crosby je 1979. g. napisao je knjigu pod nazivom „Kvalitet je besplatan“ (želio je zapravo reći da nedostatak kvaliteta košta) i u toj knjizi tvrdi da se provjerom prakse i redukcijom rasipanja mogu postići značajne uštede koje prevazilaze troškove uvođenja novih procedura. Nažalost, to nije uvijek tačno, jer uvođenje novih tehnologija zahtijeva značajna ulaganja. Na primjer, porast različitih programa skrininga u Velikoj Britaniji doveo je do porasta stope kompijuterizacije u porodičnoj medicini sa 35% na 90%. To je bila ogromna investicija čiji su troškovi nadmašili uštede koje su se postigle u smanjenju oboljevanja stanovništva poslije uvođenja skrininga. Očigledno je, da različiti pogledi na kvalitet treba da budu u jednoj dinamičkoj ravnoteži. Jedan od najčešćih konflikata je onaj između troškova i kvaliteta. Naročito je značajan rastući konflikt između pacijentovog i profesionalnog pogleda na kvalitet. Bolje informisana javnost sve više iskušava tradicionalnu ekspertizu ljekara. Dio te rastuće svjesnosti o pravima pacijenata prouzrokovao je porast broja parničnih postupaka i traženje naknada štete zbog nesavjesnog lečenja, sudskim putem. To može imati brojne posljedice, ali jedna ključna je da zdravstveni profesionalci mogu preduzeti drugačiji tok aktivnosti liječenja, sa ciljem da se zaštite od rizika i da odustanu od pristupa koji favorizuje pacijente. Teško je pomiriti različite stavove, aspekte posmatranja i očekivanog stepena kvaliteta između donosilaca zakonske regulative u zdravstvu, finansijera, medicinskih profesionalca, menadžmenta medicinskih ustanova i pacijenata kao najvažnijih u tom lancu. (Tešanić, 2019) Interesi ovih grupa uvek su suprotstavljeni jedni drugima. To nam upravo objašnjava, zašto je diskusija o kvalitetu zdravstvene zaštite toliko kompleksna i zašto uvođenje sistema kvaliteta u zdravstvo napreduje tako sporo. Mehanizmi postizanja i podsticanja pružanja visokokvalitetne zdravstvene usluge ne vezuju se samo za stručnost kadrova, već se usmjeravaju ka saradnji sa pacijentom, saradnji sa kolegama i sveukupnoj dobroj komunikaciji.

## MENADŽMENT ZNANJA U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

Sposobnost organizacije da uči i da se menja, da uči brže od drugih i da naučeno brzo pretvori u poslovnu aktivnost, predstavlja najveću prednost koju ona može da posjedu-

je. Michael Porter u svom djelu Knowledge management predstavlja interdisciplinarni poslovni koncept koji u svom fokusu ima organizaciono učenje. (Porter, 2006) Koncept menadžmenta znanja je ukorijenjen u mnogim disciplinama uključujući biznis, ekonomiju, psihologiju i menadžment informacionih sistema. Za današnje organizacije pitanje menadžmenta znanja je nesporno i neophodano za postizanje konkurentske prednosti. Menadžment znanja uključuje ljude, tehnologiju, procese kao međusobno povezane i preklapajuće elemente. Menadžment znanja se najčešće opisuje kao proces u kome se znanje osvaja, čuva, dijeli i primjenjuje. To je koncept kolektivnog znanja jedne organizacije čiji krajnji cilj predstavlja efikasna primjena znanja u situacijama u kojima se donose odluke. Takvo znanje mora biti od značaja i korisno – primjenjivo u procesu donošenja i sprovođenja odluka u organizacijama. Menadžment znanja je proces usvajanja i korištenja kolektivnog iskustva organizacije u bilo kom dijelu poslovnog procesa – na papiru u dokumentima, bazama podataka (eng. explicit knowledge – eksplicitno, vidljivo znanje) ili u umovima zaposlenih (tzv. tacit knowledge, eng. – prećutno, nevidljivo znanje). Osim glavnih podprocesa koncept menadžmenta znanja sadrži i dizajniranje najjačih polja organizacije. Tu prije svega mislimo na: poslovne procese, informacione tehnologije, liderstvo, korporativnu kulturu, upravljanje ljudskim resursima i kontrolu procesa. (Mićović, 2010)

Menadžment znanja se može definisati samo uz pomoć tri komponente: procesa, ljudi i informacione tehnologije, dok menadžment nauke u zdravstvu ima ukupno četiri koncepta: orijentacija; cilj; intenzitet; marketing. (Mićović, 2010) Održivost vlastitih institucija predstavlja izazov postavljen pred savremeni menadžment u zdravstvenoj zaštiti u uslovima opterećenim povećanjem cijena koštanja i različitim zahtjevima u pogledu bezbjednosti i kvaliteta zdravstvenih usluga. Pritisci na novi koncept menadžmenta zdravstvenog sistema su mnogobrojni, ali se mogu, s obzirom na važnost, izdvojiti sledeći: racionalizacija zdravstvenog sistema; pozicioniranje zdravstvene djelatnosti; integracija zdravstvene zaštite; transparentnost reformskih aktivnosti; nove forme i profesije u zdravstvenoj zaštiti.

## SAVREMENI MENADŽEMENT U SESTRINSTVU

Sistem organizacije i funkcionisanja zdravstvenih ustanova/organizacija bitno utiče na organizaciju sestrijske službe u kojoj ona ima svoju izuzetno značajno mjesto i ulogu. Savremena organizacija sestrijske službe omogućava medicinskim sestrama da u potpunosti koriste svoje znanje i stručnost kako bi obezbijedile zdravstvenu njegu visokog kvaliteta. Na svjetskom tržištu, zbog profitabilnosti zdravstvenih ustanova i njihove konkurencije, došlo je do stvaranja savremenih organizacionih modela i novih načina organizovanja, odnosno modela koji služe kao primjer za dizajniranje odlične sredine za kvalitetnu zdravstvenu njegu i za sprovođenje visoko kvalitetne sestrijske prakse. Veći broj zdravstvenih organizacija se postepeno razvija i prilagođava najnovim modelima savremene organizacije sestrijsstva. Osnovni faktori koji su od presudnog značaja i koji utiču na organizacionu strukturu su prije svega priroda posla, tehnologija, ljudi i kultura, dok je za efikasnu organizaciju sestrijskog rada neohodna podjela rada, organizaciona struktura i koordinacija. (Milović, 2003).

Zdravstvene ustanove moraju voditi računa o svojoj „proizvodnoj liniji“, u okviru koje zdravstvena njega predstavlja proizvod tj. produkt koji se sprovodi i plasira, a produkt i „proizvodna linija“ zahtijevaju dobro organizovanu sestrijsku službu, kako bi se dobro proizvodilo i plasiralo. Diplomirane medicinske sestre-menadžeri i uopšte „sestrinstvo“

treba da prihvate organizacione teorije, od tradicionalnih do savremenih, jer će na temeljima teorije i iskustava graditi nove modele za bolje organizovanje sestriinske službe. (Grant, 1988) Organizaciona šema zdravstvene ustanove služi za simboličko predstavljanje organizacione strukture po radnim jednicama, funkcijama, sektorima i upravljačkim pozicijama i procesima. Savremenu organizacionu šemu sestriinske službe čine četiri osnovna elementa: nivo vrednovanja sestriinstva u ustanovi, njihova samostalnost u radu, njihova spretnost da imaju samostalnost u odlučivanju i sposobnosti sestara da se izbore za promjene u svojoj profesiji.

Savremeni menadžment u sestriinstvu uobziruje takvu podjelu rada koja podrazumijeva specijalizaciju samo o okviru izvršnih aktivnosti, dok podjela posla obuhvata specijalizaciju svih vrsta aktivnosti, uključujući i aktivnosti koje obavljaju sestre menadžeri. (Ranković i Vasiljević, 2004). Specijalizacija poslova omogućava sticanje vještina u okviru uskih oblasti, tako da sestre koje se njima bave postaju stručnjaci za tu vrstu posla. Međutim, specijalizacija za određenu vrstu posla u sestriinstvu može imati i svoje negativnosti tj. da dođe do otuđenja od drugih poslova. Da bi se eliminisao ovaj problem otuđenja, koriste se različite metode proširenja stepena odgovornosti – timski rad, obuka zaposlenih za obavljanje većeg broja poslova, rotacija u okviru radnog procesa. U većim zdravstvenim organizacijama/ ustanovama često postoji nekoliko nivoa glavnih sestara koje obavljaju svoje aktivnosti vezane za poslove i radne zadatke koje obavljaju. Tako se razlikuje: sestra menadžer na centralnom nivou (glavna sestra ustanove); sestra menadžer srednjeg nivoa; sestra menadžer prvog nivoa. U praksi ne postoji univerzalni model po kome je organizovana sestriinska služba već svaka ustanova ima svoju vlastitu organizaciju, tj. organizacionu šemu sestriinske službe. Svaki model organizovanja sestriinske službe u praksi mora da omogućuje horizontalnu i vertikalnu povezanost, podjelu poslova prema stepenu obrazovanja, efikasnost u rukovođenju, stepen odgovornosti svakog pojedinca u sistemu rukovođenja, a sve u cilju unapređenja kvaliteta zdravstvene njege i sestriinstva u ustanovi.

## METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Primarno istraživanje je izvršeno kao prospektivna studija u Opštoj bolnici u Loznici u periodu od 01. 09. do 30. 09. 2018. Ispitanici su bili medicinske sestre zaposlene na različitim poslovima u svim odjeljenjima i organizacionim cjelinama. Uzorak istraživanja je obuhvatio 100 medicinskih sestara/tehničara, a u istraživanju je korišten instrument istraživanja u vidu anketnog upitnika koji je sadržavao 21 pitanje zatvorenog tipa. Ispitanici su zaokruživanjem odgovorili na sva postavljena anketna pitanja, anonimno i nije bilo nevažjećih upitnika. Uzorak je odabran metodom slučajnog izbora, a ispitanici su bili različitih životnih dobi (od 20 do +50 godina starosti). Prikupljeni podaci obrađeni u statističkom programu SPSS v23. Rezultati istraživanja su dati u nastavku, a na osnovu kojih su izvedeni zaključci o uticaju i efikasnosti primjene zdravstvenog menadžmenta u organizaciji zdravstvenih službi, te u skladu sa postavljenim ciljem istraživanja utvrđeni su oblici i modeli unapređenja sistema zdravstvene zaštite u zdravstvenim službama.

## REZULTATI ISTRAŽIVANJA SA DISKUSIJOM

Analizom rezultata anketnih pitanja, uzorak od 100 ispitanika su činile medicinske sestre različitih starosnih dobi, a najveći broj anketiranih medicinskih sestara je od 36-50

godina ili njih 45; 20 sestara ima više od 50 godina života; dok je 35 sestara u životnoj dobi od 20 do 35 godina. (Tabela 1.) Najveći broj anketiranih medicinskih sestara je sa radnim stažom od 16-30 godina, njih 47; od 6 – 15 godina staža ima 30 ispitanika; do 5 godina staža ima 13; a više od 30 godina staža ima 10 medicinskih sestara. (Tabela 2.)

		Stručna sprema				Total
		SSS	VŠS	VSS	spec mr dr	
Starosna dob	20-35	26	4	4	1	35
	36-50	45	0	0	0	45
	+50	20	0	0	0	20
Total		91	4	4	1	100

Tabela 1. Starosna dob \* Stručna sprema – Crosstabulation

		Stručna sprema				Total
		SSS	VŠS	VSS	spec mr dr	
Radni staž	do 5	13	0	0	0	13
	6-15	30	0	0	0	30
	16-30	47	0	0	0	47
	preko 30	1	4	4	1	10
Total		91	4	4	1	100

Tabela 2. Radni staž \* Stručna sprema - Crosstabulation

Najveći broj zaposlenih medicinskih sestara je sa srednjom stručnom spremom, odnosno njih 91 (91%). Po četiri medicinske sestre ili po 4% imaju višu, odnosno visoku stručnu sprema, dok samo jedna sestra od ukupnog broja anketiranih ima završene postdiplomске studije. Medicinske sestre sa višom, visokom stručnom spremom, specijalizacijom ili završenim postdiplomskim studijama pripadaju grupi sa preko 30 godina radnog staža.

Prema dobijenim podacima najveći broj anketiranih medicinskih sestara zaposleno na bolničkom odeljenju, njih 72 (72%), njih 18 (18%) radi u Jedinici intenzivne terapije/Anesteziji/Operacionoj sali, 6% sestara radi u specijalističkoj ambulanti, dok je 4% zaposleno na ostalim radnim mestima.

Većina medicinskih sestara prema obliku rada ili njih 69% radi u smjenama od po 12 sati, sa razmakom između dnevne i noćne smjene od 24 sata, a između noćne i dnevne smjene sa razmakom od 48 sati. Od ukupnog broja anketiranih sestara njih 14 (14%), radi u tri smjene, dok njih 17 radi samo prvu smjenu.

Struktura ispitanika prema obavljanju rukovodeće funkcije nam pokazuje da njih 13 (13%) obavlja neku od rukovodećih funkcija. Kada se ovaj podatak uporedi sa procentom sestara sa višom/visokom stručnom spremom (9%), može se zaključiti da je oko 30% medicinskih sestara sa srednjom školom na nekoj od rukovodećih funkcija.

Na pitanje o korištenju dnevne pauze tokom radnog vremena iz rezultata se može zaključiti da od ukupnog broja anketiranih sestara, njih 75 ili 75% nikada ne koristi pauzu u toku radnog vremena, 13% redovno koristi pauzu, dok 12% sestara ponekad koristi pauzu u toku radnog vremena. Kada se ovi podaci uporede sa odgovorima na pitanje o mjestu rada, može se zaključiti da nijedna sestra zaposlena u Jedinici za intenzivnu terapiju/operacionoj sali/ anesteziji, nikada ne koristi pauzu u toku radnog vremena, dok sestre zaposlene u specijalističkim ambulantomama najčešće koriste pauzu.



		Obavljanje rukovodeće funkcije		Total
		da	ne	
Radni staž	do 5	0	13	13
	6-15	0	30	30
	16-30	13	34	47
	preko 30	0	10	10
Total		13	87	100

*Tabela 3. Radni staž \* Obavljanje rukovodeće funkcije - Crosstabulation*

Na pitanja vezana za poznavanje propisa zaštite na radu na radnom mjestu, 86 ispitanika ili 86% djelimično poznaju propise zaštite na radu, 12 u potpunosti poznaje propise, dok 2 ispitanika ne poznaje propise zaštite na radu. Kada se ovi podaci uporede sa stručnom spremom ispitanika, može se zaključiti da je broj ispitanika koji je u potpunosti upoznat sa propisima zaštite na radu, približan broju sestara sa završenom višom/visokom školom. Svi ispitanici su potvrdili da su sredstva za zaštitu na radu djelimično obezbeđena od strane zdravstvene ustanove i da imaju obezbjeđen/da se redovno provodi sistematski pregled zaposlenih.

I ako su zaposleni ispitanici podvrgnuti redovnim ljekarskim sistematskim pregledima 31% anketiranih smatra da je obolio od bolesti za koju smatra da je posljedica rada na njihovom radnom mjestu. Upoređujući ove podatke sa podacima iz Registra oboljelih od profesionalnih bolesti, gde se procenat oboljelih kreće oko 10%, može se zaključiti da je ovaj broj oboljelih ispitanika, koji smatraju da je njihova bolest posljedica rada na njihovom radnom mestu, oko 3 puta veći.

Na pitanje o načinu i vremenu sticanja obrazovanja, najveći broj ispitanih sestara nije nastavio školovanje nakon završene srednje škole ili njih 85%. Od ukupnog broja anketiranih sestara, njih 3% su završile višu/strukovnu školu prije zaposlenja, 6% je završilo školu uz rad, dok se 6% sestara trenutno školuje uz rad. Broj sestara koji se sada školuje uz rad je samo za 1/3 manji od ukupnog broja medicinskih sestara, što svakako ukazuje na potrebu, želju i volju medicinskih sestara da unapređuju svoja znanja i kontinuirano se usavršavaju u struci. Ovo potvrđujemo i rezultatima, da najveći broj sestara 63%, na predavanja odlazi zbog praćenja novosti u struci, 21% sestara kao razlog navodi da edukaciju smatra svojom obavezom, dok 16% sestara prisustvuje edukaciji zbog obnavljanja licence.

U skladu sa predmetom i ciljem istraživanja o zadovoljstvu organizacijom rada u njihovoj službi, rezultati nam pokazuju da najveći broj anketiranih ili 66% nije zadovoljno organizacijom rada u svojoj službi, 12% ispitanika je zadovoljno, dok je 22% ispitanika djelimično zadovoljan organizacijom rada. Upoređivanjem ovih podataka sa podacima dobijenim o broju zaposlenih koji obavljaju rukovodeću funkciju, može se zaključiti da su organizacijom rada zadovoljni ispitanici koji se nalaze na rukovodećim funkcijama, što predstavlja zabrinjavajući podatak.

Kako je najviše ispitanika nezadovoljno organizacijom posla, istražili smo šta je najčešći razlog nezadovoljstva. Najveći broj ispitanika navodi razlog da je to povećan obim posla ili 65 ispitanika, odnosno 74% onih koji su se izjasnili kao nezadovoljni organizacijom rada. Sljedeći razlog, po zastupljenosti, je ostvarivanje većeg broja prekovremenih sati, što kao razlog nezadovoljstva navodi 60 ispitanika, odnosno 68% nezadovoljnih organizacijom rada službe. Nedostatak sestrinskog kadra, kao razlog nezadovoljstva navodi 48 ispitanika

što predstavlja 55% od ukupno nezadovoljnih ispitanika, dok je druge razloge navelo 11 ispitanika, odnosno 13%. Ispitanici su mogli da zaokruže više razloga.

		Da li ste zadovoljni organizacijom rada Vaše službe			Total
		da	ne	djelimično	
Starosna dob	20-35	12	1	22	35
	36-50	0	45	0	45
	+50	0	20	0	20
Total		12	66	22	100

Tabela 4. Starosna dob \* Da li ste zadovoljni organizacijom rada Vaše službe - Crosstabulation

		Da li ste zadovoljni rukovođenjem u Vašoj ustanovi i Vašoj službi			Total
		da	ne	djelimično	
Starosna dob	20-35	11	5	19	35
	36-50	0	45	0	45
	+50	0	20	0	20
Total		11	70	19	100

Tabela 5. Starosna dob \* Da li ste zadovoljni rukovođenjem u Vašoj ustanovi i Vašoj službi - Crosstabulation

Najveći broj anketiranih, pored nezadovoljstva sa organizacijom službe nije zadovoljan ni sa rukovođenjem u svojoj službi. Njih 70% nije zadovoljno rukovođenjem u svojoj službi i ustanovi, 11% ispitanika je zadovoljno, dok je 19% ispitanika djelimično zadovoljno rukovođenjem. Upoređivanjem ovih podataka sa podacima dobijenim o zadovoljstvu ispitanika organizacijom rada, može se zaključiti da su dobijeni približno isti rezultati, odnosno da se pojmovi organizacija i rukovođenje poistovjećuju ili prožimaju.

Vezano za naprijed navedene rezultate ispitali smo koji su to najčešći razlozi nezadovoljstva u upravljanju i organizaciji posla. Najčešći razlog nezadovoljstva je favorizovanje pojedinih medicinskih sestara, što navodi kao razlog 76 ispitanika, odnosno 85% onih koji su se izjasnili kao nezadovoljni rukovođenjem. Sljedeći razlog, po zastupljenosti, je loša komunikacija na relaciji rukovodioc – izvršilac, što kao razlog nezadovoljstva navodi 66 ispitanika, odnosno 74% nezadovoljnih rukovođenjem. Nejednaki kriterijumi za sve medicinske sestre, kao razlog nezadovoljstva navodi 63 ispitanika što predstavlja 70%, dok je kao druge razloge je navelo 14 ispitanika, odnosno njih 16% od ukupnog broja ispitanika koji su se izjasnili kao nezadovoljni rukovođenjem u svojoj službi. Ispitanici su mogli da zaokruže više razloga.

Kako glavne sestre ustanove i klinika rukovode, organizuju i koordiniraju poslovne aktivnosti ispitali smo odnos glavnih sestara prema medicinskim sestrama tehničarima u odjeljenjima. Nešto više od polovine anketiranih ili 51% je mišljenja da je odnos glavne sestre podnošljiv, 22% ispitanika smatra da je taj odnos kolegijalan, 21% smatra da je odnos glavne sestre nadmoćan, dok samo 6% sestara smatra da je taj odnos podržavajući, odnosno prijateljski. Upoređivanjem ovih podataka sa podacima dobijenim analizom zadovoljstva rukovođenjem, možemo zaključiti da je približno isti broj ispitanika koji nije zadovoljan rukovođenjem i ispitanika nezadovoljnih odnosom glavne sestre prema medicinskim sestrama, iz čega se može izvesti zaključak da nezadovoljstvo rukovođenjem proističe iz odnosa na relaciji glavna sestra – medicinska sestra/tehničar. Svakako ovdje ćemo

napomenuti da se oko dvije trećine anketiranih, ili njih 66%, izjasnilo da je nezadovoljno uslovima rada na radnom mjestu, 30% ispitanika je djelimično zadovoljno, dok je samo 4% ispitanika zadovoljno uslovima rada na radnom mjestu.

Vežano za prethodno navedene rezultate utvrdili smo koji su to najčešći razlozi nezadovoljstva; loši međuljudski odnosi u radnoj sredini ili 75% i loš odnos nadređenih 70%, zatim sljedeći razlog po zastupljenosti je podcjenjivački i netolerantan odnos drugih profesija ili 45%, zatim izostanak kriterijuma za vrednovanje radnih rezultata ili 25%, uznemiravanje od strane kolega, nadređenih i drugih 15%, nepostojanje standarda i normativa 13%, te nepostojanje jasne politike u razvoju sestinstva i druge razloge je navelo je po 6% ispitanika. Ispitanici su mogli da zaokruže više razloga.

Pored toga što moraju da budu lideri i da imaju viziju, rukovodioci u zdravstvenim ustanovama u svojim svakodnevnim aktivnostima moraju da budu inovativni, fleksibilni, da respektuju znanje i iskustvo osoblja na svim nivoima upravljanja procesima i radnim zadacima u okviru zdravstvene ustanove, da unapređuju timski rad i komunikaciju između odeljenja i službi, da nagrađuju timove i osoblje za kvalitetan rad.

Menadžment mora da donese strategiju poboljšanja kvaliteta ustanove kao dio ukupnog strateškog planiranja. Cilj te strategije je promjena u načinu ponašanja zaposlenih, postepena izgradnja unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i bezbjednosti, te bolji i kvalitetniji menadžment zdravstvenih usluga. Potrebno je da rukovodilac ima jedno veliko stručno i naučno iskustvo da bi mogao da prepozna određene probleme na koje može naići, da ima viziju napredovanja ustanove u određenim oblastima, da odmah primijeti šta je to neophodno da se uradi ili promijeni u neposrednom radu, da bi ustanova na najbolji mogući način odgovorila zahtjevima koji pred njom stoje, a to je da se pacijentima pruži najviši nivo stručne i naučno utemeljene zdravstvene njege, to jest da se što uspješnije liječe.

## ZAKLJUČAK

Zdravstveni menadžeri i iskusno medicinsko osoblje kome je povjerena organizaciona i funkcija upravljanja mogu i moraju da budu jedan tim, sa zajedničkim ciljem razvoja zdravstvenih ustanova i unapređenja zdravstvenih usluga. Funkcionisanje zdravstvenih ustanova ima svoje limite i ograničenja u načinu i obimu finansiranja cjelokupnih potreba modernog i efikasnog sistema zdravstvene zaštite. Zdravstveni menadžment u dobrom dijelu može da unaprijedi sistem rada i poslovanja sa aspekta efikasnosti i efektivnosti, ali ne može da unaprijedi tehnologiju zdravstvenih usluga u svim oblastima medicine bez njene modernizacije i nabavke savremenih aparata i uređaja. Ekonomska kriza, nedostatak sredstava za neometano punjenje budžeta u velikoj mjeri onemogućuje brži tehničko-tehnološki razvoj u oblasti medicine i zdravstvene njege. 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.

Od velike je važnosti rad na prepoznavanju, priznavanju i promociji zdravstvenog menadžmenta kao profesije. Fokusiranjem pažnje na izgradnju stručnih kapaciteta, jačanje menadžerskih vještina i sposobnosti, kao i korištenje pozitivnih primjera i iskustva tzv. najbolje prakse posebno iz razvijenih zemalja, čitav zdravstveni sistem dobija mogućnost da se modernizuje i unaprijedi savremeni menadžment u sestinstvu.

Istraživanjem sekundarnih podataka i provedenim primarnim istraživanjem ostvarili smo postavljeni cilj istraživanja koji je vezan za unapređenje sistema zdravstvene zaštite sa akcentom na menadžment u zdravstvenim službama tj. savremeni menadžment u sestrinstvu. Provednim primarnim istraživanjem potvrdili smo postavljenju hipotezu da su medicinske sestre u najvećem broju nezadovoljne rukovođenjem i organizacijom rada u zdravstvenim službama i primjenom menadžmenta u organizaciji zdravstvenih službi. Implementacija kvalitetnog menadžment sistema u zdravstvenim službama treba da dovede do pružanja kvalitetne zdravstvene usluge sa krajnjim ciljem pozitivnog uticaja na zdravlje ljudi, uz pravilnu alokaciju resursa i sa što manje finansijskih sredstava tj. njihovo racionalno korištenje.

## LITERATURA

1. Certo, C.S. (2008). *Moderni Menadžment*, Mate naklada, Zagreb
2. Crosby, B. P. (1989). *Kvaliteta je besplatna*, Privredni vijesnik, Zagreb, ISBN: 86-80815-19-5
3. Dragić, M. (2010). *Organizacija zdravstvene službe*, Visoka medicinska škola Prijedor
4. Dragić, M. (2012). *Menadžment u zdravstvu*, Visoka medicinska škola Prijedor
5. Đukanović, V. (2006). *Upravljački proces za razvoj zdravstva, Zdravstvena zaštita, Komora zdravstvenih ustanova Srbije*, Beograd
6. Grant, E. S. (1988). *Quality Medical Care - A definition*, JAMA
7. Hamel, G. (2009). *Budućnost menadžmenta*, Mate naklada, Zagreb
8. Kekuš, D., (2009). *Zdravstveno vaspitanje*, Digital art, Beograd
9. Kekuš, D. (2011). *Komunikacije u profesionalnoj praksi zdravstvenih radnika*, Beograd
10. Kotler, F. (2004). *Osnove marketinga*, Data status, Beograd
11. Kotler, F. (2006). *Marketing Menadžment*, Data Status, Beograd
12. Kotler, F. (2007). *Marketing u javnom sektoru*, Mate d.o.o., Zagreb
13. Kotler, F., (2007). *Principi marketinga*, Mate naklada d.o.o., Zagreb
14. Maksimović, Z., Rakić, S., Mijatović, S., Jelisić, R. i Radovanović, Č. (2014). *Menadžment u zdravstvu*. Banjaluka: Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci
15. Mašić, B., ed. (2010). *Menadžment: Principi, koncepti i procesi*, Univerzitet Singidunum, Beograd,
16. Mićović, P. (2010). *Zdravstveni menadžment: Menadžment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova*, Beograd
17. Mihajlović, B., Kostić, N. (2005). *Menadžment u zdravstvu*, Čigoja štampa, Beograd
18. Milović, Lj. (2000). *Organizacija zdravstvenih ustanova*, Naučna KMD, Beograd
19. Milović, Lj. (2003). *Organizacija zdravstvene njege sa menadžmentom*, Naučna KMD, Beograd
20. Noe, A.R., Hollenbeck, J.R. (2006). *Menadžment ljudskih potencijala*, Mate naklada, Zagreb
21. Porter E. M., Elizabeth O.T. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, National Association of Chain Drug Stores
22. Ranković-Vasiljević, R. (2004). *Metodika i organizacija zdravstvene nege*, Beograd
23. Stojanović-Jovanović, B. (2015). *Osnovi metodologije istaživanja u sestrinstvu*, VZŠSS, Beograd
24. Tešanović, S., Tešanović, S. *Etika* (2018). *Ethics - ethics in marketing*, University book, University of Business Studies, Banja Luka, ISBN 978-99955-95-11-1, COBISS.RS-ID7412248.
25. Tešanović, S. (2019). *Management of Marketing Strategies*, University book, University of Business Studies, Banja Luka, ISBN 978-99955-95-14-2, COBISS.RS-ID 7991320.
26. Tijanić, M. Đuranović, D., Rudić, R., Milojević, Lj., (2010). *Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo*, Naučna KMD, Beograd
27. Torrington, D. (2004). *Menadžment ljudskih resursa*, Data status, Beograd
28. Vukićević, M. (2007). *Menadžment*, Prometej, Novi Sad.