

Naslov: Osnove menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite

Priredivač: Majkl O'Rurk

Autori: Vesna Bjegović-Mikanović, Vladimir Bumbaširević, Bosiljka Đikanović, Jelena Đukić, Majk Iso, Don Hindl, Piter Hornbi, Dejvid Elis Dženkins, Majkl Džons, Jacek Klič, Nebojša Lalić, Nina Lukić, Manfred Mantej, Bojana Matejić, Alan Meknot, Majkl O'Rurk, Milena Šantrić-Milićević, Sonja Novak, Zorica Terzić-Šupić

Izdavač: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Štampa: „Kuća štampe plus”, Zemun

Tiraž: 1200

ISBN: 978-86-83607-61-7

CIP - Каталогизacija u publikaciji
Народна библиотека Србије, Београд

005:364.69(497.11)

OSNOVE menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite / [Vesna Bjegović-Mikanović ... [et al.]]. - Beograd : Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2011 (Beograd : Kuća Štampe plus). - V, 491 str. : graf. prikazi, tabele ; 24 cm

Podaci o autorima preuzeti iz kolofona. -

Tiraž 1.200. - Rečnik izraza iz oblasti kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata: str. 462-465. - Beleška o autorima: str. 485-489. - Bibliografija uz svako poglavlje. - Sadržaj s nasl. str.:

Menadžment u sistemu zdravstvene zaštite i reforma zdravstvenog sistema ; Finansijski menadžment ; Metodologije unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite.

ISBN 978-86-83607-61-7

1. Бјеговић-Микановић, Весна, 1961- [аутор]

а) Здравствена заштита - Менаџмент - Србија

COBISS.SR-ID 183283212



Izdavanje ove publikacije finansirala je Evropska unija u okviru projekta „Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji”. Sadržaj publikacije odražava isključivo mišljenje autora i ne predstavlja zvanične stavove Evropske unije.



Ministarstvo zdravlja
Republika Srbija



Evropska unija

Osnove menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite

**Menadžment u sistemu zdravstvene
zaštite i reforma zdravstvenog sistema**

Finansijski menadžment

**Metodologije unapređenja kvaliteta
zdravstvene zaštite**

April 2011.

Beograd

Uvodna reč

Sistem zdravstvene zaštite u Srbiji se menja i sve veća važnost pridaje se unapređenju kvaliteta i efikasnosti. Ove promene iziskuju nove veštine i nove načine rada. Našem sistemu zdravstvene zaštite potrebni su menadžeri sposobni da predvode i usmeravaju promene i restrukturiranje sistema.

Ministarstvo zdravlja, u saradnji sa Evropskom unijom, podržalo je obuku i izgradnju kapaciteta srpskih menadžera u sistemu zdravstvene zaštite putem projekta „**Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji**“. Kroz ovaj projekat uvedene su diplomatske akademske studije – master iz menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite i razvijeni obrazovni programi iz različitih oblasti zdravstvenog menadžmenta za zdravstvene radnike u Srbiji.

Autori članaka su srpski i međunarodni stručnjaci u oblasti zdravstvenog menadžmenta, angažovani na zajedničkom projektu Evropske unije i Ministarstva zdravlja – „Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji“. Članci i navedena literatura treba da obezbede dodatne informacije i znanja iz zdravstvenog menadžmenta, finansiranja u sistemu zdravstvene zaštite, metodologijâ za unapređenje kvaliteta i organizacionog razvoja. Pored toga, u zbirci su predstavljene nove metode i ideje, koje mogu pomoći srpskim menadžerima da unaprede svoje organizacije i funkcionisanje celokupnog sistema.

Nadam se da će ova zbirka biti od koristi zdravstvenim radnicima u daljem procesu reforme i reorganizacije zdravstvenog sektora i s toga ih preporučujem.



Profesor dr Tomica Milosavljević,
ministar zdravlja u Vladi Republike Srbije,
u periodu jun 2002. – februar 2011.

Uvod

Cilj projekta „**Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji**“, koji finansira Evropska unija, jeste podrška izgradnji kapaciteta za menadžment u sistemu zdravstvene zaštite u Srbiji. Uz podršku projekta, na Univerzitetu u Beogradu, uz saradnju Medicinskog fakulteta i Fakulteta organizacionih nauka, uveden je diplomski akademski, master program – menadžment u sistemu zdravstvene zaštite, u cilju obuke profesionalnih menadžera u zdravstvu. Pored toga, projekat je obezbedio brojne prilike za usavršavanje zdravstvenih radnika – radionice, letnje škole, obrazovanje u inostranstvu.

U okviru projekta izrađena je zbirka članaka na različite teme iz oblasti zdravstvenog menadžmenta, kako bi se zdravstvenim radnicima u Srbiji približili savremeni principi menadžmenta i reforme sistema zdravstvene zaštite. Članci su svrstani u tri oblasti:

- Poglavlje 1: Menadžment u sistemu zdravstvene zaštite i reforma zdravstvenog sistema
- Poglavlje 2: Finansijski menadžment
- Poglavlje 3: Metodologije unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite

Članci sadrže praktične primere tehnika i metodologija zdravstvenog menadžmenta, date u vidu studija slučaja, mogućih scenarija, operativnih primera i vežbanja.

Poglavlje Menadžment u sistemu zdravstvene zaštite obuhvata teme kao što su planiranje sistema zdravstvene zaštite, ljudski resursi u zdravstvenom sistemu, upravljanje projektima i reforma i restrukturiranje sistema zdravstvene zaštite.

U poglavlju Finansijski menadžment govori se o osnovnim pristupima i metodama obračuna troškova i plaćanja zdravstvenih usluga, sa posebnim osvrtom na obračun troškova zdravstvene zaštite u bolnicama.

U poglavlju Metodologije unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite dat je pregled tehnika za unapređenje kvaliteta, kao i pregled koncepata timskog rada, a obrađene su i tehnike identifikacije i rešavanja problema.

Sadržaj

POGLAVLJE 1: MENADŽMENT U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I REFORMA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

MENADŽMENT U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE: NAČELA I PRIMENA	1
<i>Pregled aktivnosti menadžerâ u zdravstvu, tehnikâ menadžmenta i njihove primene.</i>	
VODIČ ZA PLANIRANJE U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE.....	42
<i>Principi planiranja; metode za planiranje; modeli i instrumenti za planiranje.</i>	
UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU	85
<i>Regrutovanje, selekcija, prekvalifikacija ljudskih resursa; ocena učinka; planiranje radne snage; procena potreba osoblja za stručnim usavršavanjem.</i>	
LJUDSKI RESURSI ZA ZDRAVLJE I PLANIRANJE	109
<i>Pregled metoda planiranja ljudskih resursa u sistemu zdravstvene zaštite, zasnovanih na faktorima kao što su: demografski, epidemiološki, „miks“ veština i potražnja.</i>	
UPRAVLJANJE PROJEKTIMA I POSTIZANJE REZULTATA.....	127
<i>Prezentacija odabranih instrumenata za organizovan pristup složenim procesima i procedurama putem tehnika upravljanja projektima.</i>	
REFORMA ZDRAVSTVENOG SEKTORA – SPROVOĐENJE I PROMOVISANJE PROMENA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	149
<i>Pregled trendova i pitanja aktuelnih na međunarodnom nivou u oblasti reforme, sa primerima procesa promene i poboljšanja u oblasti zdravstvene zaštite.</i>	
ORGANIZACIJA KOJA UČI.....	176
<i>Model za podsticanje napretka u organizaciji zdravstvene zaštite koji podrazumeva podsticajno upravljanje, timski rad, komunikaciju, saradnju i mentorstvo.</i>	
MONITORING I EVALUACIJA PERFORMANSI ZDRAVSTVENIH USTANOVA: ALATI I MERE UNAPREĐENJA MENADŽMENTA	189
<i>Poboljšanje učinka, definicije monitoringa, evaluacije i indikatora; preporuke u vezi sa podacima neophodnim za monitoring performansi.</i>	
POLITIKA BOLNICE I BOLNIČKE PROCEDURE.....	203
<i>Značaj politike u organizacijama zdravstvene zaštite za definisanje standarda, učinka i ishoda, sa primerima iz brojnih kliničkih i drugih oblasti.</i>	

**UGOVORNO ANGAŽOVANJE TREĆIH LICA ZA PRUŽANJE
USLUGA U CILJU POVEĆANJA EFIKASNOSTI BOLNICA 221**

Prednosti i mane ugovornog angažovanja trećih lica kao mogućnosti za restrukturiranje i povećanje efikasnosti sistema zdravstvene zaštite u procesu tranzicije.

**TRANSFORMACIONO I TRANSAKCIONO LIDERSTVO
U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE 233**

Ispitivanje karakteristika različitih stilova liderstva i njihov značaj za reformu sektora zdravstvene zaštite.

**TRENING KAO MOGUĆNOST ZA UNAPREĐENJE MENADŽERSKIH
ZNANJA I VEŠTINA. VAŽNOST MENADŽERSKIH VEŠTINA 243**

Važnost formalnog obrazovanja iz menadžmenta u zdravstvu; pregled menadžerskih funkcija, veština i uloga.

POGLAVLJE 2: FINANSIJSKI MENADŽMENT

**PREGLED SISTEMA FINANSIRANJA
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE 259**

Pregled glavnih mehanizama sistema finansiranja zdravstvene zaštite i diskusija o njima; procena dobre prakse i željenih karakteristika pomenutih sistema.

**FINANSIJSKI MENADŽMENT U BOLNICAMA: OBRAČUN
TROŠKOVA I UTVRĐIVANJE CENA ZDRAVSTVENIH USLUGA 271**

Obračun troškova u bolnicama i metode utvrđivanja cena proizvoda i usluga, uključujući dijagnostički srodne grupe kao mehanizam naplate u ugovaranjima između korisnika i davalaca zdravstvenih usluga.

FINANSIRANJE BOLNICA: MIKS SLUČAJEVA I AUTPUTI 289

Obračun troškova u bolnicama na osnovu miksa slučajeva i preispitivanje osnovnih bolničkih računovodstvenih sistema potrebnih za obračun troškova proizvoda/ usluga.

**OCENA PROJEKATA I ANALIZA
DISKONTOVANIH NOVČANIH TOKOVA 321**

Procena neto sadašnje vrednosti projekata i razmatranje buduće amortizacije i diskontovanih novčanih tokova.

NEFINANSIJSKA ANALIZA OPCIJA ZDRAVSTVENIH USLUGA 337

Primena analitičkih instrumenata i metoda na nefinansijske faktore kao pomoć u odlučivanju.

FINANSIRANJE KAPITALNIH IZDATAKA I FINANSIJSKA PROCENA	345
---	------------

Procena optimalnih opcija finansiranja za obezbeđivanje novih kapitalnih projekata, uključujući gradnju, zakup i lizing.

OSNOVE ZDRAVSTVENE EKONOMIKE I EKONOMSKE EVALUACIJE.....	354
---	------------

Osnovni principi zdravstvene ekonomike, (posebno ekonomske evaluacije), koji zdravstvenim menadžerima i kreatorima politike mogu da pomognu u proceni pozitivnih efekata i posledica odluka koje se tiču zdravstvene zaštite.

POGLAVLJE 3: METODOLOGIJE UNAPREĐENJA KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

SPROVOĐENJE PROGRAMA ZA UNAPREĐENJE KVALITETA U BOLNICAMA U SRBIJI	369
---	------------

Smernice za menadžere bolnica u Srbiji za sprovođenje programa za unapređenje kvaliteta.

INSTRUMENTI I TEHNIKE ZA UNAPREĐENJE USLUGA.....	397
---	------------

Praktične kvantitativne i kvalitativne metode za unapređenje usluga. Predstavljene su brojni procesi i instrumenti za menadžment, kao i primeri primene.

METODE NAMENJENE MENADŽERIMA KLINIKA ZA POBOLJŠANJE PRAKTIČNOG RADA I TRETMANA PACIJENATA	437
--	------------

Metode i tehnike namenjene kliničkim timovima za proveru i unapređenje kvaliteta usluga i prakse, kao i za izveštavanje i postupanje u skladu sa nalazima.

REČNIK IZRAZA IZ OBLASTI KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I BEZBEDNOSTI PACIJENATA	462
--	------------

Međunarodni termini i definicije u oblasti bezbednosti pacijenata i kvaliteta zdravstvene zaštite.

PREGLED PROCESA AKREDITACIJE NA MEĐUNARODNOM PLANU	467
---	------------

Pregled australijskog i kanadskog sistema akreditacije, uz ilustraciju neophodnosti dobrog menadžmenta za podizanje standarda i unapređenje učinka u bolnicama.

Beleška o autorima	485
---------------------------------	------------

Dopisni saradnici	490
--------------------------------	------------

Zahvalnost	492
-------------------------	------------

POGLAVLJE 1

MENADŽMENT U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I REFORMA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

MENADŽMENT U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE: NAČELA I PRIMENA

Majkl O'Rurk

Jelena Đukić

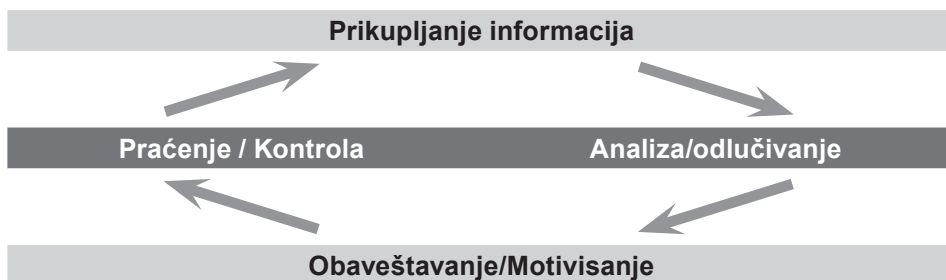
Odeljak 1: Posao menadžera

1.1 Menadžment u zdravstvenim službama

Za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu potrebna je neka vrsta kolektivnog i organizovanog delovanja, što podrazumeva koordinaciju međusobno povezanih delova jedne organizacije u cilju poboljšanja zdravstvenog stanja stanovništva. Menadžment obezbeđuje okvir za kolektivno delovanje i podrazumeva obavljanje poslova preko drugih ljudi.

Suština menadžmenta je u pravljenju izbora i donošenju odluka na osnovu činjenica ili informacija.

Slika 1: Donošenje odluka u menadžmentu



Ovo je proces menadžmenta koji je podjednako primenljiv u bolnicama, nevladinim organizacijama (NVO), preduzećima, prodavnicama, bankama, aviokompanijama i državnim organima. Ceo proces podrazumeva informacije, odluke i promene. Ako u svom radu ljudi koriste informacije da donesu odluke čija je posledica neka promena, onda su oni uključeni u proces menadžmenta.

Ako u svom radu ljudi slede određeni skup pravila i ne donose odluke, oni nisu menadžeri. Kada sledite pravila sve ostaje isto. Budući da se sve organizacije nalaze u okruženju koje se menja, neophodno je da se i one same menjaju kako bi trajno služile svojoj svrsi.

Menadžerima zdravstvenih službi potrebne su informacije o tome šta se dešava izvan i unutar njihove organizacije. Potrebna im je sposobnost da te informacije analiziraju i tumače u svetlu sopstvenog znanja i iskustva. Potom moraju da donesu odluke i izrade akcioni plan, o kojima treba obavestiti sve strukture organizacije. Da bi došlo do promene, oni će morati da vode i motivišu svoje zaposlene. Najzad, moraće da izvrše evaluaciju rezultata i postaraju se da

željeni rezultat bude ostvaren. U suprotnom, plan se mora menjati. A kako se svet neprestano menja, to prerasta u kontinuirani, kružni proces.

Lekari se bave bolestima i lečenjem. Da bi postali menadžeri zdravstvenih službi, potrebna im je obuka, budući da se znanja i veštine neophodne menadžerima razlikuju od onih koje već poseduju. Oni moraju da se bave finansijama, ljudima, informacijama i kvalitetom, prave planove poslovanja i upravljaju sopstvenim radom. To je posao menadžera.

1.2 Procesi menadžmenta

Planiranje

Planiranje je proces donošenja odluka o aktivnostima koje će biti sprovedene u budućnosti. Ono podrazumeva odlučivanje o tome šta želimo da postignemo, razmišljanje o alternativnim načinima ostvarivanja tih ciljeva, a zatim i odabir načina koji se smatra najboljim.

Sprovođenje

Sprovođenje je proces realizacije odluka donetih tokom faze planiranja i podrazumeva izvođenje svih aktivnosti koje su neophodne da bi naši ciljevi bili ostvareni.

Upravljanje tokom rada

Upravljanje tokom rada je proces kontrole sprovođenja. Ono podrazumeva staranje o tome da svi znaju šta treba raditi da bi plan bio ostvaren, odnosno da se zaista radi ono što je navedeno u planu. Pored toga, podrazumeva i preduzimanje korektivnih mera ukoliko sve ne teče po planu.

Praćenje (monitoring)

Praćenje je proces redovne provere, da bi se osiguralo pravilno sprovođenje plana. Ono predstavlja deo upravljanja tokom rada.

Evaluacija

Evaluacija je proces u kome se procenjuje u kojoj meri je plan bio dobar i koliko dobro je sproveden. Stoga evaluacija podrazumeva ocenjivanje da li su ciljevi bili razumni, kao i da li su ostvareni.

Evaluacija predviđa izvođenje zaključaka o odlukama donetim prilikom planiranja, kao i o načinu na koji je plan sproveden. Svrha evaluacije je da se nauči nešto korisno, što će nam pomoći kada počnemo da planiramo aktivnosti za naredni period.

1.3 Menadžment: funkcionalni pristup

Funkcionalni pristup menadžmentu se usredsređuje na konkretne funkcije menadžmenta, opšte prihvaćene kao:

Planiranje

Planiranje je osnovna funkcija menadžmenta. U suštini, planiranje znači odlučivanje o tome šta treba raditi. Planiranjem se skicira tok budućih aktivnosti.

Svrha planiranja je da se dobije koordinisan i dosledan skup mogućnosti usmerenih na postizanje željenih ciljeva.

Primeri

- *Izrada plana za nove usluge koje će pružati NVO*
- *Uspostavljanje procesa za kontrolu kvaliteta u organizaciji*
- *Uspostavljanje sistema baza podataka za analizu informacija*

Organizovanje

Organizovanje se definiše kao međusobno povezivanje ljudi i stvari na takav način da oni čine jedinicu sposobnu da ostvari ciljeve organizacije. Osnovni cilj funkcije organizovanja je razvoj okvira organizacije.

Primeri

- *Dodeljivanje odgovornosti osoblju za sprovođenje određenih aktivnosti*
- *Razvijanje opisa poslova i dužnosti, kao i linija izveštavanja*
- *Uspostavljanje savetodavne strukture zajednice u cilju pružanja polaznih osnova za menadžment*

Usmeravanje

Nakon izrade planova i organizacione strukture za njihovo sprovođenje, sledeća logična funkcija menadžmenta jeste podsticanje ulaganja napora neophodnog za obavljanje posla. To se radi putem funkcije usmeravanja, koja obuhvata izdavanje naređenja, vođenje, motivisanje i obaveštavanje.

Primeri

- *Određivanje zadataka putem planova aktivnosti, okvira programa/projekta itd.*
- *Prosleđivanje akcionih planova zaposlenima da bi svi znali šta se događa*
- *Objavljivanje izveštaja o radu u biltenima, u cilju informisanja zaposlenih i drugih zainteresovanih (uključujući i zajednicu)*

Koordiniranje

Koordiniranje je postupak okupljanja i sinhronizovanja ljudi i aktivnosti, tako da dobro funkcionišu zajedno u procesu ostvarivanja opštih ciljeva organizacije.

Primeri

- *Planovi dinamike sprovođenja*
- *Aktivnosti unapređenja odnosa među članovima tima*

Kontrola

Kontrola se može definisati kao regulisanje aktivnosti u skladu sa zahtevima planova. Sastoji se od merenja i povezivanja aktivnosti ljudi i procesa u jednoj organizaciji da bi se osiguralo postizanje ciljeva i planova.

Primeri

- *Sastanci radi preispitivanja aktivnosti*
- *Izveštaji i obaveštenja od strane menadžera*
- *Razvoj indikatora učinka i mera evaluacije*

Menadžment ima i karakteristike procesa.

- Tehnička strana podrazumeva metode i tehnike za procenu i evaluaciju planova i aktivnosti.
- Administrativna strana tiče se sprovođenja konkretnih zadataka.
- Politička komponenta obuhvata usklađenost sa postojećim propisima, uputstvima ili politikama vlade i same organizacije.

1.4 Povezanost menadžmenta i planiranja

Menadžment i planiranje su međusobno povezani. Dijagram u nastavku pokazuje kako se planiranje, menadžment i procesne aktivnosti međusobno slažu i kako jedna drugu dopunjuju.

Slika 2: Povezanost menadžmenta i planiranja

OKVIR MENADŽMENTA I PLANIRANJA		
Procesi planiranja	Funkcionalni aspekti	Procesi
1 Utvrditi potrebe i probleme	 Planiranje	Tehnički (stanovništvo / troškovi / učinak / podaci o morbiditetu)
2 Odrediti prioritete		Politike, uputstva i prioritete Vlade
3 Postaviti ciljeve		
4 Definirati aktivnosti potrebne za ostvarenje ciljeva		
5 Angažovati i koordinirati resurse	 Organizovanje, usmeravanje i koordinacija	Tehnički (indikator – monitoring i procena učinka. Procena ostvarenja ciljeva)
6 Evaluacija	 Kontrola	

U smislu faza, to podrazumeva:

Utvrđivanje potreba. Ovo može da bude ili pristup sa akcentom na zdravstvenim potrebama, gde se procenjuju prioriteta zdravstvena pitanja, ili organizaciona procena, gde se utvrđuju ključni zahtevi, na primer:

- potreba za novom opremom;
- potreba za programima održavanja i zamene;
- potreba za novim organizacionim i upravnim strukturama radi utvrđivanja optimalnog broja zaposlenih.

Slika 3: Analiza potreba

Pristup	Metod	Informacije
PRISTUP ZASNOVAN NA INDIKATORIMA Zdravstveni indikatori Indikatori zdravstvenih usluga Ekstrapolacija i predviđanje	Analiza podataka o morbiditetu, mortalitetu i invaliditetu Analiza podataka o korišćenju i dostupnosti zdravstvenih usluga Iznošenje pretpostavki o budućem korišćenju i obrascima	Vitalna statistika Podaci o zdravstvenom sistemu Bolnički/finansijski podaci Kretanja/politike/statističke tehnike – regresija itd.
PRISTUP ZASNOVAN NA ANKETIRANJU	Upotreba istraživanja u analizi problema u određenoj kliničkoj oblasti (metodologije osiguranja kvaliteta) Anketiranje uzoraka ciljnih grupa u cilju davanja odgovora na klinička pitanja ili pitanja o uslugama Anketiranje šire javnosti ili ispitivanje zadovoljstva/preferenci pacijenata ili zdravstvenih radnika itd.	Upitnici/kontrolne liste/pregled upotrebe Metode i koraci anketiranja – definisanje problema/evaluacija itd. Potrebno je dobro osmišljavanje instrumenata
PRISTUP ZASNOVAN NA KONSENZUSU	Uključivanje zajednice – Forum zajednice Fokus grupe Razgovori sa ključnim osobama koje raspolažu informacijama	Spremnost da se zajednici omogući učešće Razni participativni mehanizmi

Određivanje prioriteta. Mnogi kriterijumi su u igri – finansijski (npr. budžetska ograničenja; nedostatak raspoloživog novca); hitna pitanja (npr. goruća potreba za izvođenjem građevinskih radova); politički kriterijumi (potreba sprovođenja politike i zadataka vlade).

Za određivanje prioriteta mogu se koristiti različite metode:

- konsultacije sa zaposlenima i zainteresovanim akterima
- razmatranje vrednosti i procesi rangiranja.

Postavljanje prioriteta podrazumeva određivanje ciljeva i rezultata koje treba ostvariti.

Definisanje aktivnosti podrazumeva izradu akcionih planova, planiranje resursa, definisanje vremenskih okvira itd., sa ciljem aktivnog rada na ostvarenju ciljeva.

Angažovanje i koordinacija resursa. U ovoj fazi se uključuju osnovne funkcije menadžmenta – okupljanje ljudi, definisanje zadataka i odgovornosti, uspostavljanje struktura, saopštavanje ideja, vođenje i motivisanje.

Evaluacija podrazumeva procenu učinka i izveštavanje o tome, u svrhu provere ostvarenosti ciljeva.

1.5 Primeri metoda i instrumenata evaluacije

Alokativna efikasnost: zahteva raspodelu resursa na one aktivnosti koje imaju veću vrednost. Primer neefikasnog raspoređivanja sredstava je upotreba resursa za aktivnosti niskog prioriteta koje imaju mali uticaj na zdravlje (kao što su visokotehnološke intervencije sa neizvesnim uspehom), dok se za aktivnosti višeg prioriteta, koje imaju veći uticaj na zdravlje (poput vakcinacije) odvajaju nedovoljno sredstva.

Potencijalna upotreba: određivanje paketa usluga za zdravstveno osiguranje; definisanje šta bi trebalo finansirati u okviru primarne zdravstvene zaštite.

Indikatori

Udeo izdataka i upotreba resursa

- komparativni procenat izdataka za sve bolnice
- komparativni procenat izdataka za tercijarne i specijalističke bolnice
- raspodela resursa na različite nivoe upućivanja
- procenat izdataka za aktivnosti koje se tiču „javnog zdravlja“
- udeo izdataka na utvrđene aktivnosti visokog i niskog prioriteta
- udeo vremena zdravstvenih radnika na utvrđene aktivnosti visokog i niskog prioriteta

Tehnička efikasnost: zahteva da kada se donese odluka o aktivnosti ili rezultatu (npr. kombinacija kurativnih i preventivnih usluga koje će biti ponuđene) aktivnosti budu sprovedene bez traćenja resursa i po najmanjoj mogućoj ceni.

Potencijalna upotreba: ekonomičnost, identifikovanje neefikasne prakse, unapređivanje učinka u pružanju zdravstvenih usluga.

Indikatori

Menadžment i korišćenje farmaceutske proizvoda

- broj propisanih lekova po receptu (u cilju utvrđivanja postojanja preteranog propisivanja lekova)
- odnos upotrebe generičkih lekova i zaštićenih imena
- primena različitih vrsta lečenja (npr. oralni rastvori za rehidraciju nasuprot antidijaroika)

Indikatori iskorišćenosti osoblja

- broj primljenih pacijenata po zdravstvenom radniku (radi procene produktivnosti)

Indikatori zasnovani na kapacitetima ustanove

- prosečna cena bilo koje jedinice aktivnosti (npr. posete zdravstvenim centrima, laboratorijske aktivnosti, rendgen itd.) – poređenja različitih bolnica u cilju identifikovanja najbolje upotrebe resursa za ugovore sa finansijerima za potencijalno refundiranje

-
- stope prijema ili otpusta radi procene dostupnosti i epidemioloških obrazaca
 - statistika o ležećim pacijentima (dužina boravka, zauzetost kreveta itd.) – sa ciljem određivanja „najefikasnijih“ bolnica

Jednakost pristupa: cilj postizanja jednakosti pristupa podrazumeva mogućnost korišćenja usluga zdravstvene zaštite u skladu sa potrebama, a ne prema drugim faktorima kao što su prihod, osnov osiguranja, pol, starost itd. Jednakost je teško izmeriti, pa su indikatori usredsređeni na razlike između grupa stanovništva u pogledu korišćenja zdravstvenih usluga, kao pokazatelje razlika u pristupu.

Potencijalna upotreba: usmeravanje usluga i beneficija na grupe sa najvećim potrebama

Indikatori

Indikatori iskorišćenosti

- iskorišćenost po objektu
- iskorišćenost usluga od strane određenih grupa stanovništva
- razlike u iskorišćenosti u gradskim/seoskim sredinama

Indikatori za zdravstveno osiguranje

- nivoi pokrivenosti osiguranjem za ugrožene grupe stanovništva
- ekonomske, socijalne i geografske karakteristike osiguranog i neosiguranog stanovništva
- ukupno članstvo lokalnih programa zdravstvenog osiguranja

Indikatori priuštivosti i dostupnosti

- poređenje cena državnih i privatnih davalaca usluga
- raspored bolnica i kapaciteta (u cilju merenja raspoloživosti i dostupnosti usluga)

Jednakost u finansiranju: podrazumeva da su doprinosi za zdravstvene usluge povezani sa sposobnošću plaćanja, a ne sa zdravstvenim stanjem ili potrebom. Ovaj princip se može kombinovati sa jednakošću u korišćenju, čime se stvara preduslov za opštu jednakost, što znači da bi subvencije trebalo da idu od bogatih ka siromašnima, a ne obrnuto.

Potencijalna upotreba: novčane subvencije za postizanje jednakosti; intervencija vlade kako bi se zaštitili siromašni i ugroženi

Indikatori

Utvrđivanje izvora finansiranja

- raščlanjavanje izvora finansiranja za programe osiguranja na državne izvore, poslodavce, zaposlene i pojedince
- raščlanjavanje izvora finansiranja za pojedinačne ustanove na državna sredstva, sredstva od osiguranja, direktno plaćanje itd.

Indikatori raspodele izdataka

- raspodela korišćenja različitih sektora od strane različitih socioekonomskih grupa.

1.6 Ko može da bude menadžer?

Nije neophodno da neko bude lekar da bi bio menadžer zdravstvene ustanove – svako ko je prošao odgovarajuću obuku može to da radi. Međutim, oni koji upravljaju zdravstvenim službama moraju da razumeju oblast u kojoj rade. Zdravstvene službe nisu isto što i banke, prodavnice ili fabrike i postoje značajne razlike između javnih službi i preduzeća koja rade radi ostvarivanja profita.

U većim organizacijama zdravstvene zaštite prethodno opisane funkcije menadžmenta su specijalizovane. Neki menadžeri prikupljaju informacije, analiziraju ih i razmatraju koje su mogućnosti za delovanje. To su planeri. Viši menadžeri se više bave politikom odlučivanja, dok se drugi staraju o sprovođenju tih odluka – izvršna funkcija. Menadžeri se dele i na druge načine – na finansijske, kadrovske, informatičke, administrativne itd., kao i na one čija odeljenja rade direktno sa pacijentima i one koji im pružaju podršku. Ono što je zajedničko za sve njih jeste da je suština njihovog rada u uvođenju promena.

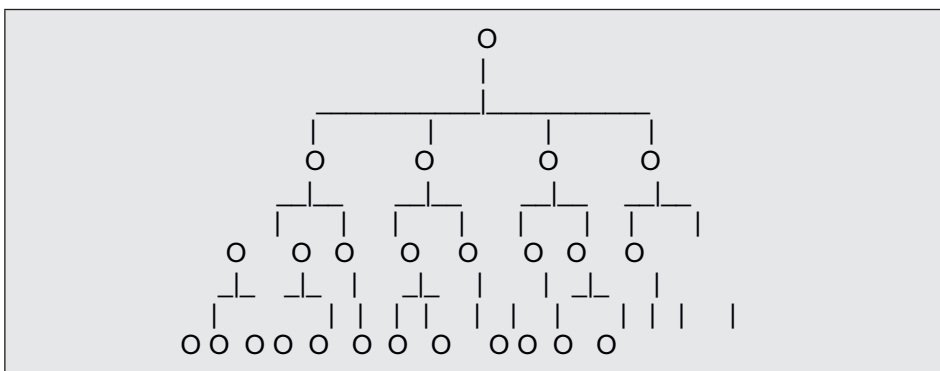
U svetu koji se brzo menja i organizacije se moraju menjati kako ne bi prestale da služe svojoj svrsi. One koje se brzo prilagođavaju razlikuju se od onih koje nisu u stanju da se brzo prilagode.

1.7 Suština menadžmenta je u promenama

Organizacije koje se opiru promeni

- imaju hijerarhijsku strukturu;
- odluke se donose samo na visokom nivou;
- postoji mnogo pravila koja se tiču unutrašnjih procesa;
- postoji mnogo nivoa nadležnosti i odgovornosti;
- linija odnosa je vertikalna, a ne horizontalna.

Slika 4: Tipična organizacija starog stila – vertikalno orijentisana



Organizacije koje se brzo prilagođavaju

- imaju celovitiju strukturu;
- postoji sistem delegiranja pri donošenju odluka;
- imaju manje pravila, ali se više usredsređuju na okruženje u kom rade, posebno na korisnike/klijente i proizvode/usluge;
- postoji manje nivoa;
- linija odnosa je horizontalna, a ne verikalna.

Ustanove zdravstvene i socijalne zaštite starog stila su primeri prvog tipa. Zaista, mnoge su i zamišljene sa specifičnim ciljem da zadrže kontrolu na centralnom nivou i odolevaju promeni. Ako je jedini cilj kontrola, onda se ne podstiče razvoj horizontalnih odnosa.

Suština menadžmenta je u promenama. Ostati isti nije prihvatljiva opcija. Promene su od suštinskog značaja, iako će uvek biti otpora. Da biste promovisali promene:

- usredsredite se na okruženje i na to kako se ono menja;
- usredsredite se na klijente/korisnike: osvrnite se na usluge iz njihove perspektive. To je jedno od pitanja kvaliteta. Podstaknite ljude na svim nivoima u organizaciji da se međusobno povezuju;
- dozvolite ljudima na svakom nivou da odluče koje procese će koristiti da ostvare željene rezultate. Svedite broj pravila na minimum.

1.8 Dobar i loš menadžment

Evaluacija menadžmenta je težak zadatak jer bi procena ishoda trebalo da se zasniva na poboljšanju zdravstvenog stanja stanovništva. Ipak, postoje neki posredni (indirektni) indikatori uspešnog menadžmenta u zdravstvenim službama.

Slika 5: Karakteristike menadžmenta

„Dobar menadžment“	„Loš menadžment“
Sveobuhvatan – uzima u obzir sve aspekte koji utiču na rad organizacije, koristeći podatke iz većeg broja izvora (unutrašnjih i spoljašnjih)	Odvaja zdravstvene službe od drugih sektora i oblasti razvoja Posmatra službe i odeljenja kao zasebne celine
Obezbeđuje neometan pristup zdravstvenoj zaštiti	Nije usmeren na pacijenta
Teži kontinuitetu nege za pojedince i porodice	Nedostaje mu okvir za definisanje prioriteta i ključnih pitanja Usredsređuje se na uski krug intervencija
Fokusira se na delotvornu i odgovarajuću negu	Pruža neadekvatnu ili neprimenjivu obuku
Fokusira se na efikasnost, tj. čuva resurse i koristi odgovarajuće osoblje i tehnologiju	Loše koristi resurse Nema sposobnost da upravlja troškovima
Teži uključenju zajednice	Zajednica nije adekvatno uključena
Pokušava da predvidi okolnosti koje se menjaju i prilagodi im se, i u skladu sa tim razrađuje planove	Nedostaje mu sposobnost planiranja i ne koristi podatke ili informacije na odgovarajući način
Obezbeđuje tačne i korisne informacije, kako unutar tako i izvan organizacije	Nezainteresovan je za „korisnike“ ili svoje zaposlene
Obezbeđuje i podstiče evaluaciju i inovacije u organizaciji	Preterano je centralizovan i zaposleni su nedovoljno uključeni
Usredsređuje se na prevenciju problema i unapređenje dobre prakse	Razmena informacija je nedovoljna i u organizaciji je izraženo odsustvo komunikacije

Uspešan menadžment u zdravstvenim službama treba da doprinese pristupačnoj, kontinuiranoj i visokokvalitetnoj zdravstvenoj nezi; usluge koje se pružaju treba da budu prilagođene potrebama, željama i očekivanjima stanovništva; menadžment treba da bude usklađen sa karakteristikama zajednice, odnosno odgovarajući za konkretnu populaciju; zaštita treba da bude sveobuhvatna (od primarne do specijalističke).

Menadžment obuhvata evaluaciju resursa i uspešno sprovođenje programa koji zavise od organizacije službi.

Menadžment u sistemu zdravstvene zaštite:

- predstavlja instrument za bolje usklađivanje resursa i usluga sa zdravstvenim potrebama stanovništva
- teži razvijanju i pružanju sveobuhvatnih usluga
- usaglašava interese fonda za zdravstveno osiguranje sa zdravstvenim interesima stanovništva

1.9 Zaključci

Suština menadžmenta je u promenama. Organizacije koje se ne menjaju brzo prestaju da služe svrsi zbog koje su osnovane.

Menadžment obuhvata sve prethodno opisane procese. On podrazumeva planiranje aktivnosti (korišćenjem prihvaćenih tehnika i metoda planiranja radi utvrđivanja potreba; određivanje prioriteta, sprovođenje aktivnosti (definisanje zadataka, akcioni planovi, strukture potrebne da bi se postupci pokrenuli itd.) i praćenje i evaluaciju rezultata.

Procesi su povezani i kontinuirani i ne mogu se odvijati u izolaciji. Menadžment podrazumeva povezivanje svih ovih aspekata u strukturnom smislu, upotrebu odgovarajućih instrumenata i metoda u pravom trenutku, kao i procenu da li se zaista desilo ono što je bilo predviđeno.

Vežba 1

Navedite četiri važne funkcije menadžmenta. Za svaku od njih dajte dva primera korišćenih procesa.

Primer:

Procesi

Funkcija

Sastanci zaposlenih

Komunikacija

Bilteni rukovodstva

POSAD MENADŽERA

Šta je tačno posao menadžera? Studije slučaja date u nastavku sadrže opise posla menadžera u različitim okruženjima i ilustruju neke zadatke, funkcije i aktivnosti menadžera u zdravstvu.

Pročitati i razmotriti šta su menadžeri radili i kako su rezultati ostvareni.

Na kraju studije, istaknute su one aktivnosti koje su menadžeri sproveli.

STUDIJA SLUČAJA 1 – Menadžer dnevne klinike

Ja sam menadžer velike dnevne klinike u okviru jedne okružne bolnice. Klinika ima i specijalističke ordinacije i doktore opšte prakse u jednoj zgradi. Na klinici radi oko 40 specijalista i 34 „porodična lekara“. Pored toga, tu je i 50 sestara, kao i 35 sekretarica i drugog pomoćnog osoblja.

S početkom uvođenja modela opšte prakse (specijalisti primarne zdravstvene zaštite se usredsređuju na holističku zdravstvenu negu od novorođenčadi do starijih osoba i od prevencije do lečenja i palijativne nege), sada je strategija da se „porodični lekari“ iz klinike izmeste u okruženje zajednice i da se specijalistički pregledi na klinici restrukturiraju. Moji ciljevi su podrazumevali promenu uloge dnevne klinike na sledeći način:

- organizovanjem lekara u ambulate opšte prakse;
- reorganizovanjem specijalističkih klinika na osnovu potreba zajednice;
- izradom novog projekta klinike tako da odgovara njenoj novoj ulozi
- promenom vremena rada na klinici
- organizovanjem odgovarajućeg osoblja.

Vremenski okvir za promene je bio veoma tesan – sve je moralo da se završi u roku od 3 meseca.

Počeo sam tako što sam održao niz sastanaka sa svim lekarima obuhvaćenim procesom da bih objasnio politike koje treba slediti, kao i neophodne aranžmane i vremenske okvire. Tokom tih sastanaka vođene su beleške, a ja sam se trudio da odgovorim na sva pitanja koja su mi postavljena o tome kako će se promena odvijati.

Zatim sam razgovarao sa porodičnim lekarima kako bih utvrdio ko želi da ide u neku određenu ambulantu za opštu praksu (OP) i uredio da ih postojeće ambulate preuzmu. Bio sam svestan velike osetljivosti tih procesa, kao i činjenice da su ljudi zabrinuti za svoju budućnost, pa sam pokušao da budem iskren, da ih ohrabrim i motivišem (npr. ističući izgled za dobru karijeru, visoka primanja i priliku za sticanje novih veština).

Pregledao sam evidenciju o dolascima i kartone pacijenata iz različitih klinika i počeo da upoređujem ove podatke sa podacima o morbiditetu u zajednicama

koje je klinika pokrivala. Zatim sam započeo pregovore sa specijalistima o broju i tipu kliničkih službi koje bi postojale u okviru klinike. Pošto su neki lekari imali malo pacijenata, još jednom sam im objasnio da ubuduće neće imati isti broj poseta. Koliko god je to bilo moguće, pokušao sam da uskladim podatke o pacijentima i morbiditetu sa budućim brojem poseta pacijenata.

Morao sam, takođe, da isplaniram raspored za renoviranje prostorija za pacijente (krečenje/ malterisanje/vodinstalaterski radovi itd.) tako da se prijem pacijenata ne prekida tokom sprovođenja radova. Napravio sam plan dinamike radova i poslao poziv za dostavljanje ponuda nekim od lokalnih izvođača radova, procenio ponude na osnovu cene i sposobnosti izvođača da posao odradi pouzdano i na vreme. Primerke planova sam uručio lekarima i osoblju klinike da bi se upoznali sa poslom koji predstoji i pripremili za eventualne smetnje u radu.

Uključio sam osoblje klinike u planiranje i organizaciju radova da bih mogao da obavljam i neke druge zadatke.

Nakon što je omogućeno preseljenje porodičnih lekara i napravljen plan poseta specijalistima, počeo sam da razrađujem smernice i politike za vođenje novih kliničkih službi – pravila za zakazivanje pregleda pacijentima, ljubaznost i uviđavnost kao važni aspekti ophođenja sa pacijentima, procedure za podnošenje žalbi i obezbeđivanje edukativnih materijala za pacijente.

Organizovao sam i vodio sastanke sa lekarima, sestrama i ostalim osobljem da bih objasnio ove materijale, čuo njihove komentare i nove ideje u vezi sa promenama. Istakao sam da su sva mišljenja i sugestije dragoceni i dobrodošli. Nakon tih sastanaka, poslao sam zapisnik svim učesnicima.

Kada je klinika počela sa radom, posetio sam je da bih se lično uverio kako funkcioniše. Razgovarao sam sa pacijentima i osobljem i zabeležio sve komentare o tome kako stvari napreduju. Pregledao sam podatke o posetama (npr. da li se povećao ili smanjio broj poseta u odnosu na raniji period) i imao priliku da izmerim zadovoljstvo korisnika usluga putem ankete izrađene sa ciljem da saznam šta ljudi misle o novoj organizaciji i kako se osoblje ophodi prema njima.

Imao sam niz sastanaka sa lekarima i sestrama da bismo preispitali novu organizaciju. Počeli smo da radimo na razvoju indikatora za poređenje novih usluga sa starim sistemom. Pored toga, bio sam u kontaktu sa porodičnim lekarima koji su otišli u nove ambulante da bih pratio njihov napredak.

Osećao sam da su zaposleni motivisani promenama jer su shvatili da su korisne za pacijente. Osim toga, s obzirom na to da su bili uključeni u uvođenje promena i da su dali doprinos tom procesu, i sami su želeli da proces uspe i činilo se da ulažu dodatne napore da bi taj cilj bio ostvaren.

Bio sam veoma srećan i zadovoljan celim procesom – osećao sam da sam bio deo uspešnog procesa promene sa opipljivim rezultatima.

Aktivnosti:	Organizovao i vodio sastanke
	Prikupljao podatke
	Pregovarao sa lekarima
	Pravio planove
	Delegirao zadatke drugima
	Razrađivao pravila i smernice
	Pisao i prosleđivao zapisnike sa sastanaka
	Pratio napredovanje projekta
	Informisao osoblje
	Motivisao druge
	Uticao na zaposlene

Označite mesta u studiji slučaja gde su se ove aktivnosti odvijale. Jesu li bilo koje od ovih aktivnosti primenljive u poslu koji obavljate ili koji ste obavljali?

STUDIJA SLUČAJA 2 – Direktor bolnice

Bio sam direktor okružne bolnice sa 250 postelja, 80 pedijatrijskih postelja i nizom manjih specijalnosti. Bolnica se u osnovi nije menjala od sredine osamdesetih godina prošlog veka – profil medicinskog osoblja je bio sve stariji (prosek godina – 58), a tokom poslednjih 5 godina nije bilo dovoljno oftalmologa, specijalista za rehabilitaciju i neurologa. Među osobljem je bio samo jedan akušer, a odnos broja lekara i sestara je bio 1:1,25.

Zabrinulo me je to što se situacija ne menja. Novi podaci su pokazali da se profil okruga menja.

Starosna grupa stanovništva	Trenutni odnos	Desetogodišnja projekcija
0 – 15	38 %	20 %
16 – 44	33 %	38 %
45 – 60	22 %	29 %
80 +	5 %	9 %
75 +	2 %	4 %
Ukupno stanovništvo	200.000	250.000

Zauzeo sam stav da je potrebno da počnemo da razmišljamo o tome kako će bolnica izgledati za 10 godina. Pohađao sam radionicu o zdravstvenom planiranju i shvatio da treba izvršiti procenu zdravstvenih potreba stanovništva i da su nam potrebne usluge koje se zasnivaju na morbiditetu i populacionim faktorima.

Nakon toga, vratio sam se u bolnicu i pokrenuo to pitanje pred bolničkim odborom, nadležnim za određivanje budućih ciljeva bolnice. Odbor se složio da treba preispitati buduće usluge i strukture u okviru organizacije i zatražio od mene da započnem proces. Najpre sam osnovao radnu grupu za planiranje, koja se sastojala od menadžera, lekara, sestara, planera i predstavnika zajednice. Projektni zadatak je bio da se procene potrebe zajednice, pregledaju podaci, utvrde prioriteti i razviju strategije kao odgovor na buduće zdravstvene potrebe.

Grupa se sastala nekoliko puta tokom sledeća 3 meseca i obaveštavala odbor o svojim aktivnostima putem izveštaja o napretku i kratkih prikaza podataka. Nakon toga, grupa je predložila sledeće strategije:

Promeniti profil bolnice tako da fokus više ne bude prevashodno na uslugama za mlade, već za odrasle i starije osobe.

Proširiti usluge klinike namenjene ženama u reproduktivnom dobu i starijim osobama.

Razviti veze sa zdravstvenim službama u zajednici, naročito sa novoformiranim službama porodičnih lekara u okrugu.

Zaposliti novo medicinsko osoblje da podmiri potrebe novog profila službe.

Povećati broj medicinskih sestara/tehničara.

Sledeća faza je bila razvoj konsultativnog procesa. Planovi su predstavljeni bolničkom odboru, a odbor je preporučio pristup zasnovan na konsultacijama sa zajednicom i osobljem, u cilju dobijanja povratnih informacija (mišljenja) o predloženim promenama. Planovi su prečišćeni i objavljeni na glavnom ulazu bolnice i u lokalnoj štampi, uz poziv upućen javnosti da dostavi komentar. Sastanci su održavani i sa osobljem i sa pripadnicima lokalne zajednice u vidu otvorenih foruma. Grupa za planiranje, predsednik bolničkog odbora i ja prisustvovali smo tim sastancima i odgovarali na pitanja osoblja i pripadnika lokalne zajednice. Trudili smo se da budemo otvoreni i iskreni, naglašavajući da je došlo do promene zdravstvenih potreba u našoj regiji i kako mi kao organizacija moramo da odgovorimo na te promene.

Na osnovu konsultacija, ugradili smo stanovišta zajednice i osoblja u planove, a bolnički odbor je usvojio konačnu verziju strateškog plana za bolnicu. Zatim smo započeli sprovođenje plana. Počeli smo utvrđivanjem prioriteta među ključnim radnim mestima:

- medicinsko osoblje – akušer, specijalista za rehabilitaciju, oftalmolog i neurolog;
- dodatni broj medicinskih sestara, uključujući i sestre u ključnim oblastima – urgentno odeljenje i operacione sale.

Zatim smo sastavili specifikacije poslova za ta radna mesta i utvrdili njihovo mesto u organizacionoj strukturi u skladu sa raspoloživim sredstvima u budžetu. Koordiniranjem planiranog penzionisanja starijeg osoblja i zatvaranjem viška prostorija u bolnici (ostvarujući na taj način uštedu u troškovima čišćenja, električne energije, itd.) bili smo u mogućnosti da opredelimo finansijska sredstva za nova radna mesta.

Nakon toga, definisali smo opise poslova i objavili konkurs za dodatne medicinske sestre i specijaliste u novinama u velikim gradovima. Na sreću, vlada je u tom trenutku imala program za podsticanje zapošljavanja, pa smo mogli da koristimo i ta sredstva da privučemo dobre kandidate.

Organizovali smo proces razgovora sa kandidatima i odabrali osoblje za svih 10 novih radnih mesta za medicinske sestre, kao i akušera, neurologa, specijalistu za rehabilitaciju i oftalmologa. Pripremili smo ugovore za ovo osoblje – očekivani učinak, norme i specifikacije.

Profil bolnice je sada izmenjen – ima manje pedijatrijskih službi i više se obraća pažnja na starije osobe i žene u reproduktivnom dobu. Pored toga, broj postelja je smanjen na ispod 200 – pošto smo sa lekarima opšte prakse na lokalnom nivou radili na tome da se nastoji da se više ljudi leči u zajednici, čime se rasterećuju bolnički kapaciteti. Sve ovo znači da moramo da budemo efikasniji u pogledu prosečne dužine boravka (PDB), procedura otpuštanja i smernica za odgovarajući prijem pacijenata.

Kao podršku za procenu funkcionisanja ovih promena, uspostavili smo informatički sistem koji se zasniva na podacima koji su nam dostupni. Sada

odbor svakog meseca pregleda podatke o prijemu, prosečnoj dužini boravka, popunjenosti, tipovima prijema, radnim normama po lekaru i praćenju budžeta, da bismo bili sigurni da smo na dobrom putu.

Uopšteno govoreći, promene su podrazumevale mnogo rada za mene i druge članove grupe za planiranje. Međutim, svi su bili posvećeni i svi su prepoznali potrebu za promenom i učešćem u ovom procesu. Podrška zajednice je takođe bila od pomoći – komentari i saveti, kao i priznanje da je ono što radimo u najboljem interesu zajednice.

Smatram da sada imamo bolje izbalansiranu bolnicu u pogledu usluga koje se pružaju, kao i osoblja – povoljniji odnos broja medicinskih sestara i lekara i mlađe lekare i specijaliste u ključnim oblastima pružanja usluga. Informatički sistem koji se sada koristi će nam takođe pomoći da pratimo budući napredak, što će nam pomoći da bolje planiramo i upravljamo i da ranije prepoznamo eventualne probleme i trendove.

Aktivnosti:	Osnovana radna grupa
	Utvrđene potrebe za promenom
	Obavljene konsultacije sa svima koji su uključeni u proces
	Razrađeni planovi
	Obavljeni pregovori sa zainteresovanim akterima
	Predstavljeni predlozi
	Obavljeni razgovori sa osobljem
	Napisani opisi i specifikacije poslova
	Raspisan konkurs za nova radna mesta, napravljen uži izbor kandidata i obavljeni razgovori sa njima
	Pripremljeni ugovori
	Utvrđene neophodne informacije za razvijanje sistema praćenja
	Uspostavljen sistem upravljanja informacijama i izveštavanja

Označite mesta u studiji slučaja gde su se ove aktivnosti odvijale. Jesu li bilo koje od ovih aktivnosti primenljive u poslu koji obavljate ili koji ste obavljali?

Odeljak 2: Rad menadžera u zdravstvenoj službi

2.1 Informacije

2.1.1 Informacije kao resurs

Ako razmišljate o celom procesu postavljanja dijagnoze, lečenja i praćenja oporavka pacijenta, videćete da je najveći deo rada klinike ili bolnice posvećen prikupljanju **podataka** (istorija bolesti, rezultati ispitivanja, patološki rezultati itd.), pretvaranju tih podataka u **informacije** (dijagnoza i plan lečenja), prenošenju informacija onima kojima su potrebne i njihovom beleženju za upotrebu u budućnosti. Postupanje sa podacima i informacijama čini značajan deo ukupne cene pružanja usluge. Stoga je veoma važno obavljati taj posao efikasno.

Karton pacijenta sadrži velike količine podataka koji su korisni samo za lečenje tog pacijenta. Menadžeri žele da znaju šta se desilo sa velikim brojem pacijenata, pa se ti podaci moraju izvući, kodirati, grupisati i analizirati pre nego što postanu korisni, tj. pre nego postanu informacije. Za to je, takođe, potrebno vreme i novac.

Informacije su skup resurs koji se ne sme tračiti.

- Pravo je rasipništvo prikupljati podatke koji se nikad ne koriste.
- Pravo je rasipništvo imati informaciju koju ne možete da pronađete.
- Pravo je rasipništvo prikupljati podatke koji su toliko netačni da nisu ni od kakve koristi.
- Podjednako je rasipnički insistirati na izuzetno visokom nivou tačnosti, ako to nije neophodno za odluku koju treba doneti. Ako vam je potrebna samo gruba procena, ne tražite više od toga.
- Pravo je rasipništvo ako važne informacije stignu tek po isteku roka za donošenje odluke.

2.1.2 Vrste informacija

Informacije u obliku **brojeva** su, po definiciji, merljive i lake za obradu, grupisanje, poređenje i čuvanje. Brojke mogu biti predstavljene tabelarno, ili slikovito u dijagramima, grafikonima, „pita“ dijagramima itd. **Pisani** izveštaji, istraživanja, članci, rezultati istraživanja itd. sadrže činjenice i mišljenja koja se ne mogu izraziti brojčano, ali su za menadžere podjednako važni. Informacije mogu postojati na papiru, disketi, u memoriji računara itd., a šta god da je medijum, informacije moraju biti zabeležene, razvrstane i efikasno skladištene da bi se do njih moglo lako doći.

2.1.3 Nivoi informacija – agregacija

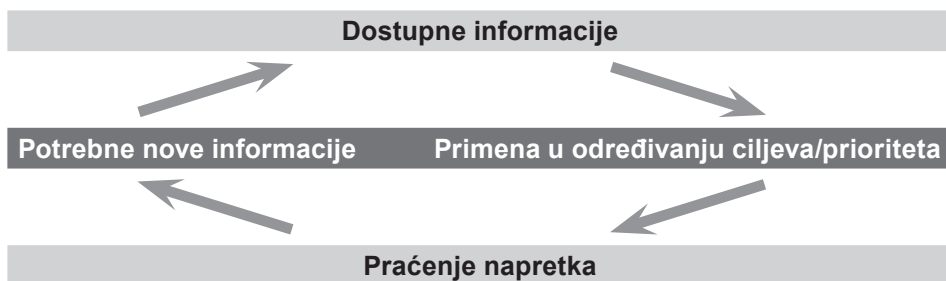
Podaci o pojedincu predstavljaju najniži nivo. Zatim se podaci o pacijentima mogu grupisati (**agregacija**) na različitim nivoima, od klinike do grada ili regiona, do nivoa cele zemlje ili čak celog sveta. Na primer, možete proizvesti informaciju da je prosečan životni vek muškaraca u određenoj zemlji 61 godina. Ovaj podatak možda jeste tačan i precizan, ali nije od velike koristi zato što prikriva važnu činjenicu da se očekivani životni vek muškaraca i žena značajno

razlikuje. Isto tako, možete da iznesete podatak o smrtnosti novorođenčadi u celoj zemlji. Ukoliko vam geografska varijacija nije poznata (niži nivo grupisanja), ta informacija je korisna jedino da prikaže kretanja tokom vremena. Opšte je prihvaćeno to da se sa povećanjem nivoa grupisanja smanjuje vrednost koju informacije imaju za menadžera.

2.1.4 Upotreba informacija

Menadžerima su potrebne informacije da bi donosili odluke zasnovane na logici. Koja će im informacija biti potrebna zavisiće od njihove namere ili cilja, koji će i sami biti izmenjeni upravo dobijanjem nove informacije. Prema time, to je kontinuirani, ciklični proces.

Slika 6: Ciklus informacija



Menadžeri koriste informacije za:

- **strateško planiranje**, koje se odnosi na bar pet narednih godina;
- **poslovno planiranje**, odnosno proces određivanja usmerenja i ciljeva za sledeću godinu u jednoj organizaciji;
- **operativni menadžment**, koji obuhvata praćenje standarda zdravstvene nege, broja pacijenata koje je lečila određena služba, zaposlenog osoblja i trošenja novca. Informacije do kojih se dolazi praćenjem koriste se za otkrivanje odstupanja od standardâ i planiranih aktivnosti organizacije, kako bi se mogle preduzeti korektivne mere. Da bi imale efekta, ove informacije moraju da bude brzo dostupne, jer u suprotnom ovaj „ciklus povratnih informacija“ neće biti delotvoran;
- **izveštavanje** viših instanci, u cilju izrade sopstvenih strateških planova ili praćenja napretka. U principu, bolje je proizvoditi i analizirati informacije na lokalnom nivou. Oni koji prikupljaju podatke neće biti dovoljno motivisani da budu precizni ako nikada ne znaju za šta se ti podaci koriste ili kakvu korist celoj zajednici donose rezultati njihovog rada;
- **informisanje** osoblja i javnosti o tome šta organizacija radi i šta namerava da radi.

2.2 Poslovno planiranje

Poslovno planiranje je proces donošenja odluka i njihovog sprovođenja u određenom vremenskom periodu. **Strateški plan** se odnosi na period od bar pet narednih godina i pravi se na višem nivou.

Slika 7: Karakteristike strateškog i operativnog planiranja



Organizacije moraju da rade u skladu sa opštim strateškim planom, ali treba da razviju i sopstveni **poslovni plan**, koji se odnosi na naredni period od jedne ili dve godine.

2.2.1 Poslovni planovi

Poslovni planovi se bave operativnim namerama jedne organizacije za period od, na primer, jedne budžetske godine. Ovi planovi (za bolnicu, nevladinu organizaciju (NVO), ili razvojni projekat) objedinjuju ciljeve, norme i ishode za predstojeći period. Poslovni planovi mogu biti tesno povezani sa sporazumima o učinku između organizacija i viših menadžera.

Poslovni planovi služe da bi se:

- osoblju i zainteresovanim akterima saopštile namere i usmerenja;
- osiguralo postavljanje održivih i ostvarljivih ciljeva;
- koristili raspoloživi resursi;
- utvrdila odgovornost u odlučivanju.

Poslovni planovi su vezani za vreme (obično jednu godinu) i usredsređeni na nove investicije, nabavke, zaposlene, raspolaganje sredstvima, programe obuke, renoviranje itd. Ukratko, to su predstojeće operativne aktivnosti organizacije za naredni period.

Komponente poslovnog plana

1. Izložiti u glavnim crtama ciljeve organizacije
2. Naveći glavne aktivnosti i odgovornosti
3. Izložiti u kratkim crtama kvantitativne ciljeve za predstojeću godinu (kapital, kupovina opreme itd.) na osnovu utvrđenih prioriteta i principa
4. Izložiti u kratkim crtama finansijske aspekte i izvore finansiranja (uključujući i sastav osoblja i polazne osnove ako je potrebno)
5. Izložiti u kratkim crtama indikatore učinka i mere koje će se koristiti za evaluaciju uspeha
6. Izložiti u kratkim crtama jasan vremenski raspored aktivnosti (sa ključnim oblastima željenih rezultata ili bitnim prekretnicama)

2.2.2 Elementi poslovnog plana

Poslovni plan:

- uzima u obzir sve informacije koje organizacija može da prikupi o spoljašnjem svetu (okruženju) i o tome kako se on menja;
- razmatra sve informacije koje ima o svom učinku, posebno o novcu koji troši, broju zaposlenih, broju lečenih pacijenata (obim usluga) i kvalitetu pruženih usluga;
- analizira i jedne i druge informacije u odnosu na mogućnosti za razvoj, opasnosti za razvoj, prednosti organizacije (u čemu smo zaista dobri?), kao i njene slabosti. Na primer, ako organizacija efikasnije radi, to predstavlja mogućnost za razvoj zato što je novac dostupan za razvoj. Ako se sredstva dobijena od države smanjuju, to predstavlja opasnost i možda će morati da se odluči koje usluge će biti redukovane. Odeljenje koje postiže odlične rezultate je prednost, ali se nemogućnost zapošljavanja odgovarajućeg osoblja smatra slabošću;
- analizira postojeća ograničenja i mogućnosti za njihovo prevazilaženje;
- određuje specifične ciljeve za narednu godinu ili više godina. To nije spisak stvari koje biste želeli da uradite već realna procena o tome šta je moguće postići u okviru raspoloživog vremena;
- pokazuje kako će ciljevi biti ostvareni u okviru budžeta;
- pokazuje kako će biti praćen učinak.

Ko pravi poslovni plan? Najefikasnije organizacije svoje planove prave od temelja, odnosno pitaju one koji rade na terenu gde se problemi nalaze, kako bi se mogli rešiti, kao i za njihovo mišljenje o tome kako bi kvalitet usluga mogao da se unapredi. Menadžeri dobijaju veoma dug spisak i iz njega biraju prioritete jer nije moguće sve uraditi odjednom.

Kada se pravi plan? Potrebno je da proces počne najmanje tri ili četiri meseca pre isteka roka. To znači da se plan mora napraviti na osnovu predviđanja šta će biti ostvareno do kraja godine.

Ko bi trebalo da zna za plan? Svi. Ljudi će raditi efikasnije ako znaju šta organizacija želi da postigne. Osim toga, javnost plaća te usluge, pa bi i javnost trebalo informisati o tome kako će njihov novac biti potrošen. U mnogim zemljama poslovni planovi (kao i planovi kvaliteta) se objavljuju i građani mogu menadžerima da postavljaju pitanja u vezi sa njima.

2.2.3 Kako plan utiče na rad ljudi?

Na mnogo načina. Poslovni plan može da utiče na:

- strukturu menadžmenta
- finansijske planove i budžet
- zapošljavanje
- obrazovanje i obuku
- ugovore o radu, opise poslova i ocenjivanje
- standarde kvaliteta
- praćenje učinka
- sisteme informisanja
- spoljne odnose

Potrebno je preispitati svaku od ovih stavki da bi se videlo šta treba promeniti kod poslovnog plana da bi njegovi ciljevi bili ostvareni.

2.3 Upravljanje rizikom (eng. managing risk)

Upravljanje rizikom podrazumeva pokušaje da se problemi umanje njihovim predviđanjem i postojanjem rezervnih planova za reagovanje u različitim i/ili nepovoljnim situacijama. Na primer, ako postoji samo jedna osoba u organizaciji koja može da planira budžet i on/ona premine, kakve bi bile posledice za organizaciju? Iskusni menadžeri razmatraju rizik za organizaciju, pri čemu vode računa o sledećem:

- Step en rizika. Koliko je verovatno da će se neželjeni događaj desiti?
- Da li se mogu preduzeti neke mere da se rizik umanj i?
- Možemo li se osigurati od rizika?
- Koliko bi koštalo da se uradi bilo šta od ovoga?
- Kolika je cena propuštenih prilika (oportuni trošak)?

Sve ovo je pitanje ravnoteže. Možda je savršeno moguće umanjiti rizik od štete od požara ugradnjom skupe opreme i osiguranjem od posledica požara. Međutim, to bi istovremeno značilo da ne bi ostalo novca za zamenu ultrazvučnog aparata koji je dotrajavao, a novac potrošen na osiguranje se ne može potrošiti na brigu o pacijentima.

Sa kojom vrstom rizika se suočavaju organizacije zdravstvene zaštite?

- **Pravni rizik.** Da li je sve što radimo potpuno u skladu sa zakonom? Kakve bi mogle biti kazne za nepridržavanje zakona?
- **Politički rizik.** Da li je verovatno da će se zdravstvena politika vlade promeniti? Da li bi promena bila nepovoljna za nas? Da li bismo mogli da se pripremimo za eventualnu promenu?
- **Finansijski rizik.** Da li možemo biti sasvim sigurni da se poštuju finansijski propisi? Da li možemo da obrazložimo potrošnju svih sredstava? Da li delotvorno pratimo trošenje novca iz budžeta?
- **Rizik ljudskih resursa.** Da li postoje ljudi koji su nezamenljivi? Šta bi se desilo kada oni ne bi mogli da rade? Da li bismo mogli da nađemo zamenu? Možemo li da pokažemo da svi naši zaposleni imaju odgovarajuće kvalifikacije i obuku za posao koji obavljaju?
- **Klinički rizik.** Da li su rezultati zdravstvenog rada onoliko dobri koliko bi trebalo da budu? Ima li stručnih radnika koji ne ispunjavaju standarde? Da li imamo sisteme koji bi to prepoznali? Da li su aparati koje koristimo na pacijentima sigurni i bezbedni? Da li bismo mogli da se nosimo sa epidemijom?
- **Informatički rizik.** Koje bi bile posledice kvara naših računara? Koje sisteme osiguranja imamo?

Ovo nije potpuna lista, ali je dovoljna da ilustruje da menadžeri moraju pažljivo da razmišljaju o rizicima i da ih smanjuju kada je potrebno. Ne bi bilo mudro potrošiti mnogo novca na smanjenje rizika koji je neznatan, ali je pametno preduprediti katastrofu jednostavnim, jeftinim sredstvima.

Nekoliko primera načina za smanjenje rizika u organizaciji

- Sigurnosni računarski sistemi
- Ažurirana polisa osiguranja
- Raspoloživost pravnih saveta
- Razmena stručnih znanja u ključnim odeljenjima ili oblastima, u cilju smanjenja zavisnosti od jednog ili dvoje zaposlenih
- Dobro definisane i testirane bezbednosne procedure i procedure o zdravlju na radu
- Dobri protokoli i procedure za kliničku praksu i kvalitet
- Dokumentacija i saveti o politici smanjenja rizika dostupni drugim menadžerima
- Planovi za rizik po odeljenjima (ili integrisani u poslovne planove)

2.3.1 Zašto bi trebalo planirati smanjivanje rizika

Jednostavno rečeno, planiranje je razmišljanje unapred koje predstavlja osnovu za delanje. To je proces postavljanja okvira koji pomaže pri donošenju odluka, određivanju pravaca i definisanju željenih promena, kao i pri proceni svih relevantnih činilaca da bi se išlo napred u strukturnom smislu i da bi bila usvojena strategija orijentisana ka prevenciji.

Planiranje se odnosi na kreiranje željene budućnosti i delotvornih načina da se ona realizuje. To je određivanje puta promena unutar društvenog ili organizacionog

sistema – proces kojim se sadašnje odluke povezuju sa budućim željenim rezultatima. Planiranje je orijentisano ka delovanju i usmereno na dostignuća, sprovođenje i upravljanje rizikom.

U zdravstvu je potrebno da planiramo da bismo odlučili o formi budućih usluga i kako bi se suočili sa situacijama koje se mogu preduprediti:

2.3.2 Zašto je potrebno da planiramo izbegavanje rizika i upravljanje rizikom

- Da bismo obezbedili najbolje i najekonomičnije usluge
- Da bismo imali alternativne okvire
- Da bismo ispunili menadžersku dužnost upravljanja resursima na najdelotvorniji način
- Da bismo osigurali da organizacija i usluge mogu da odgovore na potrebe i okolnosti koje se menjaju

2.4 Upravljanje promenama

2.4.1 Organizacioni faktori u sprovođenju promena i otpora prema njima

U svakoj zemlji i svakoj organizaciji promene destabilizuju, zabrinjavaju i mogu da unesu razdor. Uvek postoje i gubitnici i dobitnici. U svakoj organizaciji postoje oni koji žele promenu i oni koji joj se opiru. Ako se ne pozabavimo njihovim strahovima, što se više propagira promena, to će otpor biti veći – i ništa se neće dogoditi. Kada se naiđe na otpor, primamljivo je promovisati promenu još više. Međutim, tada se i otpor povećava, pa se odjednom nađete usred borbe. Iskusni menadžeri u takvim situacijama traže pravi uzrok otpora i trude se da ga umanje.

Kada se predloži promena, ljudi žele da znaju različite stvari. Neki žele da vide široku sliku, dok drugi traže sve detalje. Neki žele da saznaju na kakvoj logici je zasnovana promena, a drugi kako će promena uticati na ljude. Ako ne dobiju informacije koje su im potrebne, verovatno će pružati otpor. Kada pružaju informacije o predloženim promenama, uspešni menadžeri se staraju o tome da zadovolje sve četiri grupe. Možda je pametno ne otkrivati svakome sve detalje, već reći onima koji žele detalje gde mogu da ih nađu.

Uvođenje promena nije lako, nikada nije brzo i može da bude skupo. Produktivnost obično opada tokom perioda promena. Zato je potrebno mnogo motivacije u organizaciji da bi promena zaživela. Uvođenje niza malih promena tokom dužeg perioda može biti lakše nego pokušaj da se uvede jedna velika promena, a efekat može biti kumulativan. Proces promene je, međutim, isti.

2.4.2 Proces promene

- Uviđanje da je potrebno poboljšati službu.
- Uviđanje da je promena moguća.
- Verovanje da je vredna truda.
- Posvećenost donosilaca odluka promeni.

- Dijagnostifikovanje problema.
- Razmatranje opcija za promenu. Može postojati više puteva do istog rezultata.
- Zaista to i učiniti! Promena se mora planirati, saopštavati i voditi.
- Evaluacija. Postarati se da promena daje željene rezultate.

Pitanja za procenjivanje potreba za promenom

Pitanja za procenu promene	
• Šta sada radimo?	• Zašto to radimo?
• Da li to dobro radimo?	• Možemo li to da radimo bolje?
• Da li postoje drugi načini da se to uradi?	• Koliko to košta?

2.4.3 Upravljanje organizacionom promenom

Kada je promena u organizaciji zaista neophodna,iskusni menadžeri primenjuju sledeći postupak.

Odluka o promeni mora pre svega biti povezana sa ciljevima organizacije, kako bismo bili sigurni da će promena tu organizaciju odvesti u pravom smeru. Takođe, ona mora biti zasnovana na najboljim informacijama. Međutim, postoji tendencija da menadžeri traže sve više i više informacija, a da ništa zapravo ne urade. Kada imate dovoljno informacija da donesete odluku, onda je i donesite.

Planiranje promene se mora pažljivo sprovesti. Napravite raspored, imajući na umu da će to oduzeti dosta vremena vama i ljudima kojima upravljate. Može biti potrebno vreme za ponovnu obuku u skladu sa novim stanjem koje promena nosi. Možda će vam biti potrebna dodatna pomoć da održite rad službe dok se promena dešava. Razmislite unapred šta bi moglo da pođe naopako i šta se može učiniti u smislu prevencije.

2.4.4 Sprovođenje promene

- **Obavestite** o promeni sve one na koje će promena uticati. Podrobno objasnite zašto je ona potrebna, kao i posledice izostanka promene. Neka svi vide da ste posvećeni promeni.
- **Uključite sve, slušajte i budite dostupni.** Svima jasno stavite do znanja da se ne može pregovarati o tome da li će do promene doći, ali da se može razgovarati o načinu njenog uvođenja. Budite spremni da izmenite plan u skladu sa predlozima drugih. Porazgovarajte sa onima koji se protive promeni i otkrijte razlog za to. Učinite zaista sve što možete kako biste odagnali njihove strahove.
- **Ohrabrujte** ljude u toku promene. Dok uče novi način rada oni će se osećati nesigurno. Ukoliko se pojave problemi, zajedno potražite rešenje.
- **Nagradite** ljude kada se uvođenje promene uspešno okonča. Proslavite uspeh.

Karakteristike dobrog planiranja promene

- Dobro planiranje promene omogućava zaposlenima (i zajednici, kada je to prikladno) da učestvuju i daju komentare.
- Planiranje promene mora biti realno, precizno i konkretno.
- Posvećenost sprovođenju promene se može postići uključivanjem ljudi u različite aspekte procesa.
- Mora postojati podrška visokog rukovodstva i drugih organa vlasti.
- Mora biti prilagodljivo promenljivim uslovima.
- Mora se oslanjati na već usvojenu/odobrenu politiku.

Primeri sprovođenja promene

- Što je moguće više, proširite informacije o mogućnostima/planovima.
- Od zaposlenih zatražite povratne informacije/komentare (pismene ili usmene).
- Sazivajte otvorene sastanke zaposlenih, radi razmatranja predloženih promena.
- Obaveštavajte rukovodioce odeljenja/operacija, kako bi oni mogli da obaveste svoje radnike o planovima promene.

Vežba 2

Vi ste na čelu NVO. Odlučili ste da promenite strukturu organizacije osnivanjem tri nova sektora.

To će podrazumevati promene poslova, zaposleni će imati drugačije uloge, primaće se radnici na nova radna mesta i biće napravljena sistematizacija poslova za nove sektore.

Koje biste korake preduzeli da biste objasnili promene i pokrenuli razvoj novih struktura?

Odeljak 3: Neke tehnike menadžmenta

3.1 Komunikacija

U svakoj organizaciji razmena informacija je neophodna. S obzirom na to da ima veoma mnogo informacija, svako mora da izabere:

- koje informacije prenosi;
- sa kim komunicira;
- kada to čini;
- kako komunicira (lično, telefonom, pismom itd.);
- koliku važnost tome pridaje;
- kakvu vrstu odgovora želi. Da li se radi o pitanju na koje treba odgovoriti, ili je to zahtev, naređenje, potvrđivanje postupka ili informacija potrebna za praćenje?

Da bi prava informacija stigla do prave osobe na vreme i dobila odgovarajući odgovor, potrebno je da svi znaju koji su ciljevi organizacije. Ako su ciljevi nejasni ili ih nema, zaposleni će praviti pogrešan izbor i komunikacija neće uspeti.

Organizacija bi, takođe, trebalo da formuliše jasnu izjavu o posvećenosti, koja treba da bude vidno sadržana u celokupnoj dokumentaciji i obaveštenjima za javnost. U daljem tekstu naveden je primer izjave o posvećenosti pružanju usluga, kao vodilje kvalitativnog pristupa organizacije:

Slika 8: Primer izjave o posvećenosti pružanju usluga

NAŠA POSVEĆENOST PRUŽANJU USLUGA
Organizacija je posvećena unapređenju, zaštiti i očuvanju zdravlja zajednice kojoj pruža usluge, putem: • liderstva: u okviru organizacije, kao i u pružanju usluga u cilju podmirivanja potreba pojedinca i zajednice; • dostignuća: visoki standardi u pružanju zdravstvene nege, obukama i menadžmentu. • efikasnosti: u upravljanju ljudskim, finansijskim i kapitalnim resursima. Usredsređenost na klijenta: • pružamo informacije koje će vam pomoći da razumete svoje zdravstveno stanje i izbore koji vam stoje na raspolaganju; • poštujemo vaše dostojanstvo, kulturu, verska uverenja i pravo na privatnost i poverljivost informacija; • omogućavamo pristup drugim lekarima radi saveta i mišljenja; • slušamo vaše stavove, sugestije i brige i reagujemo na njih; • lečimo vas uz primenu odgovarajućih veština i garantujemo odgovarajuću negu i fer odnos. Korisnici naših usluga su lokalno stanovništvo, osobe koje dolaze u ovaj region zbog posla, ili u posetu, oni koji dolaze sa uputom iz drugih regiona, kao i dobavljači i organizacije sa kojima sarađujemo.

NAŠA POSVEĆENOST PRUŽANJU USLUGA

U cilju poboljšanja zdravlja zajednice, mi pružamo sledeće usluge:

Ukoliko je potrebno, naše osoblje će sa zadovoljstvom proslediti vaša pitanja nadležnoj osobi.

Kao organizacija posvećena dostizanju izvanrednog kvaliteta zdravstvene nege i pružanja usluga, mi cenimo vaše mišljenje i komentare o ispunjavanju vaših potreba, kao i vaše eventualne predloge o tome kako da unapredimo kvalitet nege i usluga koje pružamo.

IME I PODACI ZA KONTAKT MENADŽERA ORGANIZACIJE

Međutim, komunikacija se ne svodi samo na prenošenje informacija. Možemo prenositi ideje, veštine, emocije i stavove i na taj način razmenjivati iskustva, graditi odnose i poverenje i sprovoditi vođstvo. Ako očekujemo da slušalac ceni i koristi naš doprinos, bićemo podstaknuti da komuniciramo; ako očekujemo da će nas ignorisati, bićemo obeshrabreni. Za dobru komunikaciju potrebna je spremnost da se uključe druge osobe i prizna njihov doprinos.

Do dobre komunikacije ne dolazi se automatski; na njoj se mora raditi. Kada ljudi imaju različite ciljeve, kada nema poverenja niti nagrade za uloženi trud, a prisutna je nezainteresovanost i neslaganje u pogledu ovlašćenja, nesporazumi se množe i sve što nam na kraju ostane su prazne reči. Ako se te stvari reše, komunikacija će procvetati. Greške do kojih dolazi često se pripisuju „lošoj komunikaciji“. Iskusi menadžer posmatra odnose među ljudima, kako bi otkrio kako je do greške došlo.

Organizacije imaju **službene** sisteme komunikacije, ali uvek postoji i „**neslužbeni**“ sistem tračeva i glasina. Jedno od načela dobrog menadžmenta je to da zaposleni treba da znaju što je više moguće o tome šta se događa i da informacije treba zadržavati samo onda kada za to postoji valjan razlog.

Dakle, komunikacija „**odozgo na dole**“ predstavlja važnu funkciju menadžmenta. Ona se može obavljati objavljivanjem biltena, održavanjem sastanaka ili kanalima stepenastog informisanja. Ako su odnosi dobri, komunikacija „**odozdo na gore**“ će cvetati i rukovodioci će saznati ono što je potrebno da znaju, npr. ideje za unapređenje usluga ili nezadovoljstvo kojim se treba pozabaviti.

Bočna komunikacija ne zavisi od hijerarhije, ali je podjednako važna. Ona podrazumeva razmišljanje o tome kako promene u jednom odeljenju utiču na druge, kao i obaveštavanje drugih o tome; podrazumeva **saradnju** i **pregovaranje** o rešenjima; podrazumeva i **rešavanje problema** na nivou na kome se pojavljuju.

Primeri menadžerskih tehnika komunikacije

- 1 Bilteni za zaposlene – kratka, redovna obaveštenja svim zaposlenima o tekućim pitanjima, događajima, napretku i planovima organizacije i relevantnim spoljnim faktorima (npr. nova uputstva vlade, politika itd.).
- 2 Oglasne table za zaposlene – za isticanje naređenja iz ministarstva, uputstava vlade, izjave o misiji organizacije, pisama pohvale od pacijenata, vesti iz društva.
- 3 Otvoreni sastanci zaposlenih – za sve zaposlene. Prilika za zaposlene da upravi postavljaju pitanja.
- 4 Redovni sastanci (sa utvrđenim dnevnim redom) sa menadžerima odeljenja.

3.2 Delegiranje

Delegiranje predstavlja prenošenje ovlašćenja zaposlenom na nižem nivou organizacione hijerarhije za obavljanje nekih dužnosti. Važno je razumeti da se odgovornost ne može delegirati. Zaposleni na višem nivou u hijerarhiji ostaje odgovoran za uspeh ili neuspeh delegiranih obaveza. Osoba na višem hijerarhijskom nivou mora osigurati sledeće:

- potpuno razumevanje delegiranih obaveza;
- razumevanje rezultata koje treba postići;
- redovno praćenje učinka;
- raspoloživost potrebnih resursa;
- razgovor o odstupanju od plana.

Delegiranje dobro shvataju lekari na višem položaju koji stalno drugima delegiraju zadatke kada nisu sa pacijentom, ali su i dalje odgovorni za sve što se događa. Delegiranje može imati različite nivoe.

„Ti odluči kako ćeš postići potreban rezultat, pa tako i uradi.“

„Ti smisli kako želiš da to uradiš, ali me obavesti pre nego što počneš.“

„Ti razmotri koje mogućnosti postoje, a ja ću odlučiti koja je najbolja.“

Praćenje može da varira od redovnih izveštaja o radu do toga da se podrazumeva da osoba na višem položaju očekuje da bude obaveštena samo ako se jave problemi.

Delegiranje ima prednosti i mane. Prednosti su sledeće:

- osoba na višem položaju ima više vremena za zadatke „višeg nivoa“, kao što je strateško planiranje, za razliku od operativnog menadžmenta;
- delegiranjem se smanjuje broj ljudi koji su odgovorni osobi na višem položaju. U velikoj organizaciji opseg kontrole viših menadžera može u suprotnom postati preterano veliki;
- odluke se mogu brže donositi,
- osoba na višem položaju možda ne poseduje tehničko znanje ili detaljno operativno znanje za donošenje najboljih odluka;
- delegiranje poboljšava zadovoljstvo poslom i motivaciju;

-
- delegiranjem se stvaraju stepenice ka unapređenju na položaje višeg nivoa;
 - delegiranje omogućava organizacijama da se brže prilagode promenama okruženja.

Delegiranje, takođe, ima nedostatke

- Ako se radi na odgovarajući način, delegiranje zahteva dosta vremena.
- Za delegiranje su potrebne osobe koje su spremne i sposobne da prihvate odgovornost (i koje će očekivati veću platu).
- Potrebna je veoma dobra komunikacija i međusobno poverenje.

Da li delegiranje znači da osoba na višem položaju gubi kontrolu?

Ne znači, ukoliko je nivo delegiranja u skladu sa iskustvom i ako se praćenje obavlja na odgovarajući način. Velika razlika je u tome što se akcenat stavlja na kontrolu rezultata, a ne na kontrolu procesa. Osobe kojima su delegirana ovlašćenja imaju određeni stepen slobode da odluče kako da obave posao, ali nemaju nikakvu slobodu kada je reč o željenom rezultatu. Uspešne organizacije blagonaklono gledaju na delegiranje odgovornosti do najnižeg mogućeg nivoa.

Vežba 3

1. Koje su prednosti i nedostaci delegiranja?
2. Možete li da opišete različite nivoe delegiranja i da date primere?
3. Kako su zadaci i funkcije delegirani u okviru vaše organizacije?

3.3 Timski rad

3.3.1 Karakteristike timova

Delegiranje se odnosi na vertikalne odnose u hijerarhiji, ali ljudi različitih profesija i zanimanja moraju raditi zajedno jer nose zajedničku odgovornost za rad organizacije. Primer su zaposleni koji su u dodiru sa pacijentima na određenoj klinici, ili grupa zaposlenih koji su okupljeni kako bi obavili određeni zadatak. Timski rad se odnosi na horizontalne odnose u organizaciji. U timu mogu biti starije osobe na višem položaju, kao i mlađe osobe sa manje iskustva, ali suština tima nije u hijerarhiji ili moći koju nosi određeni položaj; svaka osoba je tu zato što može da pruži jedinstveni doprinos.

Tim je grupa ljudi okupljena radi obavljanja određenog zadatka ili postizanja konkretnog cilja. U košarkaškom timu igrači imaju različite veštine i odgovornosti. Ako postupaju kao pojedinci, neće nikada pobediti; ako sarađuju, pobiće.

Tim je grupa definisane veličine, iako se veličina može sporazumno menjati. Tim može biti formiran na određeno ili na neodređeno vreme, što zavisi od prirode zadatka.

Uobičajeno je da se članovi tima biraju na osnovu individualnih kvaliteta, a ne kao predstavnici drugih grupa. Međutim, komisije su primeri timova čiji članovi mogu biti i nečiji predstavnici, što može biti na uštrb njihove sposobnosti da daju doprinos kao pojedinci.

Timski pristup

Timski pristup se može koristiti prilikom:

- traženja ideja za razvoj mogućih rešenja;
- razvoja planova i strategija;
- pokretanja inicijativa za unapređenje kvaliteta;
- utvrđivanja normi i kriterijuma;
- rešavanja problema.

3.3.2 Koje su karakteristike uspešnih timova?

- Svi daju doprinos i nema dominacije jednog ili dva člana.
- Svi su spremni da saslušaju druge i uvažavaju njihov doprinos.
- Zadatak je jasno definisan i shvaćen.
- Diskusija obuhvata širok spektar tema.
- Nema „skrivenih planova“. Svi članovi su motivisani da na najbolji mogući način obave zadatak.
- Neslaganje se prihvata kao normalna pojava koja se otvoreno rešava.
- Grupa sama prati svoj napredak.
- Odluke se donose konsenzusom.

Vođa tima treba sve ovo da ima na umu kada usmerava rad tima ili pojedinih članova.

3.3.3 Način rada komisija

Da bi bio delotvoran, rad komisije mora biti usredsređen i usmeren. Komisija treba:

- da dobije jasna ovlašćenja, odnosno da ima transparentan i odobren radni zadatak;
- da ima predsednika (postavljenog, ili izabranog od strane ostalih članova) sa prethodnim
- iskustvom i znanjem u rešavanju odgovarajućih pitanja i zadataka;
- da imenuje svoje članove na osnovu sposobnosti koje poseduju;
- da bude odgovarajuće veličine (tj. ne previše velika);
- da omogući članovima dovoljno vremena da prouče materijal – dnevni red i ostali dokumenti moraju biti dostavljeni pre sastanka;
- da daje savete, odnosno preporuke koje se prosleđuju višim instancama na odobravanje;
- da vodi jasne zapisnike o postupcima koje sprovodi, kao evidenciju događaja i pregled aktivnosti. Ovi podaci treba da sadrže imena osoba koje su odgovorne za pojedinačne aktivnosti, kao i dinamiku njihovog sprovođenja.

Komisija treba:

- da postigne saglasnost u vezi sa problemima ili pitanjima koje treba rešiti
- da preispita činjenice i mišljenja
- da raspravlja o relevantnim pitanjima i politici
- da postigne saglasnost o tome kakve rezultate treba postići

Kako se može razviti timski rad u vašoj organizaciji?

3.4 Predvođenje i motivisanje

3.4.1 Liderstvo – potrebe zadatka; potrebe ljudi

Liderstvo je sposobnost osobe da utiče na druge da dobrovoljno doprinesu ostvarenju zadatka. Uspešni lideri:

- brzo uče iz iskustva
- sposobni su da široko primene svoje znanje
- vredni su i energični

Mnogo je lakše opisati uspešne lidere u smislu posla koji obavljaju i načina njihovog ponašanja. Pokazatelji koji se pri tome posmatraju su zadatak, osobe koje obavljaju zadatak i način na koji se ostvaruje autoritet.

Uspešnim liderima je sasvim jasno šta je njihov zadatak i staraju se o tome da budu dobro informisani o njemu, o okruženju u kome rade i mogućim promenama u tom okruženju. Oni prave planove, određuju norme koje treba ostvariti itd., u skladu sa **potrebama zadatka**. Oni pokazuju da nisu zadovoljni održavanjem ustaljenog toka, pokazuju posvećenost kvalitetu i deluju kao uzor za druge.

Uspešni lideri obraćaju pažnju na **potrebe ljudi** koji sprovode dati zadatak, bilo da su to grupe ili pojedinci. Grupi su potrebne informacije, resursi, organizacija i smernice o tome kako da naprave prvi korak u procesu promene. Pojedincima su potrebni saveti, obuka i pomoć oko konkretnih problema.

Uspešni lideri razmišljaju o tome kako da iskoriste autoritet koji imaju u odnosu na ljude i zadatke. Postoji čitav spektar stilova liderstva koji se kreću između **autokratskog i demokratskog**.

3.4.2 Stilovi liderstva

	Autokratski.	Lider definiše problem, pravi plan i saopštava ljudima šta da rade.
		Lider definiše problem, pravi plan i iznosi ga radi konsultacija. Plan je moguće izmeniti.
		Lider definiše problem i traži od grupe da ponudi moguća rešenja. Lider odlučuje koje rešenje će biti usvojeno u planu.
		Lider traži od grupe da definiše problem i moguća rešenja za plan.
	Demokratski.	Lider dozvoljava grupi da napravi plan u okviru definisanih ograničenja.

Koji stil je bolji?

Ljudi verovatno ne bi dobrovoljno sledili autokratskog lidera i čini se da autokratski lideri nikada ne bi mogli da budu uspešni. Međutim, ako je upravo izgorelo pola bolnice, autokratski stil bi mogao biti delotvorniji nego demokratski. Ako je neophodna disciplina da bi grupa bila delotvorna, onda je potreban stil koji više naginje autokratskom. U normalnim okolnostima, „demokratskiji“ stilovi su ipak delotvorniji. Uspešni lideri znaju kako da promene svoj stil u odnosu na potrebe zadatka, ljude i situaciju.

3.4.3 Biti lider

Menadžeri moraju jasno da razumeju svoju ulogu lidera i da odvoje vreme da bi je uvežbali radi sebe i svog osoblja. Unapređenje u pružanju nege i usluga svakog odeljenja i oblasti u bolnici bi trebalo planirati, a menadžeri bi trebalo da se staraju o tome da smer individualnih organizacionih inicijativa bude usklađen sa vizijom i ciljevima organizacije. Jasna i razumljiva izjava o posvećenosti organizacije kvalitetu trebalo bi da bude sastavni deo okvira liderstva i trebalo bi da ima i spoljne (pacijenti i njihove porodice, dobavljači itd.) i unutrašnje aspekte (osoblje). Izjavu poput one koja sledi trebalo bi dosledno unositi u dokumenta i prikazivati na oglasnim tablama, kao deo opšte posvećenosti i podrške unapređenju organizacije i kao deo liderske funkcije.

Slika 9: Izjava organizacije o kvalitetu (sa ciljem isticanja poboljšanja organizacije i njenog vođenja)

IZJAVA ORGANIZACIJE O KVALITETU

Organizacija je u potpunosti posvećena programu obezbeđenja kvaliteta, kao načina za neprekidno poboljšavanje i ostvarenje opštih ciljeva, i to:

- izvanrednosti u pružanju nege i usluga;
- dostizanja optimuma kliničkih procesa i ishoda lečenja;
- orijentacije organizacije ka korisnicima.

Svim navedenim ciljevima obezbeđena je podrška u vidu raspoloživih podataka i kvantitativnog merenja.

Svako odeljenje i svi zaposleni u neposredno ili posredno doprinose ukupnom kvalitetu u procesu pružanja nege i usluga. Kvalitet zahteva posvećenost na svim nivoima organizacije. Zato se od svih zaposlenih očekuje da učestvuju u aktivnostima obezbeđenja kvaliteta.

3.5 Motivacija

Motivacija je proces zadovoljavanja ljudskih potreba i dobijanja najboljih rezultata podsticanjem zalaganja.

Slika 10: Činioci motivacije

POTREBE ----- ZALAGANJE ----- AKTIVNOSTI ----- NAGRADE

Ljudi su skloni da zbog svojih potreba ulažu napor ako misle da će nakon zalaganja uslediti nagrada koja će zadovoljiti njihove potrebe. Mi se nećemo zalagati:

- ako ne verujemo da ćemo biti sposobni da obavimo neku aktivnost;
- ako ne očekujemo da će uslediti nagrada;
- ako ne verujemo da će ponuđena nagrada zadovoljiti naše konkretne potrebe.

Zalaganje ne garantuje da će aktivnost biti obavljena, bilo usled nedostatka informacija, obučenosti ili stručnosti. Obavljanje aktivnosti ne garantuje dobijanje nagrade. Važno je da ljudi **veruju** da nešto mogu da urade i da **veruju** da će za to uslediti nagrada.

Primer podsticanja osoblja – ideja o proglašenju radnika meseca

CILJ JE:

PODIZANJE MORALA ZAPOSLENIH

PROPAGIRANJE USPEŠNOG RADA

UKLJUČIVANJE ZAPOSLENIH I PACIJENATA U PROCES OPŠTEG POBOLJŠANJA

NEGOVANJE DOBRIH ODNOSA U OPŠTEM SMISLU

PODRAZUMEVA SLEDEĆE:

Uprava ili organizacija obezbeđuje malu nagradu ili bonus (novac ili mali poklon).

Pozivaju se ostali zaposleni (ili pacijenti, ili načelnici odeljenja) da predlože člana osoblja za ovu nagradu.

Definišu se kriterijumi (u skladu sa smernicama ili pravilima), (npr. broj dobijenih pohvala, konkretan dobro urađen posao ili radna istorija zaposlenog).

Mala grupa koju saziva uprava organizacije svakog meseca odlučuje o pobedniku.

Slika radnika meseca se objavljuje u biltenu za zaposlene ili na oglasnoj tabli, a nagradu dodeljuje viši menadžer na javnom skupu.

3.6 Zadovoljstvo poslom

Zadovoljstvo poslom i motivacija su povezani na zanimljiv način. Utvrđeno je da kod većine osoba pet stvari povećava zadovoljstvo poslom:

- posao koji je sam po sebi zanimljiv;
- mogućnost ostvarenja uspeha;
- priznanje za ostvareni uspeh;
- preuzimanje odgovornosti;
- mogućnost za unapređenje.

Međutim, odsustvo ovih stvari nije činilo ljude nezadovoljnim na poslu. Stvari koje su ih činile nezadovoljnim bile su:

- loši odnosi sa osobama na višem, istom ili nižem položaju u hijerarhiji;
- loši fizički uslovi rada;
- obaveza da se slede pravila preduzeća;
- činjenica da ih neko kontroliše.

Drugim rečima, stvari zbog kojih su ljudi bili zadovoljni na poslu imale su veze sa samim poslom, dok su stvari koje su ih činile nezadovoljnim bile okruženje u kome se posao obavljao. Istraživači su istakli da su poštovanje pravila preduzeća i strog nadzor slični načinu na koji se odrasli ophode prema deci, pa ne iznenađuje što je to odraslima frustrirajuće. Međutim, ispravljanje ovih stvari nije učinilo ljude zadovoljnim na poslu, već je samo umanjilo njihovo nezadovoljstvo. Činioci koji su delovali u oba smera, ali nisu dovoljno uticajni ni u jednom od njih, pomalo su iznenađujući. To su:

- plata;
- status;
- sigurnost posla.

Zaključci su jasni. Prvo se koncentrišite na ono što izaziva zadovoljstvo. Zatim se pozabavite činiocima nezadovoljstva – društvenim odnosima i uslovima rada. Na kraju uradite šta možete u vezi sa platom, statusom i sigurnošću posla.

3.7 Ljudski resursi

U prilogima su dati neki primeri materijala o ljudskim resursima. Opis posla opisuje šta posao podrazumeva, kako se obavlja, zašto se radi i gde se radi.

Opis posla treba da sadrži sve ili većinu sledećih stavki:

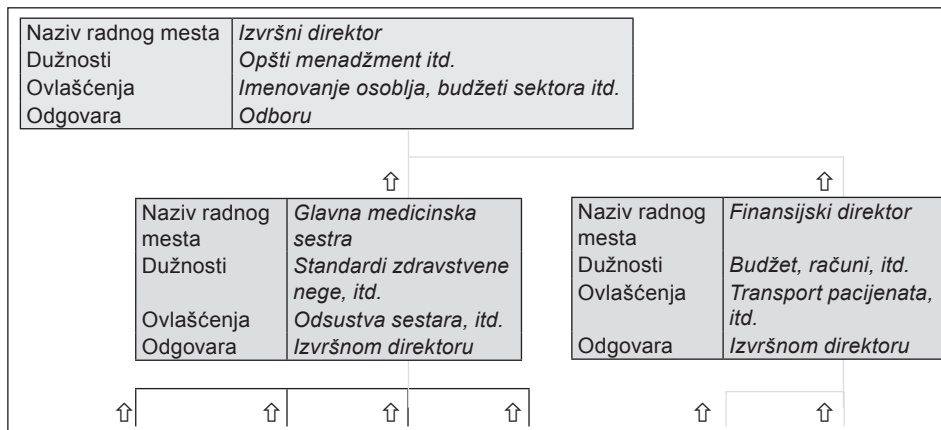
- naziv radnog mesta;
- primarnu funkciju radnog mesta;
- izjavu o dužnostima i odgovornostima;
- odnose u okviru organizacije;
- vezu sa drugim radnim mestima.

3.8 Organizaciona struktura

Organizaciona shema prikazuje uloge i funkcije ključnog osoblja i delova strukture. Organizaciona struktura se bavi time ko šta radi. Njom se precizira ko je odgovoran za svaku vrstu aktivnosti bolnice, koje odluke ima pravo da donese svaki član osoblja (ovlašćenja) i kome svaki član osoblja odgovara. Ključni deo organizacione strukture je onaj u kome se definišu funkcije viših hijerarhijskih nivoa i izvršnog direktora. Od suštinske je važnosti da funkcije budu jasno razgraničene.

Upravni odbor bolnice bi trebalo da bude usredsređen na opšte ciljeve i planove, kao i na praćenje i evaluaciju učinka u odnosu na te planove. Izvršni direktor bi trebalo da obezbedi informacije i savete kako bi omogućio Odboru da donese prave odluke u vezi sa planiranjem i evaluacijom.

Predlog organizacione sheme



Organizaciona struktura bi trebalo da bude detaljno predstavljena u opisima radnih mesta.

Organizaciona struktura se najbolje definiše skupom opisa radnih mesta. Opisom svakog radnog mesta moraju biti definisane potrebne i poželjne kvalifikacije, funkcije, ovlašćenja i linije odgovornosti (kome član osoblja odgovara u odnosu na konkretne funkcije).

Opis ovlašćenja podrazumeva spisak odluka koje osoba na određenom radnom mestu ima pravo da donese. Na primer, ovlašćenja izvršnog direktora mogu da obuhvate pravo na odobrenje plaćenog odlaska na konferenciju, dok direktor odeljenja nege ima pravo da odobri korišćenje godišnjeg odmora.

Opisi radnih mesta mogu biti prikazani u obliku organizacione sheme. Trebalo bi da u shemi postoji ćelija za svako radno mesto, a ćelije bi trebalo da budu povezane linijama odgovornosti. Trebalo bi da zaposleni imaju uvid u takvu shemu, kao i da se ta shema redovno ažurira, kako bi odražavala promene u planovima bolnice.

U nastavku su dati primeri opisa poslova.

Opis posla - Sekretar/Administrator

1. Naziv: SEKRETAR/ADMINISTRATOR
2. Odgovara: šefu kancelarije
3. Paket dohotka:
 - plata - predmet pregovora
 - penziono osiguranje
 - zdravstveno osiguranje
4. Kratak opis posla

U maloj organizaciji predviđa sve uobičajene sekretarske, administrativne zadatke i zadatke prijema stranaka, koje će se obavljati za celu organizaciju. Veći deo ovog posla će, naravno, biti rutinski, ali će njihova organizacija i izvršavanje, kao i konkretni načini za to, biti prepušteni inicijativi sekretara/administratora.
5. Popis odgovornosti (nije neophodno uvrstiti sve najsitnije odgovornosti)

Takođe, biće prisutan i stalni zadatak vođenja raznovrsne administrativne/računovodstvene evidencije. Veći deo ove evidencije je trenutno raspoloživ samo u osnovnom obliku, pa će njeno dalje razvijanje biti sastavni deo posla.
6. Popis dužnosti (nije neophodno uvrstiti sve najsitnije dužnosti):
 - prijem stranaka, vođenje dokumentacije, vođenje priručne blagajne, kucanje, pošta, prikupljanje tekstova objavljenih u medijima;
 - razvijanje i vođenje:
 - liste korenspondenata, evidencije zaliha, inventara, budžetskih spisa;
 - održavanje računa;
 - zapošljavanje i kontrolisanje drugih kancelarijskih službenika/sekretara/administratora.
7. Ovlašćenja:
 - kupovine iz priručne blagajne;
 - plaćanje usluga čišćenja iz priručne blagajne;
 - poručivanje zaliha obrazaca;
 - trebovanje kancelarijskog materijala;
 - angažovanje privremenog osoblja.
8. Zaposleni koji podnose izveštaje sekretaru/administratoru

Zaposleni koji podnose izveštaje sekretaru/administratoru su sve privremeno ili stalno angažovane osobe.
9. Obrazovanje:
10. Iskustvo:

Naziv radnog mesta	Menadžer poslovanja – finansije
Odeljenje	Finansije
Klasifikacija	Menadžer zdravstvenih službi
Odgovara	Finansijskom kontroloru

VIZIJA ORGANIZACIJE I NAČELNI CILJEVI

Vizija bolnice je da bude specijalistički centar koji se izdvaja po kvalitetu svojih usluga, nastave i istraživanja.

Naši načelni ciljevi podrazumevaju pružanje usluga koje su dostupne i sprovedene s brigom i odgovornošću; očuvanje posvećenosti kvalitetu u pedijatrijskoj nezi, nastavi i istraživanju; pružanje usluga u bolnici i zajednici i pružanje preventivnih usluga; pružanje ekonomičnih i konkurentnih usluga; promovisanje okruženja koje pospešuje visoke profesionalne standarde i dobrobit zaposlenih; uspostavljanje i održavanje efikasnog upravljanja bolnicom; preuzimanje uloge zastupnika pacijenata; traganje za finansiranjem koje će omogućiti ostvarenje navedenih ciljeva i obezbeđivanje liderstva.

MISIJA ORGANIZACIJE

Naša misija je da pružamo sveobuhvatne usluge visokog kvaliteta zajednicama sa područja koje pokrivamo, kao i specijalističke usluge stanovništvu na tom području.

FUNKCIJA

Menadžer poslovanja je odgovoran finansijskom kontroloru za sve budžetske pripreme, praćenje izdataka i finansijski menadžment u celoj bolnici. Ovo radno mesto pripada Sektoru administrativnih službi.

Ovo je obuhvatna i zahtevna uloga. Fleksibilan stav je od suštinske važnosti. Radno mesto zahteva sposobnost komunikacije na svim nivoima. Uspešnom kandidatu potrebna je sposobnost određivanja prioriteta među svojim zaduženjima, poštovanja rokova, pokretanja inicijative i sposobnost rada uz minimalni nadzor.

GLAVNI KRITERIJUMI

Kvalifikacije i/ili veliko iskustvo u oblasti finansijskog računovodstva.

Dokazana sposobnost da analizira složene finansijske i druge informacije relevantne za menadžment, kao i da razvija odgovarajuće strategije i rešenja.

Sposobnost za rad na računarskim sistemima za finansijsko izveštavanje.

Odlično poznavanje rada u programima Excel i Access.

Iskustvo u oblasti finansijske analize, izradi budžeta i finansijskog izveštavanja.

Veštine menadžmenta, organizovanja, pregovaranja i komunikacije.

Dokazana sposobnost određivanja prioriteta i poštovanja rokova.

POŽELJNO JE

Poznavanje sistema za izveštavanje u sistemu zdravstvene zaštite.

UPRAVLJANJE BUDŽETOM

Godišnja priprema budžeta za centre troškova, koja obuhvata neprekidne složene pregovore sa svim direktorima klinika, odeljenja i menadžerima centara troškova u okviru bolnice.

Tekući nadzor i održavanje svih budžeta određenih za centre troškova.

Priprema profila zaposlenih i izračunavanje nagradnih dodataka.

Obezbeđivanje informacija o promenama plata.

Vođenje nagradnih dodataka u glavnoj računovodstvenoj knjizi i bazi podataka, u prvom mesecu njihovog isplaćivanja.

Staranje o tome da sistemi tačno prikazuju određeni budžet i dodatke.

FINANSIJSKO I UPRAVLJAČKO RAČUNOVODSTVO

Pomoć u pripremi mesečnih izveštaja.

Analiza mesečnih prihoda i izdataka i priprema evidencije dospelih obaveza.

Kontrola usaglašenosti svih finansijskih izveštaja.

Pomoć finansijskom kontroloru u pripremi mesečnih finansijskih prognoza.

Druge dužnosti prema uputstvima.

MERENJE UČINKA

Zadovoljstvo klijenata.

Prezentovanje i preciznost rada.

Vođenje računa o detaljima.

Određivanje prioriteta u radu.

Poštovanje određenih rokova.

Rešavanje problema i veštine uspostavljanja međuljudskih odnosa.

Odsustvovanje sa posla i tačnost.

Odeljak 4: Vežbe iz oblasti menadžmenta

Scenario 1

Vi ste menadžer lokalne klinike i dobili ste naređenje da smanjite budžet svoje organizacije za 5% tokom sledeće fiskalne godine, ali da zadržite ključne usluge koje klinika pruža.

Bez detaljnih informacija ili podataka, u kojim glavnim oblastima biste potražili uštedu u smislu ekonomičnosti i efikasnosti?

(Broj zaposlenih? Odnos zdravstvenog osoblja i ostalih radnika? Fizički prostor? Troškovi grejanja? Velike stavke izdataka – apoteka?)

Nabrojte neke od kriterijuma koje biste koristili.

Scenario 2

Vlada se obavezala da će raditi na uključivanju zajednice u zdravstvena pitanja. Vi ste osoba nadležna za sektor zdravstva u jednom okrugu i želite da postupite u skladu sa ovom direktivom. Nabrojte neke od načina za uključivanje zajednice, kao deo zvaničnog i nezvaničnog procesa.

Vežba

Iznesite u kratkim crtama neke od načina na koje Vi, kao menadžer, možete da uključite zaposlene u organizacione procese.

Procesi bi trebalo da obuhvate:

komunikaciju	<i>kako bolje komunicirati sa zaposlenima, kako omogućiti zaposlenima da iznesu predloge i stavove</i>
planiranje	<i>kako zaposlene više uključiti u proces planiranja</i>
kvalitet	<i>kako uključiti zaposlene u pristupe zasnovane na kvalitetu.</i>

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Jelena Đukić

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Literatura

- Buse K, Mays N, Walt G (2005). *Making health policy*. Open University Press, Milton Keynes
- Goodwin N, Gruen R, Iles V (2005). *Managing health services*. Open University Press, Milton Keynes
- Green A, Collins C (2006). „Management and planning“. In Merson M, Black R, and Mills A. (ed.). *International public health: diseases, programs, systems and policies*. Jones and Bartlett, Sudbury MA
- Jamison DT, Breman JG, Measham AR et al (eds.) (2006). *Priorities in health*. World Bank, Washington
- Kovner AR, Neuhauser D (eds). (2004). *Health Services Management: Readings, Cases and Commentary*. Eighth Edition, AUPHA HAP
- Lee K, Buse K, Fustukian S (eds). (2005). *Health policy in a globalizing world*. Cambridge University Press, Cambridge
- Mills A (2001). *The challenge of health sector reform: What must governments do?* Palgrave MacMillan, London

VODIČ ZA PLANIRANJE U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Majkl O'Rurk

Nina Lukić

1 Definisanje planiranja u sistemu zdravstvene zaštite

Jednostavno rečeno, planiranje je razmišljanje unapred kao osnova za rad. To je proces koji se odnosi na kreiranje radnog okruženja koje pomaže pri donošenju odluka, na utvrđivanje pravca promena i na procenu svih relevantnih faktora da bi se na strukturisan način napredovalo.

Planiranje se odnosi na kreiranje željene budućnosti i na pronalaženje delotvornih načina za njeno ostvarenje. To je uvođenje promena unutar organizacionog sistema – proces u kome se sadašnje odluke dovode u vezu sa željenim budućim rezultatima. Planiranje je orijentisano ka delovanju i cilj mu je dostignuće i implementacija.

Kada je u pitanju sistem zdravstvene zaštite, planiranje je neophodno kako bi se definisao kvalitet budućih zdravstvenih usluga.

Kao aktivnost koju sve organizacije sprovode u određenoj meri, planiranje obuhvata izbor odluka i, kao proces, sastoji se od sledećih elemenata:

Tabela 1: Osnovni principi planiranja

Definisanje ciljeva utvrđivanjem problema koje treba rešiti i potreba koje treba zadovoljiti

Formulacija putem sistematske analize alternativa, definisanja kriterijuma za izbor alternativa i ispitivanja potencijalnih posledica

Implementacija putem niza aktivnosti – kao što su budžetiranje, dinamika aktivnosti, kontrolne mere

Evaluacija i povratne informacije putem ocene ostvarenog i ažuriranja informacija da bi se očuvala održivost plana

Ceo proces planiranja zasnovan je na ovom racionalnom analitičkom pristupu – **definisanje problema, korišćenje informacija za donošenje odluka, sprovođenje izabrane opcije, razmatranje i procena rezultata**. Ovi termini će se često pojavljivati u procesu planiranja i biće detaljno razmatrani dalje u tekstu.

Tabela 2: Zbog čega nam je potrebno planiranje

- da bismo dobili najbolje usluge koje su najisplativije za zajednicu,
- da bismo dobili odgovarajuće usluge kojima se zadovoljavaju utvrđene potrebe – lečenje, prevencija i unapređenje zdravlja,
- da bismo uključili zajednicu kako bi preuzela odgovornost za svoje zdravlje i doprinela utvrđivanju potrebnih vrsta usluga,
- da bismo obezbedili usluge koje mogu da odgovore na promenljive potrebe i okolnosti.

2 Ključne promenljive u procesu planiranja

U daljem tekstu biće razmotreno više ključnih promenljivih u procesu planiranja koje čine osnovu planiranja u sistemu zdravstvene zaštite.

2.1 Pravičnost

Pravičnost u planiranju zdravstvene zaštite podrazumeva jednakost u dostupnosti zdravstvene zaštite – pojedinac ima jednake mogućnosti da dobije isti nivo zdravstvene zaštite bez obzira na prihode, pol ili mesto stanovanja. Pravičnost se procenjuje definisanjem ciljnih grupa, metodima za promovisanje bolje dostupnosti i analizom jednakosti pristupačnosti u različitim geografskim područjima.

Pravičnost ima važne implikacije za siromašne i osetljive grupe, kao i za stanovništvo udaljenih oblasti – treba obezbediti da tim grupama usluge budu dostupne, kao i to da usluge budu posebno namenjene tim grupama.

Tabela 3: Primeri planiranja strategija za rešavanje problema nejednakosti u pristupačnosti zdravstvene zaštite

Intervencija	Planiranje i politike planiranja
Informacije	• zdravstveno vaspitanje u zajednici sa posebnim akcentom na uključivanje siromašnog stanovništva • obuka lekara o odgovarajućoj upotrebi lekova i zdravstvena edukacija pacijenata
Propisi	• utvrđivanje cena i određivanje subvencija za siromašne • uspostavljanje pravila za propisivanje lekova • stimulacija farmaceuta za izdavanje generičkih lekova
Nadležnosti	• zahtev (ili pružanje podsticaja) da lekari neko vreme rade u ruralnim/udaljenim/siromašnim oblastima • subvencije za uključivanje siromašnih/nezaposlenih/starih u zdravstveno osiguranje
Finansiranje	• uspostavljanje šeme finansiranja u zajednici (npr. obrtni fond za lekove – „revolving drug funds“) ili šeme avansnog plaćanja • smanjivanje finansijskih opterećenja u okviru brige o siromašnima (npr. modifikovanje naplata korisnicima ili participacije)
Pružanje zdravstvenih usluga	• promovisanje primarne zdravstvene zaštite • ulaganje novca u zdravstvene usluge koje mogu imati značajan uticaj na ishod bolesti (npr. skrining za rak debelog creva)

2.2 Pristupačnost

Pristupačnost je sposobnost ili mogućnost da se dobije usluga ili korist i uključuje pojmove geografskog i fizičkog pristupa, kao i pristupačnost i prihvatljivost samih usluga.

Pristupačnost može podrazumevati nekoliko stvari – geografsku pristupačnost; vreme potrebno da se stigne do urgentnog centra; ograničeno radno vreme; ili finansijsku pristupačnost ukoliko su usluge toliko skupe da ih ne mogu svi priuštiti (npr. siromašni možda nisu u mogućnosti da plate participaciju za određenu uslugu).

2.3 Efikasnost

Efikasnost se odnosi na ostvarivanje maksimalne koristi pri upotrebi raspoloživih resursa. Tehnička efikasnost znači da se aktivnosti realizuju bez rasipanja ulaganja i sa najnižim mogućim troškovima.

Efikasnost alokacije resursa zahteva da resursi budu raspoređeni po aktivnostima na takav način da njihov doprinos bude najveći. Korišćenje resursa za pitanja koja nisu prioritetna i koja imaju mali uticaj na zdravlje (kao što su visoko-tehnološke intervencije), dok se prioritetne aktivnosti koje imaju visok uticaj na zdravlje (kao što je vakcinacija) nedovoljno finansiraju, predstavlja primer neefikasne alokacije.

Tabela 4: Promenljive u planiranju za unapređenje zdravlja

Efikasnost	Podrazumeva postojanje načina za dostizanje željenih ciljeva uz niže troškove. Na primer, na određenom odeljenju potreban je samo jedan doktor, a ne dva. Ili, bilo bi jeftinije održavati mašinu, umesto dopustiti da se pokvari i onda kupiti novu.
Efektivnost	Podrazumeva da se mogu postići bolji rezultati u smislu unapređenja zdravlja pacijenata. Na primer, može se zaključiti da bi bilo korisnije sprovesti vakcinaciju dece u školama, umesto očekivati da dolaze kod svog pedijatra, jer bi obuhvat na ovaj način bio dovoljno visok da smanji stopu prenosa bolesti.
Pravičnost	Podrazumeva da se može obezbediti pravedniji način pružanja zdravstvene zaštite. Na primer, bilo bi pravednije ako bi odnos broja lekara i pacijenata bio isti i u ruralnim i u urbanim oblastima.
Kvalitet	Ima za cilj uspostavljanje standarda i stalno nastojanje da se ostvare unapređenja. Na primer, postoje procesi pomoću kojih se svi zaposleni uključuju u aktivnosti vezane za unapređenje kvaliteta; naglašava se stalna potreba za unapređenjem kvaliteta u bolnicama/domovima zdravlja.
Vrednost za novac	Podrazumeva da se potrošeni novac može bolje upotrebiti, tako da se produži očekivano trajanje života i unapredi kvalitet života. Na primer, može se zaključiti da bi novac potrošen na lekove koji ne deluju bilo bolje potrošiti na promociju zdravijih stilova života.
Pristupačnost	Ne postoje prepreke da pacijenti dobiju zdravstvenu zaštitu i lečenje. Na primer, postojanje terenskih usluga za seoska područja – više zdravstvenih radnika koji posećuju pacijente.

2.4 Kvalitet

Kvalitet meri stepen do koga zdravstvene usluge zadovoljavaju utvrđene standarde zdravstvene zaštite i može se odnositi na neki od procesa zdravstvene zaštite (tj. na aktivnosti preduzete u sklopu pružanja zdravstvene usluge) ili na ishod lečenja (rezultat pružene usluge).

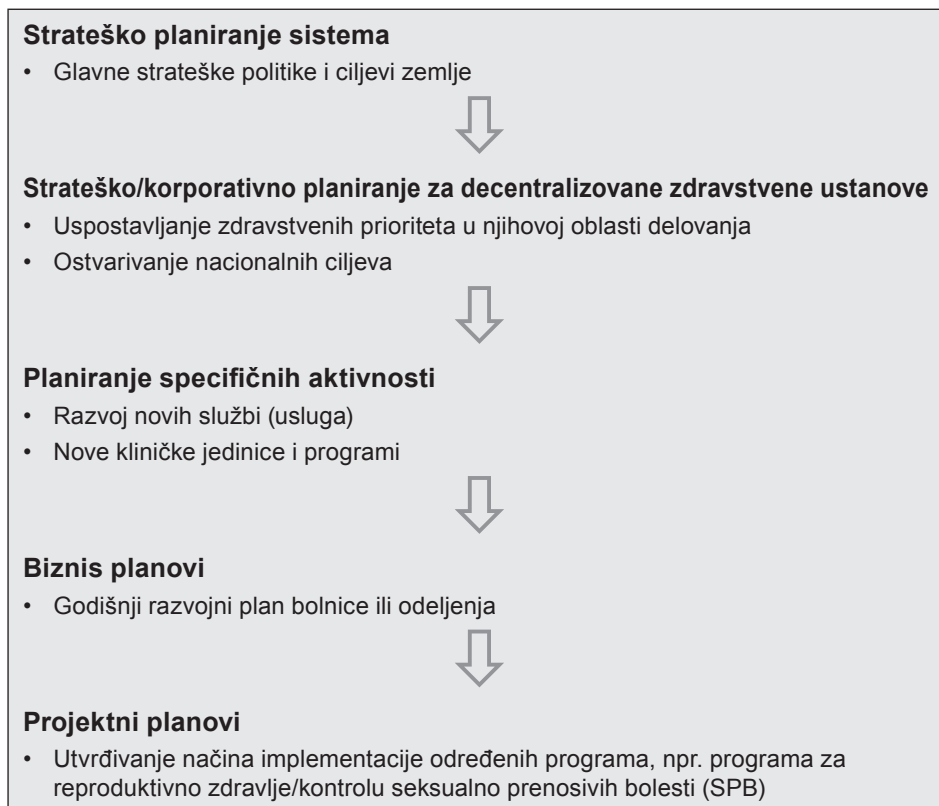
2.5 Efektivnost

Efektivnost je nivo ostvarenih dobiti i odnosi se na ishode u pogledu unapređenja zdravlja – na promenu u zdravlju pojedinca ili grupe ljudi koja se potpuno ili delimično može pripisati intervenciji ili seriji intervencija, tj. na pitanje da li su pružene usluge imale pozitivan uticaj na zdravlje pojedinca ili grupe. Od ključne važnosti je utvrđivanje najboljih pokazatelja ili merâ koristi ili dobiti u pogledu unapređenja zdravlja.

Planiranje u sistemu zdravstvene zaštite treba da se bavi ovim pitanjima. Glavni izazov je obezbeđivanje ravnopravnog pristupa ekonomičnoj zdravstvenoj zaštiti i istovremeno usredsređivanje na njeno unapređenje.

Postoji više tipova planiranja i oni mogu biti opisani hijerarhijski.

Tabela 5: Hijerarhija planiranja



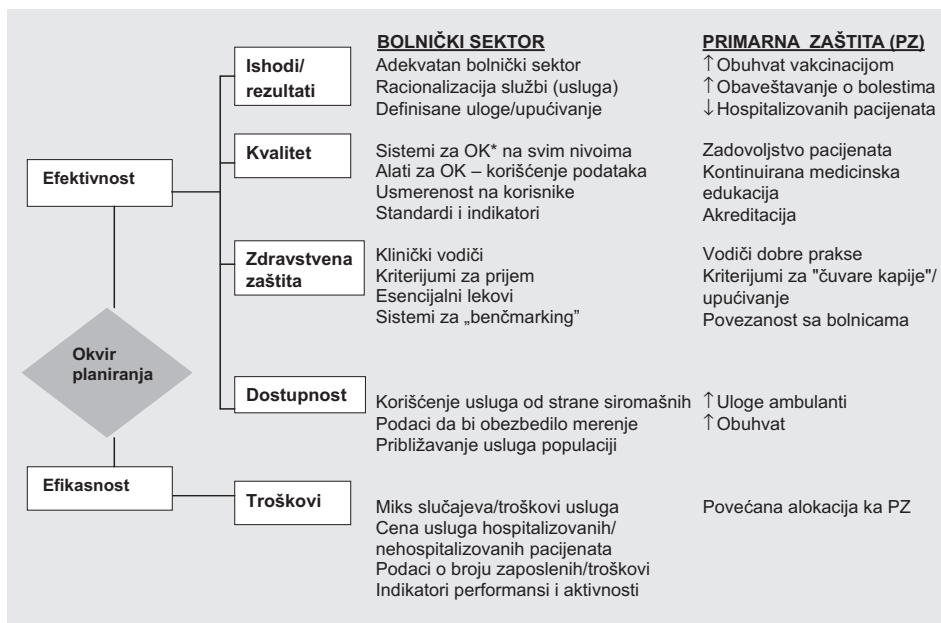
Sve vrste planiranja imaju zajedničke elemente.

Tabela 6: Osobine dobrog planiranja

Osobine dobrog planiranja	
• Dobro planiranje dopušta i zahteva uključivanje zaposlenih na svim nivoima, kao i uključivanje zajednice.	
• Mora biti realno, precizno i konkretno.	
• Posvećenost realizaciji plana mora biti postignuta uključivanjem ljudi u sve faze planiranja.	
• Mora imati podršku višeg rukovodstva i vlade.	
• Mora biti prilagodljivo promenljivom okruženju.	
• Treba da ima osnovu u prethodno usvojenim zdravstvenim politikama.	

Imajući u vidu gore navedene principe, okvir planiranja može biti naveden kao što sledi, sa nekim primerima primene različitih varijabli.

Tabela 7: Okvir planiranja za reformu sistema zdravstvene zaštite u tranziciji



*OK – obezbeđivanje kvaliteta

3 Primena planiranja

Proces planiranja: koraci u planiranju – strateško planiranje

3.1 Strateško planiranje

Postoje brojni modeli planiranja sa konkretnim ciljevima i primenom na različite ishode. Međutim, sve vrste planiranja imaju zajedničke ključne funkcije i procese, što je najbolje ilustrovano u modelu strateškog planiranja izloženom u nastavku.

Tabela 8: Okvir strateškog planiranja

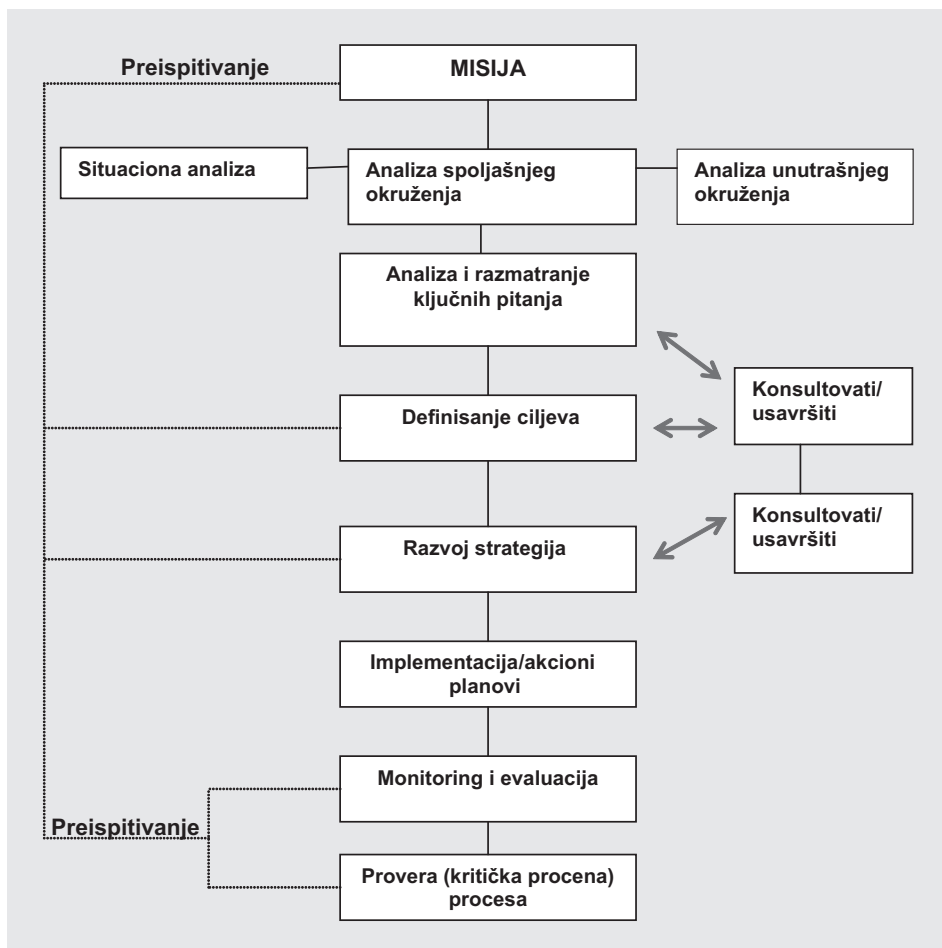
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Kreiranje okruženja za pomoć u odlučivanju• Utvrđivanje pravca promena• Procena svih faktora koji se tiču organizacije• Postavljanje osnova za promene• Kretanje napred u strukturisanom smislu• Saradnja i učešće svih zainteresovanih strana |
|---|

Proces strateškog planiranja obuhvata faze koje su od suštinske važnosti za bilo koji dobar plan – **situacionu analizu, utvrđivanje pitanja/problema/mogućnosti, konsultacije sa zainteresovanim stranama, razvoj strategije, implementaciju, evaluaciju i povratnu informaciju.**

Strateški plan ističe ključne inicijative koje organizacija (npr. zdravstvena ustanova, bolnica) treba da usvoji i saopštava opšti pravac, ciljeve i strategije. Plan obezbeđuje smernice za sistemski/organizacioni razvoj u srednjoročnom do dugoročnom vremenskom okviru (npr. 4–6 godina).

Različite varijante modela planiranja biće izložene kasnije, ali osnovna struktura i procesi se mogu detaljno prikazati kao u sledećem dijagramu, u kom se naglašava proces strateškog planiranja:

Tabela 9: Model strateškog planiranja



Strateški plan je ključni proces kojim se prenose jasne namere i budući pravci. Svi ostali planovi u okviru sistema funkcionišu unutar strateškog plana. Sam proces služi kao osnova i struktura za konkretnije i programski orijentisane planove. Strateški planovi obuhvataju mnoge procese koji se sprovode u sklopu redovnog planiranja.

Opis	Ključne karakteristike
Misija	Misijom se utvrđuje šta organizacija treba da radi.
Analiza i procena	Profiliše situacione trendove – politika, uticaj spoljašnjih faktora, zdravstvena politika Radno okruženje – populacije/bolesti/korišćenje usluga
Usredsređivanje na ključna pitanja	Određivanje prioriteta/rangiranje glavnih pitanja
Ciljevi	Gde želimo da idemo? Koje ciljeve treba ostvariti?
Strategije	Detaljno određuju kako će ciljevi biti postignuti.
Implementacija plana	Kako će strategije biti ostvarene: odnosi se na neophodne sisteme, procedure, strukture, resurse i infrastrukturu za sprovođenje utvrđenih akcija.
Monitoring i evaluacija plana	Procesi kojima se utvrđuje da li se planovi ostvaruju – kako se meri napredak.
Preispitivanje, kritička procena (i, ako je neophodno, unapređenje)	Procena efikasnosti plana i, ako je potrebno, promena strategija i pretpostavki na osnovu iskustva

Tabela 10: Pitanja u proceni strateškog planiranja

• Šta sada radimo?	• Zašto to radimo?
• Da li to radimo dobro?	• Da li to možemo da radimo bolje?
• Da li postoje drugi načini da se to uradi?	• Koliko to košta?

Strateško planiranje se bavi onim što se realno može postići – mogućim aktivnostima i merama koje se mogu preduzeti. Naglasak je na analizi (potreba, sistema i institucija) i dostizanju željenih ciljeva. Na strateškom nivou, utvrđuju se dugoročni ciljevi i razmatraju se moguća sredstva za njihovo dostizanje.

Šta se može uraditi

Operativno planiranje se sastoji od izrade detaljnih planova za sprovođenje strategija koje su razvijene u prethodnom planiranju. Akcenat je stavljen na konkretne aktivnosti koje treba preduzeti i resurse koji su potrebni za implementaciju, što je obično navedeno u operativnom ili implementacionom planu.

Šta će biti urađeno – implementacija

Tabela 11: Karakteristike strateškog i operativnog planiranja

STRATEŠKO PLANIRANJE (dugoročno) • Definisanje svrhe ili misije • Definisanje glavnih vrednosti • Utvrđivanje strateških oblasti • Definisanje dugoročnih ciljeva • Uspostavljanje prioriteta, strategija i politika • Strukturiranje organizacije	OPERATIVNO PLANIRANJE (srednjoročno) • Kvantifikovanje ciljeva ili željene realnosti • Određivanje indikatora uspeha • Definisanje vremenskih okvira • Identifikovanje resursa i troškova • Definisanje budžeta i novčanih tokova • Uspostavljanje monitoringa i izveštavanja • Definisanje odgovornosti
Primeri Nacionalni program za unapređenje zdravlja (definiše kako će funkcionisati zdravstveni sistem zemlje) Plan zdravstvenog centra definiše glavne strategije za pružanje zdravstvenih usluga Plan za razvoj novih procesa u sistemu zdravstvene zaštite, npr. strategija za unapređenje kvaliteta ili plan za reprofiliisanje kadrova u zdravstvenom sistemu	Primeri Puštanje novih kliničkih centara u rad Planiranje uspostavljanja novih kliničkih usluga Implementiranje plana, npr. akcionog plana za borbu protiv HIV/AIDS-a ili akcionog plana za unapređenje reproduktivnog zdravlja

3.2 Praktičan pristup strateškom planiranju

Sledeći zadaci su zajednički u procesu strateškog planiranja

Formiranje tima za planiranje Razvoj plana i preispitivanje Informacija	Ko će se baviti analizom i pripremom nacрта Provera svih relevantnih podataka Ažuriranje misije Određivanje strateških ciljeva i strategija Razvoj akcionih planova za implementaciju ciljeva i strategija Određivanje odgovornosti – ko šta treba da radi Procena potrebnih resursa
Predstavljanje plana zainteresovanim stranama i zajednici	Da bi se obezbedila saglasnost i jasan stav o tome šta će se desiti
Implementacija plana	Koristeći ga kao kontekst za sve druge procese i sisteme
Procena održivosti	Ažuriranje i unapređenje procesa po potrebi

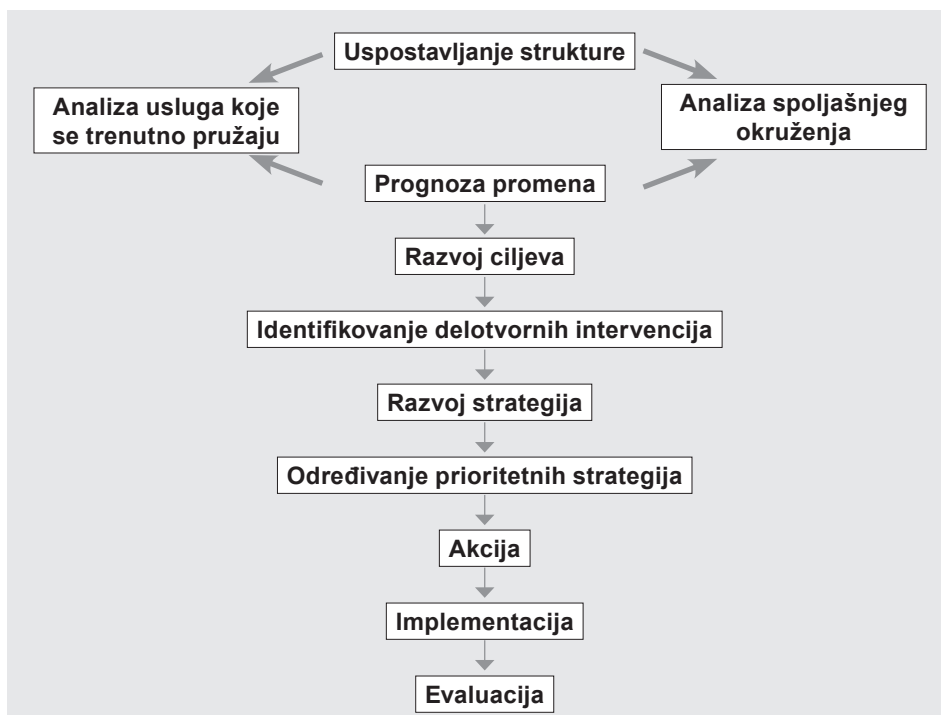
3.3 Planiranje usluga

Ovaj pristup planiranju bavi se unapređenjem kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga, počevši od analize postojećih usluga do definisanja ciljeva (opštih ili konkretnih) i razvijanja strategija i prioriteta. Pristup se odnosi na određenu uslugu ili instituciju i cilj je obično povećanje broja ili unapređenje kvaliteta pruženih usluga. Planiranje se oslanja na kvantitativne, epidemiološke i demografske podatke (sa kvalitativnim informacijama i konsultacijama) i ekspertska mišljenja. Ova vrsta planiranja je usmerena ka poboljšanju organizacione efikasnosti, povećanju broja i unapređenju kvaliteta usluga ili rezultata. Planiranje usluga je direktno povezano sa pružanjem usluga (npr. usluge pojedinih službi ili bolnice kao celine) i fokusira se

- na određenu vrstu usluge (reorganizacija jednog odeljenja u bolnici, npr. ortopedskog),
- na određenu kategoriju usluga (npr. mentalno zdravlje, akušerstvo),
- na određenu populacionu grupu kao što je briga za stare ili žene,
- na određena zdravstvena pitanja kao što su droga i alkohol ili promocija zdravlja,
- na regionalne službe, kao što su dijagnostički centri.

Ovi planovi odnose se na unapređenje zdravlja i ishoda zdravstvenih usluga i uzimaju u obzir demografski rast, morbiditet, kliničke trendove i stepen korišćenja usluga.

Tabela 12: Model planiranja usluga



3.3.1 Procesi planiranja zdravstvenih usluga

Uspostavljanje strukture

Upravni odbor ili centar za planiranje rukovode procesom i sastoje se od ključnog osoblja - menadžera, kliničara, osoba zaduženih za planiranje i predstavnika zajednice.

Analiziranje situacije

Planovi usluga treba da budu ispitani (provereni) u okviru šireg strateškog konteksta i lokalnih parametara u određenoj zemlji. Politički parametri uključuju tehničku efikasnost, „benčmarking“, i prioritetne oblasti.

Unutrašnja analiza podrazumeva procenu kapaciteta službi ili strategije radi ispunjavanja sadašnjih i budućih potreba kao i efikasnost usluga, resursa i performansi. Parametri koje treba uzeti u razmatranje navedeni su u tabeli.

Tabela 13: Pitanja koja treba razmotriti u procesu procene i analize

Parametar	Pitanja koja treba razmotriti (primeri)
Sadašnji resursi	Uključuju osoblje određenih profila, budžet i izvore finansiranja, fizička sredstva, opremu i objekte
Trenutne aktivnosti službe	Broj kreveta, prosečna dužina bolničkog lečenja, popunjenost, usluge koje se pružaju ambulantno, broj operacija, troškovi usluga, poređenje sa drugim uslugama, „benčmarking“ i procene
Stanovništvo kojem se pružaju usluge	Procena usluga pruženih siromašnoj populaciji i osetljivim grupama. Npr. ako je njihov broj mali u odnosu na broj usluga pruženih celokupnoj populaciji, da li postoje prepreke za pružanje usluga?
Uloga službe	Da li su službe adekvatne za nivo usluga koji se planira? Da li su sve pomoćne službe obezbeđene?
Pitanja upućivanja	Da li postoji sistem upućivanja, koji kriterijumi postoje, kako upravljati adekvatnim i neadekvatnim upućivanjem?
Pitanja pravičnosti	Da li ciljna populacija obuhvata one koji su pod najvećim rizikom? Kako povećati pristup zdravstvenim uslugama za stare i za osobe sa niskim primanjima? Kako poboljšati fizičku pristupačnost? Procena tehničkih efikasnosti poređenjem sa drugim sličnim uslugama (npr. cene/performance/protok). Pitanja kvaliteta – da li se pružaju dobre usluge?
Konsultacije	Procesi konsultacija sa zajednicom, merenje zadovoljstva i rešavanje pritužbi korisnika, informisanje zajednice.

Prognoze

Prognozama se uzimaju u obzir očekivane promene u prirodi i obimu ponude i tražnje, npr. demografski rast, veći obim korišćenja usluga, promene u tehnologiji i korišćenju usluga u budućnosti.

Preispitivanje i razvoj ciljeva službe

Skup ključnih pitanja treba da proistekne iz procesa analize. Pitanja treba opisati i navesti alternative za njihovo rešavanje.

Identifikovanje najefektivnijih intervencija

Najefektivnije intervencije procenjuju se pregledom literature i ispitivanjem ekspertskog mišljenja (npr. starijih lekara, ali i zajednice).

Razvoj strategija i prioriteta

U obzir treba uzeti sve moguće opcije i strategije, uključujući opciju da se ne radi ništa, proširivanje ili smanjivanje obima usluga, promenu obrasca radne snage, alternativne lokacije, reorganizovanje i sl. Treba proceniti kapitalne i periodične troškove svake opcije. Takođe treba utvrditi implikacije za usluge, vremenske okvire, dobiti, oportunističke troškove i izdatke (ekonomske procene).

Razvoj implementacionog plana

Implementacioni plan treba da sadrži pojedinosti o svakoj konkretnoj akciji, podatke o resursima; ako je potrebno preusmeriti resurse, nove oblasti treba da budu navedene; treba da budu navedeni i izvori finansiranja.

Monitoring i evaluacija plana

Pokazatelji funkcionisanja i učinka i ciljevi treba da budu uključeni u proces planiranja službi. Pokazatelji učinka opisuju napredak ka cilju. Ciljevi treba da budu merljive promene u određenom vremenskom periodu. Implementacija se može evaluirati u smislu procesa, uticaja i ishoda.

Tabela 14: Karakteristike modela planiranja zdravstvenih usluga

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• To je vertikalno planiranje odozgo na dole (sa odgovarajućim konsultacijama i učešćem zainteresovanih strana i zajednice).• Usredsređuje se na zdravstvenu službu i njeno održavanje, razvoj ili poboljšanje.• Naglasak je na ustanovi/službi/menadžmentu, a ne na direktnim dobitima u pogledu zdravlja stanovništva.• Glavni podaci obično obuhvataju karakteristike službe i korišćenje usluga, u odnosu na zdravstvene potrebe stanovništva (npr. budući stepen korišćenja određene usluge).• Naglašava se i organizaciona efikasnost i unapređenje pružanja usluga. |
|--|

4 Veštine i zahtevi planiranja

4.1 Informacije i dokazi za planiranje

Prikupljanje i analiziranje podataka o zdravlju i izveštavanje o njima jesu osnovne veštine u planiranju sistema zdravstvene zaštite. Planeri treba da budu u mogućnosti da upravljaju kvantitativnim i kvalitativnim podacima i da ih koriste sa ciljem procene zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba, da analiziraju postojeće obrasce korišćenja usluga i opravdaju i modeliraju uticaje neke predložene promene.

Podaci su sirove brojke. Informacije su podaci koji su analizirani tako da rezultati budu korisni onima koji su uključeni u planiranje i menadžment.

Tabela 15: Podaci koji se koriste u procesu planiranja

- Demografski i socio-ekonomski podaci
- Epidemiološki podaci, uključujući podatke o mortalitetu i morbiditetu
- Podaci o iskorišćenosti bolničkih službi
- Podaci o zdravstvenoj ekonomici koji se odnose na troškove i efektivnost različitih tipova zdravstvenih intervencija
- Kvalitativni podaci o potrebama, opažanjima i preferencama
- Podaci koji obezbeđuju dokaze o delotvornosti i korisnosti različitih vrsta zdravstvenih intervencija

Sledi pregled nekih vrsta dostupnih podataka i njihovih potencijalnih koristi i primene u planiranju.

Tabela 16: Primeri podataka

Vrsta podataka	Karakteristike	Izvor (uobičajen)	Primena i korišćenje u planiranju i evaluaciji
Bolnički podaci	Godine i pol pacijenta Razlog prijema Dežurni lekar, dužina bolničkog lečenja Primenjene procedure Primarna dijagnoza Sekundarna dijagnoza Dijagnoza na otpustu	Zdravstveni karton pacijenta	• Profili bolesti po godinama/polu • Dužina hospitalizacije zbog specifičnih stanja • Promene u obrascima za prijem pacijenata • Poređenje pojedinih ustanova sa ostalim – „benčmarking“ • Obuhvat populacije – područje iz kog dolaze pacijenti • Profili bolesti u populaciji • Promena u prosečnoj dužini bolničkog lečenja/broju primljenih (vremenski trendovi) • Opterećenje po doktoru
Podaci o bolničkim odeljenjima	Prosečna dužina bolničkog lečenja; procenat zauzetosti bolničkih postelja; broj pacijenata u dnevnim bolnicama Bolnički pacijenti: broj slobodnih kreveta	Dokumentacija o iskorišćenosti bolničkih kapaciteta	• Procena performansi • Stepen iskorišćenosti (nedeljni najviši i najniži nivo; sezonski karakter) • Poređenje efikasnosti između različitih odeljenja • Evaluacija efikasnosti korišćenja usluga
Statistika koja se odnosi na ambulantno lečenje	Posete hitnoj službi – razlozi Broj pacijenata u okviru jedne klinike	Dokumentacija o iskorišćenosti bolničkih kapaciteta	Služba hitne pomoći • Iskorišćenost kapaciteta službe hitne pomoći • Ozbiljni/lakši slučajevi • Vreme čekanja • Broj direktno primljenih pacijenata iz službe hitne pomoći u bolnicu Ambulantno lečenje • Poseta po klinikama • Procena učinka (mali/veliki broj pacijenata: alternativna zaštita kod lekara opšte prakse)

Vrsta podataka	Karakteristike	Izvor (uobičajen)	Primena i korišćenje u planiranju i evaluaciji
Statistika pruženih usluga	Laboratorija Broj procedura i testova (procenat bolničkih pacijenata : procenat ambulantno lečenih pacijenata) Vreme obrade Radiologija Broj postupaka i testova (procenat bolničkih pacijenata : procenat ambulantno lečenih pacijenata) Broj filmova Ostale pomoćne oblasti (ultrazvuk, EKG itd.)	Dokumentacija o iskorišćenosti bolničkih kapaciteta	• Procena učinka – „benčmarking“ u odnosu na ostale ustanove • Procena kvaliteta (rezultati testova/broj lažno pozitivnih itd.) • Prekomerna testiranja?
Statistika o zaposlenima	Broj zaposlenih Po oblastima/ odeljenjima	Dokumentacija o iskorišćenosti bolničkih kapaciteta	• Koeficijenti broja osoblja (broj pacijenata po lekaru, broj procedura po zaposlenom) • Broj osoblja po bolničkom krevetu • Odnos broja administrativnog i kliničkog osoblja
Statistika o finansijama	Ukupni troškovi Struktura troškova: zarade, grejanje, oprema itd. Budžet do sada Poređenje sa prošlogodišnjim budžetom	Finansijska dokumentacija ustanove	• Praćenje budžeta • Povezivanje broja zaposlenih sa izdacima • Povezivanje broja pacijenta sa izdacima • Donošenje upravljačkih odluka • Buduće investicije • Obračun troškova pruženih usluga • Odnos troškova kliničkog i nekliničkog osoblja

4.2 Kvalitativni podaci

Sakupljanje kvalitativnih podataka je jedna od glavnih veština zdravstvenog planiranja. Postoje različiti metodi koji se koriste za sakupljanje kvalitativnih podataka.

4.2.1 Istraživanja

Istraživanja se koriste za prikupljanje informacija u standardnom formatu, na ispitivanom uzorku sastavljenom od pojedinaca ili određenih grupa koji idealno predstavljaju zajednicu koja se istražuje. Istraživanje se može sprovoditi poštom, telefonskim razgovorom ili licem u lice. Ankete mogu biti strukturisane, polustrukturisane ili sa pitanjima otvorenog tipa. Iako istraživanja mogu izgledati jednostavno, ona zahtevaju posedovanje značajnih tehničkih znanja kao što su dizajniranje upitnika i određivanje redosleda pitanja (da se izbegne pristrasnost, da se dobiju odgovori, da se izbegne dupliranje i da se dobiju odgovarajuće informacije), formulacija pitanja, izbegavanje dvosmislenosti, traženje jedne po jedne promenljive, odgovarajuća dužina i izgled anketnog upitnika, pretestiranje itd. Ostala tehnička pitanja se odnose na uzorkovanje, statističke analize i slično.

4.2.2 Koraci u istraživanju

Primena: studije unapređenja kvaliteta, istraživanja zadovoljstva, istraživanja specifičnog problema

Tabela 17: Koraci u istraživanju

KORAK/PROCES	AKTIVNOSTI I AKCIJE
1. Formulisanje hipoteza	Definisanje predmeta istraživanja
2. Dizajniranje	Definisanje postupaka i metoda koji će biti primenjeni
3. Planiranje	Procena potrebnog materijala i osoblja
4. Finansiranje	Dobijanje finansijske podrške za studiju
5. Uzorkovanje	Izbor ljudi koji će biti pozvani na intervju
6. Izrada nacrtu	Formulisanje pitanja koja će biti upotrebljena u studiji
7. Kreiranje	Planiranje i izrada upitnika
8. Pretestiranje	Utvrdjivanje da li će postavljenim pitanjima biti dobijeni traženi podaci
9. Trening	Obučavanje istraživača i osoba koje će raditi na intervjuisanju kako da prikupe informacije
10. Informisanje	Pokazivanje osobama koje sprovode intervju kako da koriste upitnik
11. Intervjuisanje	Dobijanje podataka od ispitanika
12. Kontrolisanje	Obezbeđivanje sprovođenja intervjua
13. Verifikovanje	Provera tačnosti prikupljenih podataka
14. Kodiranje	Priprema podataka za analizu
15. Obrađivanje	Organizovanje podataka za obradu elektronski ili ručno
16. Analiziranje	Interpretacija i procena informacija
17. Izveštavanje	Razmenjivanje i prenošenje novih saznanja

Tabela 18: Primer upitnika za ispitivanje zadovoljstva pacijenata

ANKETA O ZADOVOLJSTVU PACIJENATA ZDRAVSTVENIM USLUGAMA

Bili bismo vam zahvalni ako biste popunili sledeći formular kako biste nam pomogli da procenimo usluge koje vam nudimo. Vaše mišljenje će nam pomoći da obezbedimo pružanje boljih usluga u budućnosti. Zahvaljujemo se na pomoći.

Molimo vas da formular ubacite u kutiju predviđenu za to. Ne morate navoditi imena. Poverljivost je zagarantovana.

1 DOKTOR JE ZAINTERESOVAN I BRINE O MOM PROBLEMU

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

2 DOKTOR JE PROČITAO MOJU ISTORIJU BOLESTI I ZNA VAŽNE PODATKE O MOM STANJU

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

3 PRUŽENA MI JE PRILIKA DA RAZGOVARAM O SVOM PROBLEMU

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

4 DOKTOR JE BIO PAŽLJIV I TEMELJAN KADA ME JE PREGLEDAO

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

5 DOKTOR JE SA MNOM DETALJNO DISKUTOVAO O DIJAGNOZI I TERAPIJSKIM MOGUĆNOSTIMA

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

6 KONSULTACIJE JE SPROVODIO BEZ NEPOTOREBNE ŽURBE I PREKIDANJA

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

7 NISAM ČEKAO PREDUGO

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

8 ČEKAONICA JE BILA ČISTA I UDOBNA

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

9 OSOBLJE JE BILO LJUBAZNO I OD POMOĆI

Potpuno se slažem _____ Delimično se slažem _____ Nemam mišljenje _____

Ne slažem se _____ Uopšte se ne slažem _____

10 SUGESTIJE ZA UNAPREĐENJE _____

Jedna od tehnika za dobijanje kvalitativnih informacija je putem fokus-grupa.

Tabela 19: Tehnika fokus-grupe

Kako se formira fokus-grupa

Uopšteno posmatrano, fokus-grupa obuhvata 6 do 12 članova izabranih na osnovu zajedničkih karakteristika relevantnih za pitanje koje fokus-grupa ispituje – (npr. medicinske sestre, predstavnici zajednice, mladi doktori).

Moderator grupe otpočinje grupnu diskusiju na datu temu, na osnovu unapred priremljenog nacрта, i ohrabruje da diskusija bude slobodna. Pitanja su organizovana u logičan niz sa uputstvom. Prvo pitanje je obično široko postavljeno. Naknadna pitanja postaju uža i usmerenija i proističu iz prethodnog pitanja. Osetljiva pitanja se ostavljaju za kasniju diskusiju. Nacrt je obično okviran vodič s fleksibilnim pristupom, tako da diskusija teče slobodno i da je sadržajna.

Cilj fokus-grupe jeste otkrivanje i prikupljanje različitih pogleda (stavova), shvatanja i mišljenja grupe o određenom pitanju. Grupa nastavlja sa radom sve dok se ne pojavi jasno mišljenje o datom pitanju.

Podaci se prikupljaju tokom rada fokus-grupe, najčešće u vidu beležaka na tabli sa listovima. Podaci se organizuju u skladu sa temama koje su se pojavile tokom diskusije. Svaki stav treba da bude predstavljen i sažet. Cilj je kvalitativno istraživanje, tako da stvarni brojevi nisu toliko važni.

4.2.3 Pristupi zasnovani na dokazima

Sve više, donosioci odluka u zdravstvenom sektoru zahtevaju da budu sigurni u vrednost investicija u zdravstvene službe u smislu vrednosti dobijene za novac i toga da li su postignuti realni rezultati.

Medicina zasnovana na dokazima (MZD) jeste pristup koji posmatra efektivnost kliničkih intervencija. Medicina zasnovana na dokazima daje smernice o najefektivnijim metodima lečenja i samim tim doprinosi pružanju najisplativijih zdravstvenih usluga (npr. primarna zdravstvena zaštita može biti delotvornija pri pružanju usluga uz niske troškove u odnosu na skuplje, složene kliničke usluge).

Tabela 20: Potencijalne zdravstvene intervencije zasnovane na dokazima na koje treba obratiti pažnju u razvoju zdravstvenih službi, uporedo sa indikatorima troškova

Intervencije čiji su troškovi niski	Cena/DALI indikativni troškovi (\$)*	Opterećenje bolešću
Vakcinacija (male boginje, difterija-tetanus-pertusis, polio, hepatitis B, tuberkuloza)	12 –17	visoko
Obogaćivanje hrane suplementima (jodirana so, šećer obogaćen vitaminom A)	1–25	visoko
Distribucija oralnih rastvora za rehidraciju u zajednici	25–75 (jednostavni) 350 (složeni)	visoko
Edukacija o sidi/SPB (kondomi)	25	visoko
Antibiotsko lečenje SPB u ciljnim rizičnim grupama	1–55	visoko
Programi za odvikavanje od pušenja, korišćenja alkohola i droge	25	visoko
Kontrola tuberkuloze	3–25	visoko
Lečenje akutnih infekcija respiratornog trakta	20–50	visoko
Umereno skupe intervencije (podrazumevaju pažljivo razmatranje o uvođenju u upotrebu)	Cena/DALI indikativni troškovi (\$)*	Opterećenje bolešću
Skrining za karcinome koji se lako leče/preveniraju	50–100	umereno
Lečenje šizofrenije, manične depresije i depresije	75–350	umereno
Lečenje stabilne angine pektoris i dijabetesa	25–250	umereno ka niskom
Ublažavanje bolova izazvanih kancerom	150	umereno/ visoko
Lečenje povreda i malih trauma	25–250	visoko
Skuplje intervencije (potrebna je procena ili određivanje prioriteta u zdravstvenom sistemu)	Cena/DALI indikativni troškovi (\$)*	Opterećenje bolešću
Ultrazvučni pregled trudnica	nepoznat ali verovatno visok	nije primenljivo
Rendgensko snimanje pacijenata sa lumbarnim bolom	nepoznat ali verovatno visok	nisko
Operacija krajnika	75–350	nisko
Antisekretorni lekovi kod gastrointestinalnih bolesti	75–250	nisko
Rutinska upotreba novijih generacija antibiotika	> 1,000	nisko

*DALI - godine života korigovane u odnosu na nesposobnost mere opterećenje bolešću kombinovanjem morbiditeta i mortaliteta u jednu meru. Procena troškova u dolarima zasnovana je na troškovima iz 1995. godine i treba je posmatrati kao relativnu meru, tj. za poređenje među DALI- jima.

5 Određivanje i zadovoljavanje zdravstvenih potreba

5.1 Identifikovanje zdravstvenih potreba

Pitanja planiranja u sistemu zdravstvene zaštite se često izražavaju u smislu potreba. Sastavni deo pojma potreba je saznanje da nedostaje nešto što je neophodno ili se zahteva za opštu dobrobit.

Potreba se može definisati iz perspektive usluga – usluga je potrebna ako predstavlja neophodan instrument za određeni ishod: tamo gde postoji potencijal da se izbegne pogoršanje zdravstvenog stanja uključujući prevenciju, promociju i negu, kao i tamo gde postoji potencijal da se poboljša zdravstveno stanje pojedinca ili zajednice.

Potreba, se takođe, može iskazati kao sposobnost stanovništva da koristi zdravstvenu zaštitu – što podrazumeva ekonomski pristup i mere za racionalizaciju oskudnih resursa. Postoji više načina da se opišu različite vrste potreba.

5.1.1 Normativne potrebe

Normativna potreba je stručno mišljenje o odgovarajućim standardima kojima se zahteva određeni nivo usluge i o tome šta predstavlja prihvatljiv nivo zdravstvenog stanja za zajednicu. Normativne potrebe su standardi utvrđeni na osnovu iskustva i konsultacija. Stanovišta stručnog mišljenja menjaju se tokom vremena, u zavisnosti od novih informacija i tehnologije. Parametri zdravstvenog planiranja se menjaju kao rezultat promene stručnog mišljenja. Na primer, međunarodna stopa vađenja krajnika kod dece je značajno opala usled saglasnosti pedijatrijskih eksperata da to često nije klinički potrebno. Ređe uklanjanje krajnika menja kliničku praksu i znači da bolničke postelje i resursi više nisu potrebni za tu proceduru. U mnogim zemljama, stopa vađenje krajnika je i dalje visoka. Ako ta stopa bude opadala u budućnosti sa promenom kliničke prakse, kakav će biti uticaj na trenutno pružanje usluga?

5.1.2 Izražene potrebe

Izražena potreba je ono što se može zaključiti o zajednici posmatranjem korišćenja zdravstvenih usluga u zajednici i do nje se dolazi pregledom podataka o korišćenju usluga. Mora se voditi računa pri tumačenju ovih podataka. Na primer, veliki deo potražnje je možda podstaknut ponudom – prevelika ponuda bolnica podstiče nepotreban prijem pacijenata. Štaviše, velika popunjenost možda ne odslikava potrebe za uslugom, već pre dugu (i nepotrebnu) prosečnu dužinu bolničkog lečenja da bi se održala popunjenost kreveta.

5.1.3 Komparativne potrebe

Kod komparativnih potreba, informacije o vrstama usluga koje se pružaju na jednom mestu koriste se da bi se utvrdile potrebe na drugom mestu, npr. poređenje broja kreveta i doktora iz jednog centra s drugim. Demografski i socioekonomski faktori utiču na nivo potreba za resursima zdravstvene zaštite i treba ih uzeti u obzir.

5.1.4 Opažene potrebe

Opažena potreba predstavlja potrebu za zdravstvenom službom koju pojedinac oseća i koju on izražava. Do saznanja o ovim potrebama se može doći putem javnih diskusija i konsultacija (javni sastanci, istraživanja itd.). Ključno pitanje je procenjivanje pouzdanosti i validnost tih podataka, tj. da li su oni bili reprezentativni za zajednicu kao celinu ili samo za glasne ili moćne manjine?

Tabela 21: Različiti pristupi pri procenjivanju potreba

Pristup	Metod	Podaci	Potrebne veštine analiziranja	Potrebno vreme i resursi
KORIŠĆENJE INDIKATORA				
Zdravstveni indikatori	Analiza podataka o morbiditetu, mortalitetu i invaliditetu	Vitalna statistika Podaci o zdravstvenom sistemu	Osnovne do umerene	↑
Indikatori zdravstvene službe	Analiza podataka o korišćenju zdravstvene službe i dostupnosti zdravstvenih usluga	Bolnički/finansijski podaci /istorije bolesti pacijenata	Osnovne do umerene	Posvećeno osoblje (osoblje koje je zaduženo za planiranje i istraživanja)
Ekstrapolacija i predviđanje	Predviđeno korišćenje i obrasci korišćenja u budućnosti	Trendovi/ politike/tehnike predviđanja	Osnovne do umerene	↓
ISTRAŽIVANJE				
Istraživanje	Korišćenje istraživanja za analizu problema u određenoj kliničkoj oblasti (unapređenje kvaliteta)	Upitnici/liste za proveru/pregled iskorišćenosti	Osnovne do umerene	↑
	Istraživanje uzoraka ciljnih grupa radi rešavanja kliničkih pitanja ili odgovora na klinička pitanja ili pitanja usluga	Istraživački metod i koraci	Osnovne do umerene	Uključivanje celokupnog osoblja u okviru aktivnosti kontinuiranog unapređenja kvaliteta
	Istraživanje opšte populacije, pacijenata ili osoblja (istraživanje zadovoljstva/ preferenci itd.)	Dobro dizajniran instrument	Osnovne do umerene	↓

KONSENZUS	Uključivanje zajednice		Osnovne	Obaveza organizacije i rukovodstva
Zajednica	Forumi u zajednici Fokus-grupe Intervjui sa ključnim davaocima informacija Delfi tehnike	Različiti mehanizmi učešća	Osnovne do umerene	

Procena potreba pruža sveobuhvatnu sliku o zdravlju zajednice/oblasti/službe i usmerava izbor vrsta intervencija koje mogu biti uvedene. Vrsta sprovedene procene potreba mora biti u vezi sa svrhom planiranja – podaci i metode treba da odražavaju zahteve.

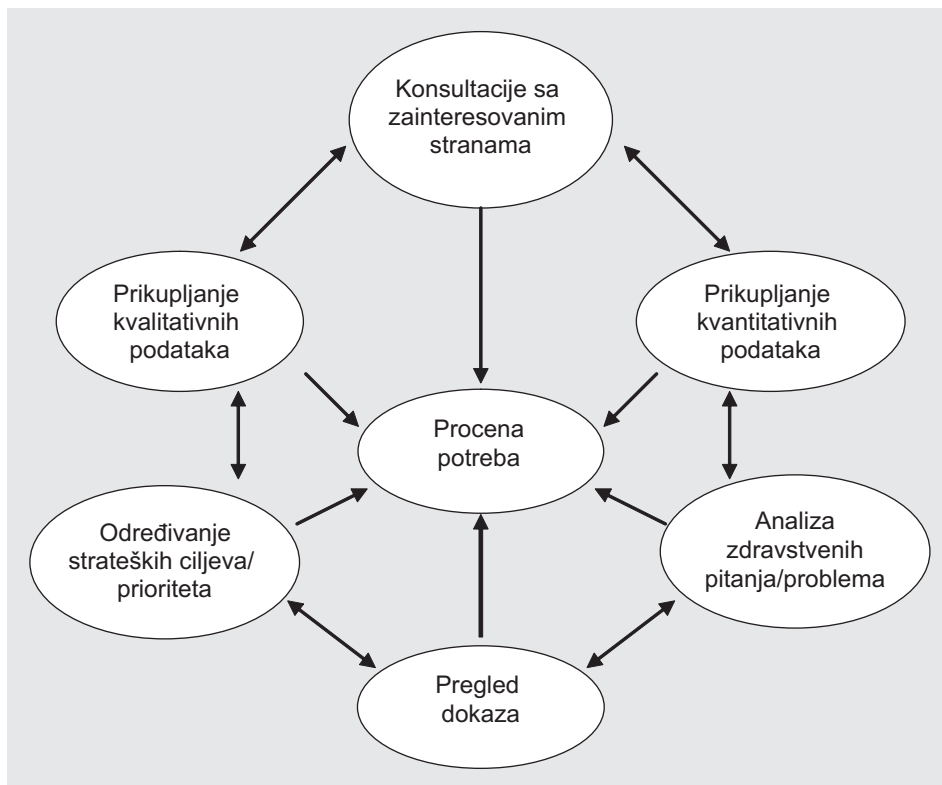
Pri proceni potreba mogu se kombinovati različite metodologije – npr. mogu se analizirati kvantitativni podaci (demografski podaci, podaci o morbiditetu, podaci o iskorišćenosti) i u procenu uključiti mišljenja članova zajednice, čime se povezuje tehnička procena i procena zdravstvenih potreba ciljne grupe - pogledati primer u nastavku.

Tabela 22: Kombinovanje kvalitativnog i kvantitativnog pristupa u proceni potreba

Kvantitativni pristup:	Plan za hiruršku službu u jednom okrugu, zasniva se na stopi prijema i iskorišćenosti zdravstvenih usluga i procedura. Uzete su u obzir procene kliničkih trendova: npr. prosečna dužina bolničkog lečenja, bolja iskorišćenost operacionih sala, smanjenje broja nepotrebnih hirurških intervencija (npr. manji broj operacija krajnika i slepog creva).
Rezultati:	Smanjenje broja hirurških kreveta/bolja iskorišćenost hirurških sala
Kvalitativni pristup:	Nacrt plana, metoda i pretpostavki treba staviti na uvid zajednici da bi dala komentare, npr. putem dokumenta upućenog grupama u zajednici; planovi treba da budu dostupni i kancelariji Odseka za zdravstvo, ili o njima treba raspravljati na konsultativno/savetodavnom odboru ili na otvorenim forumima (sastanak u skupštini grada)

6 Ključni procesi u proceni potreba

Tabela 23: Procesi procene potreba



6.1 Procesi procene potreba

1 Konsultacije i saradnja sa ključnim zainteresovanim stranama

Podrazumeva saradnju sa lokalnom zajednicom, davaocima usluga, menadžerima i ostalim sektorima koji se bave analizom okruženja u cilju identifikovanja potencijalnih problema. Saradnja se može ostvariti na više načina: sprovođenje intervjua i istraživanja sa pitanjima otvorenog tipa, održavanje sastanaka sa grupama predstavnika/ključnim akterima, sprovođenje fokus-grupa itd. Glavni cilj je identifikovanje gledišta ključnih zainteresovanih strana o pitanjima u vezi sa zdravstvenom zaštitom, kao i snagâ i slabostî zajednice ili postojećih službi s tim u vezi.

2 Sakupljanje i primena kvantitativnih podataka

Različite baze kvantitativnih podataka mogu biti upotrebljene za procenu zdravstvenih potreba. Podaci mogu biti demografski, npr. broj stanovnika uključujući i neregistrovano stanovništvo, socio-ekonomski podaci o osiguranim i neosiguranim stanovnicima i epidemiološki, npr. podaci o morbiditetu u domovima zdravlja i bolnicama.

Potrebno je obraditi sirove činjenice i brojke kako bi se dobile informacije – tj. validno i razumno tumačenje koje menadžeri, zainteresovane strane i zajednica mogu upotrebiti.

3 Primena i prikupljanje kvalitativnih podataka

Informacije o opažanjima, ponašanju i potrebama mogu se prikupljati na više načina kao što su fokus-grupe, javni forumi, detaljni intervjui, anketiranje, upitnici, studije slučaja itd. Cilj je da se utvrde načini na koje različite zajednice tumače i razumeju zdravlje i zdravstvenu zaštitu i da se definišu lokalni uzroci i efekti na zdravlje.

4 Određivanje strateških ciljeva i prioriteta

Kao rezultat analiza i konsultacija uslediće više strategija. Proces izbora prioriteta može da uključi postizanje konsenzusa u grupi iz zajednice ili fokus-grupi, ili razne procese kao što je nominalna grupna tehnika, opisana u tabeli.

Tabela 24: Nominalna grupna tehnika

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• svi članovi grupe rangiraju pitanja za diskusiju;• pitanja svakog člana se beleže;• diskutuje se o svakom pitanju i onda svaki član rangira nabrojana pitanja;• pitanja koja su dobila najviše poena na rang listi postaju prioritetna. |
|--|

5 Razmatranje dokaza o prioritetima

Pregledom literature mogu se dobiti informacije o činiocima koji doprinose procesu procene potreba i o intervencijama koje su već testirane i pokazale se kao delotvorne.

6 Analiza zdravstvenog problema

Poslednja etapa u sprovođenju procene potreba podrazumeva detaljniju analizu pitanja vezanih za zdravlje i mogućih rešenja. To uključuje detaljnije identifikovanje ciljne populacije/grupe, analiziranje faktora koji doprinose problemu ili pitanju, identifikovanje prioriteta za akciju i analiziranje resursa koji su potrebni za efikasno rešavanje problema. Poslednji korak u proceni potreba je prvi korak u razvoju zdravstvenog plana.

7 Predviđanje u zdravstvenom planiranju

7.1 Predviđanje

Predviđanje se odnosi na određivanje budućnosti na osnovu informacija i procena. Pošto se planiranje po definiciji bavi budućnošću, predviđanje je bitan deo planiranja. Odluke u planiranju su podržane informacijama o karakteristikama stanovništva, zdravstvenim potrebama i zahtevima i pružanju zdravstvenih usluga.

Tipične oblasti predviđanja u planiranju su:

- demografske projekcije,
- procene potreba i zahteva za krevetima/uslugama,
- projekcije uticaja promena u ponudi zdravstvenih službi i ustanova,
- ekonomske procene novih kapitalnih sredstava, opreme ili novih tehnologija,
- procenjivanje potrebnog budžeta.

Ključni razlog je to da se proceni i uzme u razmatranje kako će se populacija, ciljne grupe i usluge menjati u budućnosti. U ovom odeljku opisano je kako se predviđanje koristi u planiranju sistema zdravstvene zaštite, uključujući pregled niza pristupa i tehnika predviđanja i kvalitativnih metoda.

Tabela 25: Vremenski okvir predviđanja

Vremenski okvir predviđanja	
Bliska budućnost:	dve/tri godine – planiranje poslovanja/usluga/unapređenja kvaliteta
Srednjoročni period:	tri/pet godina – strateško/korporativno/programsko planiranje
Dugoročni period:	pet/petnaest godina – programsko planiranje/tehnologije/kapitalni radovi

Planiranje usluga uglavnom je usredsređeno na bližu/srednjoročnu budućnost – dve do pet godina unapred. Razlog za to je delimično činjenica da tempo tehnoloških promena u zdravstvenom sistemu otežava tačne prognoze na duži rok. Pored toga, zdravstveni sistemi mogu da se promene iz političkih ili finansijskih razloga. Kapitalno planiranje se odnosi na dugoročne investicije i s obzirom na promene u tehnologiji, kliničkoj praksi, itd., izazov je u tome da mogući budući planovi budu fleksibilni i prilagodljivi.

Planiranje i predviđanje su procesi koji se ponavljaju, u kojima se pretpostavke i predviđanja testiraju, prilagođavaju i zatim ponovo testiraju. U principu, sastoje se iz sledećih koraka:

- izbor pitanja koja zahtevaju predviđanje ili buduću prognozu,
- procena sadašnje situacije, prema kojoj se mere buduće projekcije,
- razvijanje pretpostavki ili intervencija u vezi sa budućnošću,
- razvijanje opcija zasnovanih na dobijenim pretpostavkama.

U suštini, ovim se uzima u obzir budućnost onakva kakva bi bila bez intervencije, a zatim se predviđa kakva će budućnosti biti pod određenim skupom uslova (okolnosti).

Tabela 26: Varijable predviđanja koje bi trebalo uzeti u obzir

Socijalne:	demografske karakteristike, zdravstveni status, obrazovanje, stanovanje itd.
Ekonomske:	zaposlenost, siromaštvo, pokrivenost osiguranjem
Političke:	politički prioriteti, odluke o vrsti zdravstvenog sistema (npr. uključivanje privatnog sektora, univerzalna pokrivenost, itd.)
Životna sredina:	transport (prevoz), pitanja dostupnosti zdravstvene zaštite
Tehnološke:	razvoj informacionih tehnologija, medicinskih tehnologija, promene u kliničkoj praksi

Razumevanje karakteristika stanovništva je od kritične važnosti za planiranje zdravstvenih usluga. Populacioni trendovi koje treba razmotriti jesu: brojnost, demografski i socio-ekonomski status (uključujući ponašanja koja utiču na zdravlje – npr. pušenje, gojaznost, ishrana, itd.), distribucija izloženosti rizicima po zdravlje, zdravstveni status (incidencija i prevalencija) i korišćenje zdravstvenih usluga.

Većina projekcija će biti zasnovana na kombinovanju kvantitativnih i kvalitativnih podataka – podaci o stanovništvu, morbiditetu i korišćenju zdravstvenih usluga pružaju empirijsku osnovu, dok su gledište zajednice i eksperata više subjektivni podaci zasnovani na percepciji.

8 Razvoj opštih i specifičnih ciljeva i strategija u zdravstvenom planiranju

8.1 Opšti i specifični ciljevi i strategije

Opšti i specifični ciljevi kao i strategije planiranja u sistemu zdravstvene zaštite odražavaju šire vrednosti zdravstvenog sistema, na primer, ulaganje u unapređenje zdravlja stanovništva, promocije zdravlja ili obezbeđivanje univerzalnog pristupa zdravstvenim službama i uslugama. Slede primeri upotrebe ovih termina.

Opšti cilj je sveobuhvatna izjava o željenom ishodu, ili nameri zdravstvene službe, organizacije ili programa. Primer jednog opšteg cilja vezanog za zdravlje stanovništva može da bude „smanjiti indeks telesne mase (BMI) odraslog stanovništva za 10%“, dok cilj službe može biti „da se poveća broj angio apartmana u okružnim bolnicama“.

Specifični cilj razlaže opšti cilj u niz izjava o akcijama. Primer specifičnog cilja vezanog za zdravlje stanovništva može da bude „da se stopa abortusa mladih žena starosti 16–25 godina smanji za 50%“. Primer specifičnog cilja razvoja službe može da bude „da se obezbedi ažuriranje opreme za anesteziju u svim operacionim salama u okrugu do decembra 2010. godine“.

Strategije su akcije osmišljene za integraciju politika, postizanje specifičnih ciljeva i rešavanje određenih strateških pitanja. Strategije čine osnovu planiranja u zdravstvu, pošto obezbeđuju smernice i pravac promena i akcije.

Slede primeri opštih i specifičnih ciljeva:

Tabela 27: Opšti i specifični ciljevi zdravstvene politike za zdravstvenu službu jednog okruga

Sveobuhvatni politički cilj:	Obezbediti najbolju moguću zdravstvenu zaštitu za majku i dete za stanovnike okruga
Politički cilj:	Redukovati maternalni mortalitet
Specifični ciljevi:	1) Poboljšati i obnoviti odeljenja za smeštaj žena u lokalnim bolnicama u sledeće 2 godine 2) Poboljšati kapacitete da bi mogli da podrže visokorizične trudnoće u okružnoj bolnici 3) Unaprediti veštine babica iz oblasti osnovne akušerske nege u sledeće dve godine
Strategije:	1) Investirati u fizičke kapacitete i najneophodniju akušersku opremu (koristeći liste osnovnih lekova i opreme) 2) Zaposliti još jednog akušera i dve babice u okružnoj bolnici 3) Razviti i sprovesti seriju treninga iz osnovne akušerske nege za babice i uvesti ga u program treninga u okrugu i na lokalnom nivou radi osposobljavanja babica da otkriju visokorizične trudnoće i pravilno postupaju u tim slučajevima

Tabela 28: Primer korporativnih opštih i specifičnih ciljeva i strategija za bolnice

Korporativni ciljevi:	Unapređenje lečenja, kurativnih i preventivnih kapaciteta lokalnih bolnica
Opšti ciljevi:	1) Promeniti usmerenje malih bolnica ka ambulantnom lečenju i vanbolničkom modelu 2) Uticati na lekare i medicinske sestre da usvoje holistički pristup primarne zdravstvene zaštite 3) Reorganizovati stacionarne usluge u smislu manjeg broja bolničkih ležajeva i pružanja većeg broja usluga
Strategije:	1) Razviti prekvalifikacione pakete za bolnice zasnovane na modelu primarne zdravstvene zaštite 2) Razmotriti sistem plaćanja zasnovan na podsticajima radi promovisanja novog modela 3) Obezbediti osnovnu opremu za pružanje primarne zdravstvene zaštite 4) Uvesti kućne posete 5) Razviti kampanje IEK (informisati, edukovati i komunicirati) radi informisanja lokalne populacije o novim ulogama i funkcijama lokalnih bolnica 6) Razviti šemu podsticaja za privlačenje novih doktora 7) Obezbediti osnovnu opremu i sredstva za podršku bolje definisane uloge lokalnih bolnica u nezi bolničkih pacijenata

Tabela 29: Primeri opštih i specifičnih ciljeva i strategija jedinice za planiranje u okrugu

Opšti cilj:	Razvoj epidemiološkog profila okruga
Specifični ciljevi:	1) Opisati zdravstveni status, morbiditet i mortalitet populacije 2) Projektovati potrebe budućih službi na osnovu utvrđenih zdravstvenih prioriteta i ciljeva
Strategije:	1) Utvrditi sve potencijalne izvore podataka 2) Sprovesti procenu zdravstvenih potreba populacije korišćenjem istraživačkih metoda 3) Za tu aktivnost, primeniti konsultativni pristup u zajednici

Tabela 30: Primeri opštih i specifičnih ciljeva i strategija za programe unapređenja zdravlja stanovništva

Opšti ciljevi:	Redukovati incidenciju seksualno prenosivih bolesti za 30% do 2010. godine
Specifični ciljevi:	1) Razviti adekvatne kapacitete za lečenje orijentisane ka ciljnim grupama 2) Razviti edukativne kampanje za ciljne grupe 3) Povećati socijalni marketing koji se odnosi na upotrebu kondoma
Strategije:	1) Usvojiti pristup lečenju koji je zasnovan na poverljivosti i neosuđivanju i prihvatljiv za ciljne grupe – mlade ljude, seksualne radnike itd. 2) Raditi sa školama i organizacijama za mlade radi promovisanja bezbednog seksa i poruka IEK 3) Oformiti sveobuhvatan odbor za planiranje u zdravstvu, sastavljen od zdravstvenih stručnjaka, obrazovnih radnika i predstavnika zajednice za nadzor nad programom 4) Razvijati edukativni materijal za zajednicu – postere, brošure, itd., radi promovisanja bezbednog seksa i dostupnih usluga lečenja 5) Rad sa nevladinim organizacijama (NVO), bilateralna saradnja organizacija radi povećanja obima finansiranja i resursa dostupnih za smanjenje seksualno prenosivih bolesti

8.2 Razvoj efektivne strategije

Željene strategije planiranja u sistemu zdravstvene zaštite su one koje pozitivno utiču na unapređenje zdravlja stanovništva. Strategije koje će verovatno biti efektivne su opisane u tabeli:

Tabela 31: Osnove za razvoj efektivnih strategija

• zasnovane na dokazima • zajednički osmišljene • izvodljive • ostvarljive • održive • bave se političkim pitanjima i pitanjima zainteresovanih grupa • imaju cilj da ostvare uticaj na unapređenje zdravlja stanovništva

9 Uključivanje zajednice u proces planiranja

Učešće zajednice u planiranju zdravstvene zaštite je stvaranje mogućnosti da članovi zajednice doprinesu unapređenju načina organizacije i pružanja zdravstvenih usluga. Koristi od uključivanja zajednice su:

- unapređenje procesa donošenja odluka, učestvovanje u proceni potreba i pomoć pri razvoju strategija,
- promocija odgovornosti i veći odziv zvaničnika,
- unapređenje zdravlja u smislu preuzimanja odgovornosti stanovnika za svoje zdravstvene potrebe.

Tabela 32: Ko iz zajednice treba da bude uključen u proces planiranja

Proces	Uključenost zajednice
Procena potreba	Pojedinci (npr. ugledni građani), organizacije, zainteresovane strane, zaposleni
Definisanje opštih i specifičnih ciljeva	Predstavnici zajednice ili predstavnici određenih grupa
Razvoj strategija	Pojedinci (kao iznad): organizacije, zainteresovane strane, zaposleni
Uspostavljanje prioriteta	Predstavnici zajednice ili predstavnici grupa

Tabela 33: Oblici uključivanja zajednice

Formalna istraživanja	Upitnici koji se odnosi na zdravlje	Intervjui sa grupama iz zajednice
Fokus grupe	Otvoreni forumi	Formalni konsultativni odbori
Zdravstveni odbor	Pozivi da se odgovori na planove ili predloge (npr. telefonom/pismom)	
Savetodavne grupe (npr. grupe predstavnika zajednice: stari, osobe sa invaliditetom itd.)		

10 Monitoring i evaluacija zdravstvenih planova

10.1 Monitoring i evaluacija

Evaluacija je proces kojim se određuje važnost ili vrednost nečega. Ona uključuje prikupljanje i analizu informacija i argumenata da bi se utvrdili relevantnost, napredak, efikasnost, uticaj, delotvornost i rezultati planiranih intervencija. Vrednovanje zdravstvenih planova se bavi praksom i efektima zdravstvenih planova i evaluacija treba da bude sastavni deo osmišljavanja i planiranja u sistemu zdravstvene zaštite. Kapacitet za evaluaciju treba da bude dosledno i svesno ugrađen u sve procese planiranja od njihovog početka do završetka, utvrđivanjem jasnih opštih i specifičnih ciljeva, vođenjem odgovarajuće dokumentacije, obezbeđivanjem prikupljanja podataka o performansama i neprekidnim monitoringom.

Evaluaciju treba razlikovati od monitoringa. Monitoring podrazumeva proveravanje rezultata, posmatranje napredka i pružanje povratne informacije o strategijama i intervencijama koje su izabrane. Cilj monitoringa je da obezbedi da se tekuće mogućnosti prilagode i sprovede revizija strategija i pravaca. Indikatori funkcionisanja i učinka, ciljevi i glavni događaji, izveštaji o napretku i opservacije jesu neke od korisnih alatki za monitoring.

Evaluaciju, takođe, treba razlikovati od istraživanja. Istraživanje se preduzima radi otkrivanja novih saznanja, testiranja teorija i utvrđivanja istine, a ti rezultati se mogu generalizovati u vremenu i prostoru. Nasuprot tome, evaluacija se preduzima da pomogne donošenju odluka, razjasni buduće opcije i da pruži informacije o zdravstvenim planovima u određenom vremenskom okviru, mestu i političkom kontekstu. Rezultati istraživanja mogu se generalizovati, dok se nalazi dobijeni evaluacijom odnose na konkretne planove, odnosno intervencije.

U ovom odeljku, posmatraju se glavna teorijska i praktična pitanja u vezi sa monitoringom i evaluacijom i primenjuju se na planiranje u sistemu zdravstvene zaštite. Definicije, modeli i kriterijumi planiranja se diskutuju prilikom monitoringa i evaluacije zdravstvenih planova.

Postoje tri osnovne forme evaluacije:

1. **Procesna (formativna) evaluacija** se bavi evaluacijom strategija i procesa koji su korišćeni za implementaciju zdravstvenih planova. Ona se fokusira na uticaj izbora strategije (strategija) i dostizanja plana, programa ili usluga. Procesna evaluacija preispituje proces planiranja. Na primer, bavi se pitanjima koje se informacije koriste u procesu planiranja, koji su relevantni ljudi uključeni, da li proces planiranja doseže do ciljne populacije, da li se plan pravilno sprovodi i implementira, da li su materijali i komponente visokog kvaliteta, koji je proces na raspolaganju za reviziju prioriteta ili strategija. Proces evaluacije može uključivati:

Tabela 34: Metode procesne evaluacije

• direktna opservacija	• terenska poseta	• anketa učesnika
• individualni upitnici		• interpersonalna pitanja
• analiza pruženih usluga		• fokus-grupe
• dnevnici ili beleške	• analiza tekstualnih zapisnika, radova, izveštaja	
• beleženje pojava i blagovremenosti navedenih aktivnosti		

Procesna evaluacija je usredsređena na načine za poboljšanje ili unapređenje *procesa planiranja*. Može se sprovesti na početku razvoja plana i u bilo kom trenutku razvoja i implementacije plana. Može se preduzeti, kao rani korak u planiranju u sistemu zdravstvene zaštite. Procesna evaluacija obezbeđuje da se planiranje sprovede na nameravan način.

2. Evaluacija uticaja se bavi evaluacijom neposrednog efekta (efekata) implementacije jedne intervencije ili plana. Ona doprinosi ispitivanju toga da li su *ciljevi* ispunjeni ili nisu. Evaluacija može dokumentovati sve aktivnosti ili inicijative u vezi sa planom. Metode za evaluaciju uticaja obuhvataju podatke dobijene iz istraživanja, anketa, fokus grupa, Delfi tehnike i nominalne grupne tehnike.

3. Ishodna (sumativna) evaluacija se bavi evaluacijom dugoročnih efekata zdravstvenih planova. Ona doprinosi ispitivanju toga da li su ciljevi postignuti ili nisu. Tipični pristupi ishodnoj evaluaciji su kvalitativni i kvantitativni podaci dobijeni rutinskim prikupljanjem podataka (morbiditet i mortalitet), jednokratnim studijama, istraživanjima, upitnicima, fokus-grupama, Delfi tehnikom i nominalnom grupnom tehnikom. Ishodna evaluacija se bavi utvrđivanjem efektivnosti i obično se koristi u donošenju odluka o nastavku ili prestanku intervencija ili projekata. Ona obično teži da otkrije uzročne zaključke o efektima plana.

10.2 Metode za monitoring i merenje

Kao i sa prikupljanjem podataka i informacija, monitoring i evaluacija zdravstvenih planova mogu biti kvalitativni i kvantitativni ili koristiti kombinaciju pristupa. U evaluaciji je ključno to da podaci budu validni i pouzdani, a to zavisi od dobre tehnike merenja. Tehnike merenja će zavisiti od vrste evaluacije (procesne evaluacije, evaluacije uticaja ili ishodne evaluacije), evaluacionih pitanja, konteksta, ciljne grupe (grupa) i vremena i količine detalja potrebnih za ocenu studije. Kvalitativne metode se uglavnom koriste u evaluaciji gde su važne opservacije ljudi, mišljenje zajednice i pripadnika ciljnih grupa, ili kada je važno razmenjivati informacije. Ovim procesima, nastoji se da se utvrdi kako ljudi tumače pitanja vezana za zdravlje i intervencije. Oni tumače zapažanja o efektima intervencija i podržavaju studije koje se bave analiziranjem intervencija. Vođenje evidencije o događajima, kao što su zapisnici sa sastanaka i dnevnici ključnih učesnika, takođe je korisna tehnika. Ove metode dozvoljavaju dublju analizu stavova i ponašanja.

Kvantitativne metode imaju cilj da mere i ocenjuju intervencije. One su standardizovane, često zasnovane na bazama podataka, obično brže nego

prikupljanje kvalitativnih podataka, omogućavaju analizu trendova i mogu se primeniti na veoma velikim populacijama.

Efekat tih tehnika je da povećavaju validnost podataka. Još jedan važan izvor informacija za evaluaciju se može izvesti iz kritičke procene dokaza i relevantne literature.

10.3 Korišćenje pokazatelja funkcionisanja i učinka (indikatora performansi) za monitoring i evaluaciju

Indikatori performansi se koriste za praćenje napretka, monitoring ostvarenosti ciljeva i pružanja povratne informacije o izabranoj strategiji. U principu, indikatori performansi su kvantitativni i posmatraju se kao objektivni podaci. Indikatori performansi mogu da se koriste za upoređivanje:

- trendova programa ili trendova u intervencijama u različitim tačkama vremena,
- performansi na jednoj intervenciji sa prihvatljivim skupom standarda ili ciljeva i
- implementacije iste intervencije ili programa na različitim mestima ili lokacijama.

Indikatori performansi treba da budu validni (mera i rezultat koji se jedino mogu pripisati intervenciji), pouzdani („tačna“ mera indeksa koji se želi meriti), dostupni i praktični (informaciju je relativno lako dobiti).

Tabela 35: Karakteristike indikatora

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Indikatore treba formulisati na osnovu postojećih izvora podataka• Indikatori omogućavaju praćenje napretka u ostvarivanju ciljeva• Indikatori treba da budu merljivi i da pokazuju doslednost pri ponovljenim merenjima• Svaki indikator treba da bude jasno formulisani i jednostavan za interpretaciju |
|--|

10.4 Primeri indikatora

Tabela 36: Klinički indikatori/bolnički indikatori

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Neplanirana hospitalizacija pacijenata ubrzo posle hirurške intervencije sprovedene u bolnici• Razvoj pneumonije kod pacijenata u jedinicama intenzivne nege• Stope carskog reza• Ponovna hospitalizacija porodilja u roku od 10 do 14 dana od porođaja• Perinatalna/neonatalna smrtnost• Mortalitet izazvan anestezijom u određenom vremenskom periodu• Komplikacije anestezije (nebuđenje iz opšte anestezije, povrede mozga, srčani zastoj itd.)• Medicinske greške (posebno one koje dovode do ozbiljnijih oboljenja ili smrti)• Postoperativna infekcija rane• Postoperativne komplikacije (npr. krvarenje)• Infekcije povezane sa primenom medicinskih uređaja (npr. katetera, intravaskularnih uređaja itd.)• Neočekivane smrtnosti tokom hospitalizacije |
|---|

10.5 Ostali indikatori kvaliteta na nivou bolnice

- Povrede iglom među osobljem
- Povrede leđa među medicinskim sestrama
- Padovi/okliznuća među pacijentima i/ili osobljem
- Trendovi žalbi pacijenata/nezadovoljstvo pacijenata uslugom

Gore navedeni primeri (kao i drugi primeri koji slede) ukazuju na potrebu sistematskog pristupa pri korišćenju metoda i procesa unapređenja kvaliteta, neophodnost dostupnosti podataka i njihovog prikupljanja i monitoringa, kao i na uključivanje celokupnog osoblja i njihovu posvećenost kontinuiranom unapređenju.

Indikatori takođe mogu biti prikazani kao stope, što omogućava analizu trendova i prezentaciju podataka. Na primer:

Indikator	Vrsta	Formula
Stopa bolničkih infekcija	Prevalencija	$\frac{\text{Broj infekcija}}{\text{Ukupan broj pacijenata u bolnici}} \times 100$
Stopa infekcije rana	Incidencija	$\frac{\text{Broj infekcija rana}}{\text{Ukupan broj hirurških procedura}} \times 100$
Stopa hirurških komplikacija	Incidencija	$\frac{\text{Broj komplikacija}}{\text{Hirurška otpuštanja}} \times 100$
Stopa padova pacijenata (u određenom periodu)	Incidencija	$\frac{\text{Broj padova pacijenata}}{\text{Broj bolničkih dana pacijenata}} \times 100$
Stopa grešaka prilikom prepisivanja lekova	Incidencija	$\frac{\text{Greške prilikom prepisivanja}}{\text{Broj bolničkih dana pacijenata}} \times 1000$
Stopa povređivanja zaposlenih	Incidencija	$\frac{\text{Izgubljen broj radnih sati}}{\text{Potencijalan broj radnih sati}} \times 100$

10.6 Pokazatelji funkcionisanja i učinka (indikatori performansi)

Indikatori performansi su korisni za organizaciju radi procene efikasnosti i ekonomičnosti na osnovu prethodnih trendova u organizaciji ili na osnovu poređenja u odnosu na druge slične organizacije. Neophodno je da su podaci dostupni i pristupačni i monitoring mora biti deo sistematskog pristupa.

- Trendovi u prosečnoj dužini bolničkog lečenja
- Prosečna dužina bolničkog lečenja za određenu medicinsku grupu
- Produktivnost (broj otpusta po krevetu godišnje)
- Troškovi po bolničkom danu pacijenta ili po pacijentu
- Odnos broja zaposlenih prema broju kreveta – broj zaposlenih po krevetu
- Cena po ambulantno lečenom pacijentu
- Trendovi u grupama zaposlenih (broj medicinskih sestara/lekara itd.) po bolničkim krevetu

11 Pregled

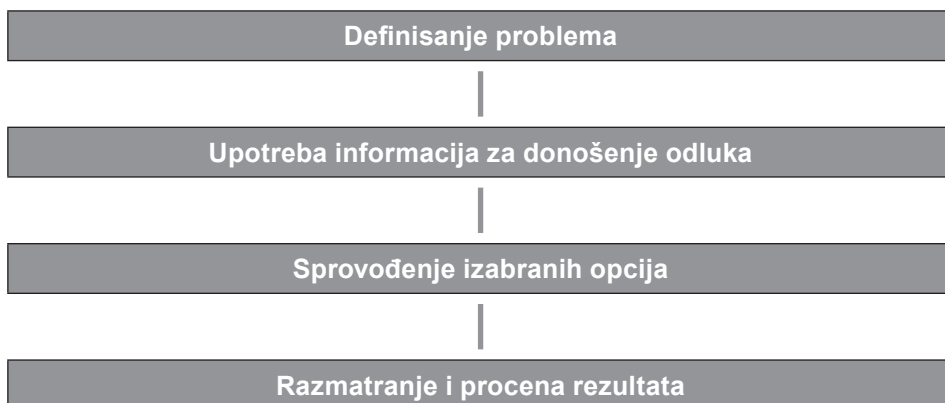
Planiranje obuhvata različite korake koji su neophodni za uspeh i ostvarivanje pune koristi od različitih procesa kao što su:

situaciona analiza, identifikovanje pitanja/problema/mogućnosti, konsultacije sa zainteresovanim grupama, izrada strategije, implementacija, evaluacija i povratne informacije.

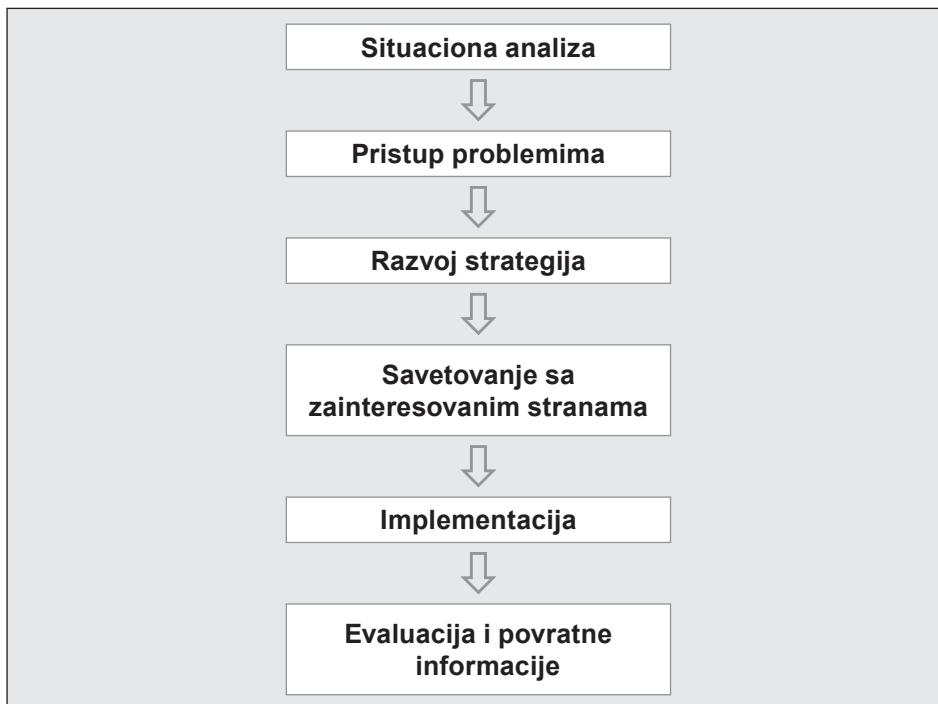
Planiranje u sistemu zdravstvene zaštite odnosi se na poboljšanje zdravlja i unapređenje pružanja zdravstvenih usluga ili performansi.

- Kreiranje radnog okruženja koje doprinosi donošenju odluka – korišćenjem procesa i tehnika za analizu situacije, uspostavljanje prioriteta i razvoj strategija
- Proces uspostavljanja pravaca za unapređenje zdravlja i budućih modela usluga
- Procenjivanje svih činilaca koji se tiču organizacije – zaposlenih, budžeta, populacije, kliničkih pitanja, trendova, vladine politike
- Postavljanje osnova za promenu – utvrđivanje budućih pravaca
- Napredak u strukturnom smislu – sa jasnim vremenskim rokovima, ciljevima, rezultatima koje treba postići, indikatorima performansi, opštim ciljevima
- Saradnja i participatorni pristup – uključivanje organizacije i zajednice u što većem obimu

U procesu planiranja, kao što je i ranije navedeno, koriste se neki osnovni principi i ključni elementi koji mogu biti upotrebljeni u čitavom spektru zadataka tokom planiranja. To su:



Ove osnovne ideje mogu biti neznatno proširene kako bi obuhvatile opštu metodologiju planiranja:



STUDIJA SLUČAJA: PODACI O STEPENU ISKORIŠĆENOSTI I GRAVITIRAJUĆOJ POPULACIJI ZA PROCENU POTREBNIH ZDRAVSTVENIH USLUGA I BOLNIČKIH KREVETA

PARAMETRI

U tabelama 1 i 2 navedene su varijable korišćenja i varijable koje se odnose na populaciju za procenu broja bolničkih ležajeva potrebnih u budućnosti.

1 Populacija

Sadašnja gravitirajuća populacija je 31500, a procenjeno je da će se populacija uvećati na 37800 (porast od 20%) za 10 godina.

Starosne grupe	Populacione promene *
0–5	Smanjenje u grupi od 0–5 godina
6–15	Neznatan porast
16–44	Porast
45–64	Porast
65+	Porast

* Zasnovano na tehnikama predviđanja, uzimajući u obzir broj rođenih/broj umrlih/ i migracije. Za to se koriste različiti regresioni modeli.

2 Promene načina pružanja usluga

Prosečna dužina bolničkog lečenja	Smanjiti sa 6,5 dana na 5,2 dana (sa različitim smanjenjima po pojedinačnim specijalnostima). Zasnovano na analizi dugoročnog uočenog smanjenja prosečne dužine bolničkog lečenja u bolnicama i na razmatranju međunarodnih iskustava.
Dnevna bolnica	Procenjen porast – stvarna stopa može biti mnogo veća, na osnovu brzih promena međunarodne kliničke prakse.
Stopa prijema	Sadašnja, 424/1000 stanovnika. Procenjeno je da će se smanjiti na 380/1000. Brojni faktori su potencijalno važni – više lekara opšte prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti rezultira manjim upućivanjem, bolji klinički protokoli za kontrolu prijema, bolji programi prevencije bolesti, što kao rezultat ima smanjenje morbiditeta populacije.
Procenat zauzetosti bolničkih kreveta	Trenutno se procenjuje na 75%. Bolja praksa upravljanja bolničkim krevetima (npr. protokoli prijema i otpusta), smanjena dužina bolničkog lečenja, itd., mogu povećati zauzetost na najmanje 80%.

Kreveti	Na osnovu navedenih faktora, broj kreveta se može smanjiti sa sadašnjih 237 bolničkih kreveta na 179 u desetogodišnjem periodu (smanjenje od 24% i opsluživanje veće populacije). Lečenje pacijenata u dnevnim bolnicama bi poraslo ali bi se broj kreveta u dnevnim bolnicama smanjio usled mnogo veće efikasnosti upotrebe.
---------	---

3 Pretpostavke

- Kontinuirano smanjenje prosečne dužine bolničkog lečenja. Na međunarodnom planu, u poslednjih nekoliko godina, došlo je do značajnog smanjenja prosečne dužine bolničkog lečenja u svim kliničkim specijalizacijama.
- Klinički protokoli za smanjenje/prevenciju nepotrebnih prijema, npr. u gastroenterologiji manji broj prijema zbog nedefinisanog bola u stomaku; u nefrologiji manje prijema zbog nepotvrđene bolesti bubrega (npr. pijelonefritis); infektivne bolesti: manje prijema zbog tuberkuloze (TBC) (profilaksa na nivou primarne zdravstvene zaštite može da smanji broj prijema u bolnicu); nema prijema zbog seksualno prenosivih bolesti; opšta hirurgija: smanjenje stope uklanjanja slepog creva i žučne kese; neurohirurgija: smanjen broj prijema radi observacije; ORL: smanjenje stope tonzilektomije.
- Efekti starenja populacije će imati uticaja na mnoge kliničke specijalizacije, npr. neurologija (porast broja moždanih udara)
onkologija (porast stope karcinoma)
ortopedija (porast broja fraktura kod starijih – lomljenje kuka, zamena kolena itd.)
oftalmologija (porast stope operacija katarakte, zamena očnog sociva itd.)
vaskularna hirurgija (porast stopa amputacija zbog različitih stanja – dijabetes, bolesti povezane sa pušenjem – hirurški tretman oboljenja femoralne arterije, itd.)
- Pad u starosnoj grupi od 0 do 16 godina značio bi smanjenje obima pedijatrijskih usluga.
- Prijem akušerskih pacijenata bi neznatno porastao (iako je moguća je promena u stopi fertiliteta), ali bi se smanjio broj kreveta usled smanjenja prosečne dužine lečenja.

4 Ukupni rezultati

Uprkos rastu populacije, broj bolničkih kreveta bi se smanjio za najmanje 25% (svi kreveti) zbog smanjenja dužine lečenja, boljih protokola kako bi se sprečili nepotrebni prijemi, manjeg broja upućivanja jer lekari opšte prakse leče više pacijenata u zajednici i efikasnijeg upravljanja, koje bi dovelo do većeg procenta zauzetosti bolničkih ležajeva.

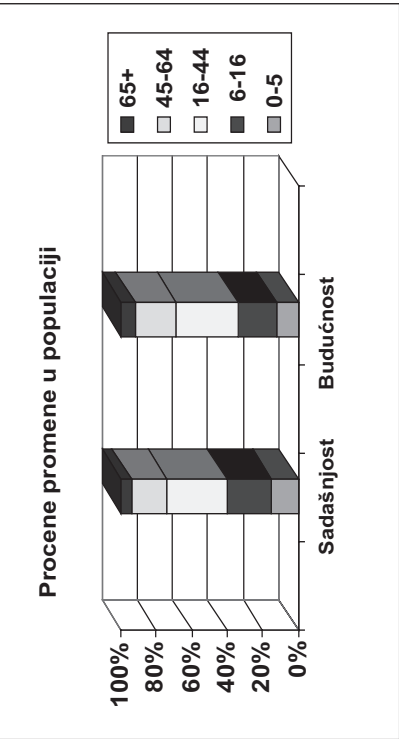
U okviru smanjenog broja kreveta, odnos među pojedinim specijalizacijama će se takođe promeniti da bi se uzele u obzir promene u populaciji – manje potreba za pedijatrijskom službom a više potreba za uslugama koje su povezane sa starenjem stanovništva.

TABELA 1: KORIŠĆENJE PODATAKA I BUDUĆI ZAHTEVI ZA POSTELJAMA I USLUGAMA

Specijalnost	Broj prijema	Dnevna bolnica	DB %	Sadašnji br. kreveta		Sadašnja prosečna dužina bolničkog lečenja	Zauzetost postelja	Prepostavke	Promena u prijemima	Planirani prijemi	Planirana prosečna dužina bolničkog lečenja	Planirane dnevne bolnice	DB %	Planirana zauzetost postelja	Planiran broj kreveta	
				Bolnice	Dnevna bolnica										Bolnice	Dnevna bolnica
Opšta medicina	500	48	8.8	18	2	9.8	4900	Stari: smanjenje dužine bolničkog lečenja	8	540	7.7	73	11.9%	4158	14	1
Gastro- enterologija	810	344	29.8	16	4	5.4	4374	Protokoli: za smanjenje prijema	-2	794	4.8	380	32.4%	3810	13	2
Neurologija	420	52	11.0	19	2	12.4	5208	Stari: smanjenje dužine bolničkog lečenja	9	458	11	66	12.6%	5036	17	1
Kardiologija	880	322	26.8	31	5	9.8	8624	Stari: smanjenje dužine bolničkog lečenja	12	986	8.5	291	22.8%	8378	29	2
Nefrologija	484	1500	75.6	4	12	2.4	1162	Klinički protokoli: više dana bolničkog lečenja	-2	474	2.2	1700	78.2%	1044	4	9
Infektivne bolesti	200	23	10.3	9	1	12.6	2520	Protokoli: za lekare opšta medicine i PZZ	-5	190	10.5	29	13.2%	1995	7	1
Onkologija	800	400	33.3	10	5	3.4	2720	Povećana stopa karcinoma	9	872	3	450	34.0%	2616	9	2
Opšta hirurgija	556	58	9.4	10	2	4.9	2724	Smanjenje procedura	-2	545	4.1	88	13.9%	2234	8	1
Ortopedija	350	58	14.2	10	3	7.9	2765	Stari: smanjenje dužine bolničkog lečenja	9	382	7.1	78	17.0%	2709	9	1
Neurohirurgija	310	34	9.9	16	2	14.2	4402	Klinički protokoli	-2	304	10.6	38	11.1%	3220	11	1
Oftalmologija	699	266	27.6	12	4	4.8	3355	Stari: smanjenje dužine bolničkog lečenja	11	776	2.4	309	28.5%	1862	6	2
ORL	226	40	15.0	4	1	4.9	1107	Smanjenje procedura	-4	217	3.2	56	20.5%	694	2	1
Vaskularna hirurgija	266	39	12.8	6	1	5.9	1569	Stari: smanjenje dužine bolničkog lečenja	8	287	4.9	49	14.6%	1408	5	1
Pedijatrija	932	38	3.9	17	2	5.1	4753	Smanjenje broja stanovnika starosti 0-16	-2	913	3.3	123	11.9%	3014	10	1
Ginekologija i akušerstvo	2500	206	7.6	54	4	5.9	14750	Porast broja žena starosti 16-44 - smanjenje dužine bolničkog lečenja	4	2600	3.9	323	11.1%	10140	35	2
Ukupno	9933	3428	25.6%	237	50	6.5	64934			10337	5.1	4053	28.1%	52317	179	27

TABELA 2: Parametri populacije

Starosne grupe	Sadašnje stanje		za 10 godina	
	%	#	%	#
0 -5	14,9	4725	12,1	4536
6 -15	25,1	7875	21,9	8316
16 - 44	33,8	10710	34,7	13230
45 - 64	20,2	6300	23,3	8694
65+	6	1890	8	3024
ukupno	6	31500	8	37800



Vežbe iz planiranja

Vežba 1

Planiranje ima za cilj da se stanovništvu obezbede najprimerenije (npr. na osnovu varijabli izloženih u tabeli 4) i najekonomičnije usluge. Šta smatrate najvažnijim pitanjima vezanim za planiranje u Srbiji, tj. kojim oblastima treba posvetiti najviše pažnje u smislu razvoja planova ili politika da bi se poboljšalo zdravlje ljudi?

Zapišite najviše pet glavnih pitanja u planiranju – to mogu biti zdravstveni aspekti ili strukturni/organizacioni faktori.

Vežba 2

Navedite neke od glavnih procesa i tehnika koje će se koristiti u planiranju – na primer, metode planiranja koje se trenutno preduzimaju u vašoj organizaciji.

Vežba 3

1. Navedite neke od faktora koje treba uzeti u obzir u analizi spoljašnjeg okruženja pri razvoju strateškog plana.
2. Navedite primere faktora uključenih u predviđanje budućih zdravstvenih usluga.
3. Navedite neke od informacija/podataka koji se mogu koristiti u analizama i predviđanju.
4. Ko treba da bude uključen u proces planiranja u svakoj organizaciji (i iz spoljašnjeg i iz unutrašnjeg okruženja organizacije)?

Vežba 4

Koje vrste informacija se mogu dobiti iz ankete o zadovoljstvu pacijenata (prikazane u tabeli 17)? Navedite neke od implikacija potencijalnih odgovora u smislu planiranja usluga koje se pružaju i upravljanja njima.

Vežba 5 Tumačenje podataka

- 1 Podaci u tabeli predstavljaju udele starosnih grupa stanovništva u zajednici od 200.000 ljudi. Navedena je i desetogodišnja projekcija za iste starosne grupe.

Starosne grupe populacije	Sadašnji udeo	Desetogodišnja projekcija
0–15	38%	20%
16–44	33%	38%
45–60	22%	29%
80+	5%	9%
75+	2%	4%
Ukupna populacija	200.000	250.000

Implikacije za pružanje zdravstvenih usluga u promjenjenom profilu populacije:

a) Kako će to uticati na službe koje se bave mladima?

b) Kakve vrste promena su neophodne da bi se bavili rastućom populacijom starih?

2 Podaci prikazani u tabeli su stope incidencije moždanog udara na 10.000 stanovnika kod odraslih muškaraca i žena.

Muškarci	1980.	1985.	1990.	1995.	2000.
25–40	15	18	19	22	23
41–54	14	25	28	29	31
55+	20	21	29	34	39
Žene	1980.	1985.	1990.	1995.	2000.
25–40	1	2	1	1	3
41–54	4	3	4	3	5
55+	10	15	18	22	24

a) Šta možemo reći o stopi moždanih udara u različitim starosnim grupama i kod muškaraca i kod žena?

b) Koje su implikacije porasta stope moždanih udara za zdravstvenu službu?

c) Šta službe treba da obezbede za prevenciju moždanog udara, lečenje, rehabilitaciju?

d) Kakav uticaj ima zdravstveno vaspitanje na visoku stopu moždanih udara u zajednici?

Vežba 6

1 Koji su glavni faktori u populaciji koja se procenjuje?

2 Koji faktori utiču na buduće potrebe za bolničkim krevetima?

3 Koji su uticaji tehnologija na zdravstvene usluge?

4 Kako zajednica može biti više uključena u zdravstveno planiranje?

5 Iz svog iskustva, navedite primere upotrebe indikatora za evaluaciju planova ili strategija.

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola
javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski
fakultet, Univerzitet u Sidneju,
Australija. Vođa projekta *Obuka za
menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Nina Lukić

Menadžer projekta *Obuka za
menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Literatura

- ADB (1999). *Health Sector Reform in Asia and the Pacific. Options for Developing Countries*. Manila
- Alan Dever GE (1984). *Epidemiology in Health Services Management*. Aspen Publications
- American Hospital Association (1986). *The Practice of Planning in Health Care Institutions*
- Dale R (2004). *Development planning concepts and tools for planners, managers and facilitators*. Palgrave MacMillan, New York
- Eager K et al (2001). *Health Planning: Australian Perspectives*. Alan and Unwin, Sydney
- Green A (2007). *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*. OUP, Oxford
- Green A (2002). *Strategic health planning guidelines for developing countries*. Nuffield Institute for Health. University of Leeds, Leeds
- McPake B (1999). *Methods for Evaluating Effects of Health Sector Reforms*. WHO, Geneva
- Omi S (2005). *Health service planning and policy making*. WHO Western Pacific Region. Manila
- Roberts MJ, Hsaio W, Berman P, Reich MR (2004). *Getting health reforms right: a guide to improving performance and equity*. Oxford University Press, Oxford
- MacStravic RS (1974). *Determining Health Needs*. Aspen Publications
- MacStravic RS (1986). *Forecasting Health Services*. Aspen Publications
- South African Department of Health (1996). *Towards a National Health System for South Africa*

Vebsajtovi

- British NHS guidance on planning: <http://www.dh.gov.uk/PolicyandGuidance>
- South African Department of Health planning guidelines: <http://www.doh.gov.za/docs/index.html>

UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU

Majkl O'Rurk

Sonja Novak

1 Upravljanje ljudskim resursima

Jedna od glavnih zadataka upravljanja je efikasnost u obezbeđenju potrebnog osoblja. Prema Fotleru, Hernandezu i Džoineru (1994), „strateško upravljanje ljudskim resursima (LJR) podrazumeva raspodelu kvalifikovanog, motivisanog osoblja na radna mesta u raznim operativnim jedinicama zdravstvenih organizacija“.

Prema tome, upravljanje ljudskim resursima predstavlja funkciju upravljanja koja se bavi pronalaženjem prave osobe za određeni posao, obukom zaposlenih kako bi ovladali veštinama potrebnim za određeni posao kao i motivisanjem zaposlenog da obavlja posao.

Postizanje konkurentskog uspeha podrazumeva temeljno menjanje načina razmišljanja o radnoj snazi i radnom odnosu. Ovaj pregled ljudskih resursa pruža osnovne koncepte upravljanja ljudskim resursima, sa posebnim osvrtom na odgovornost menadžmenta za odabir osoblja. Pored toga, razmatraju se principi nadzora i analize učinka, uključujući i stilove liderstva koji su delotvorni u motivisanju zaposlenih da postižu dobre rezultate.

1.1 Strateško upravljanje i ljudski resursi

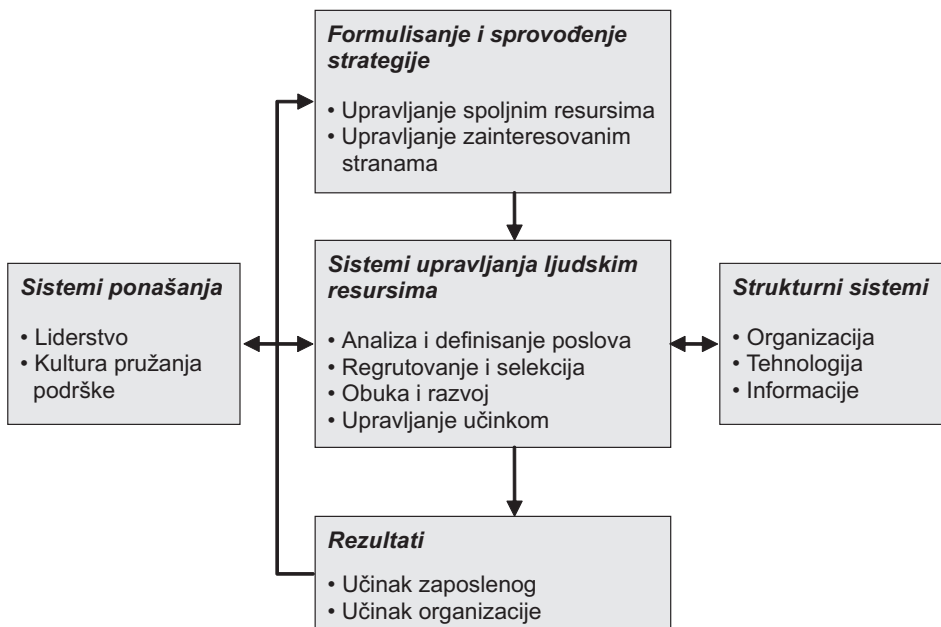
Zdravstvene organizacije se u mnogim zemljama u tranziciji suočavaju sa ozbiljnim izazovima usled ograničenog bruto domaćeg proizvoda (BDP) i potrebe za reorganizacijom pružanja usluga.

Potreba za strateškim upravljanjem ljudskim resursima je neophodna u organizacijama koje prolaze kroz takve promene. Malo je istraživanja ili prethodnog iskustva koji bi sugerisali kako programe upravljanja ljudskim resursima treba menjati tokom restrukturiranja i preorijentacije organizacija. Produktivnost i radna etika su od najvećeg značaja. Iako se radna etika znatno razlikuje među organizacijama, postoji opšta potreba da se praksa upravljanja ljudskim resursima (ULJR) poboljša kako bi se povećala produktivnost. Međutim, efikasnost iziskuje industrijsku produktivnost i delotvornost. Da bi povećale produktivnost organizacije moraju podsticati pojedince da budu produktivniji. Menadžment, takođe, mora biti motivisan da poboljša učinak organizacije. Organizacije u tranziciji treba da usvoje politiku i procedure upravljanja ljudskim resursima, koje stvaraju neophodne podsticaje za motivisanje pojedinca da ostvari dobre rezultate da bi čitav poduhvat postao produktivan.

Na slici ispod prikazan je model strateškog upravljanja ljudskim resursima prema kome u programu upravljanja ljudskim resursima postoje tri oblasti na koje se stavlja težište. Funkcija upravljanja ljudskim resursima se generalno posmatra kao proces koji obuhvata analizu i definisanje poslova, regrutovanje i selekciju, obuku, upravljanje naknadama i upravljanje učinkom. Cilj funkcije upravljanja

Ljudskim resursima je postavljanje prave osobe na odgovarajuće radne dužnosti i obezbeđivanje spoljašnjih nagrada (i disciplinskih mera) za svakog zaposlenog da bi se održala produktivnost.

Slika 1: Strateško upravljanje i ljudski resursi



Upravljanje ljudskim resursima se odvija unutar strukturnih potreba zdravstvene organizacije. Te potrebe obuhvataju opštu strategiju organizacije i organizacionu strukturu.

Organizaciona shema

Organizacionom shemom se definišu uloge i funkcije ključnog osoblja i službi.

Organizaciona struktura

Organizaciona struktura prikazuje ko šta radi. Njom se precizira ko je odgovoran za svaku vrstu aktivnosti bolnice, koje odluke svaki član osoblja ima pravo da donosi (ovlašćenja) i kome svaki član osoblja odgovara.

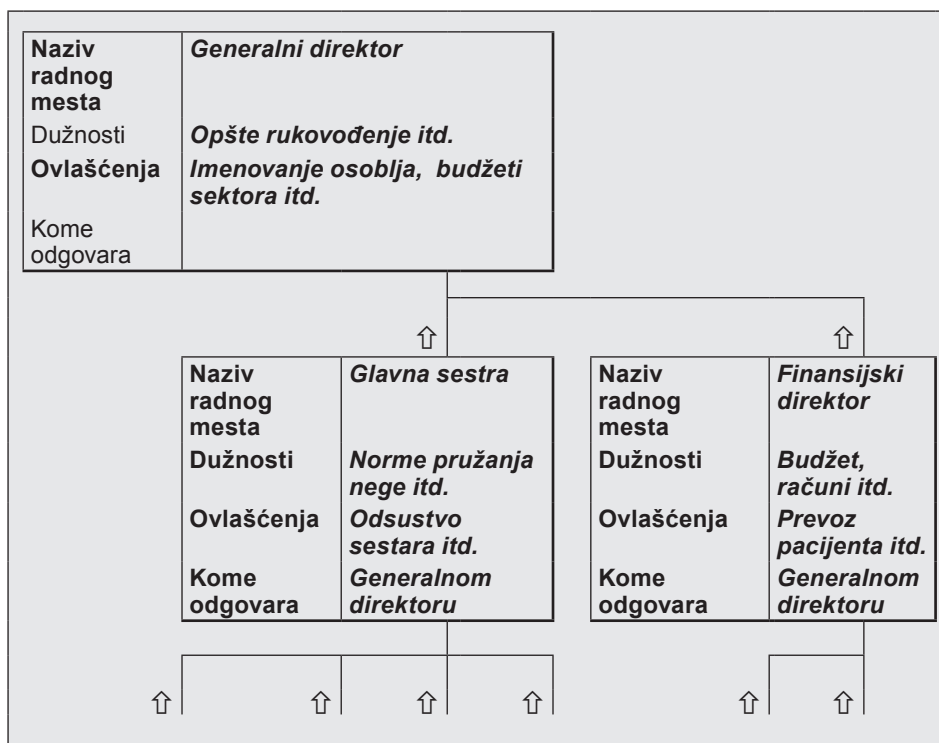
Suštinski važan deo organizacione strukture je onaj kojim se definišu funkcije visoko rangiranog osoblja i direktora. Bitno je da se napravi jasna razlika između tih funkcija.

Bolnica treba da se usredsredi na opšte ciljeve i planove, kao i na praćenje i evaluaciju učinka u odnosu na te planove. Direktor treba da se stara o tome da pribavi informacije i savete koji omogućavaju donošenje odgovarajućih odluka o planiranju i evaluaciji.

Organizacionu strukturu treba upotpuniti opisima radnih mesta.

Organizaciona struktura se najbolje definiše skupom opisa radnih mesta. Svaki opis radnog mesta mora sadržati potrebne i poželjne kvalifikacije, funkcije, ovlašćenja i linije odgovornosti (kome član osoblja odgovara u vezi sa konkretnim funkcijama).

Slika 2: Konceptcija organizacione sheme



Ovlašćenja predstavljaju popis onih odluka koje može doneti osoba na radnom mestu o kome je reč. Na primer, ovlašćenja generalnog direktora mogu uključivati pravo da odobri troškove odsustva radi odlaska na konferenciju, dok direktor odeljenja nege može imati pravo da odobri posebna odsustva.

Opisi radnih mesta se mogu prikazati kao organizaciona shema. Svako radno mesto u shemi treba da ima poseban okvir, a okviri treba da budu povezani linijama odgovornosti. Takvu shemu treba dostaviti zaposlenima i redovno je ažurirati da bi se prikazale izmene u planovima bolnice.

2 Fokus procesa upravljanja ljudskim resursima

Najznačajniji aspekt zdravstvene organizacije je radna snaga. Nijedan menadžer u zdravstvu bilo gde drugde ne može otpustiti sve „loše“ radnike, zadržati sve „dobre“ i angažovati nove ljude da zamene one koji su „loši“. Uočeno je to da prednost uspešnih firmi leži u delotvornom upravljanju ljudskim resursima, a ne u tehnologiji

ili tržišnim karakteristikama. Prema tome, menadžeri moraju razviti strategije za poboljšanje učinka „loših“ radnika i održavanje učinka „dobrih“ radnika.

Menadžer je odgovoran za učinak osoba kojim rukovodi. Važno je razumeti kontekst upravljanja ljudskim resursima u zdravstvenim organizacijama. U strateškom planiranju potreba za radnom snagom moraju se uzeti u obzir promene na tržištu zdravstvenih usluga, metodi organizovanja usluga i priroda zdravstvenih profesija. U upravljanju ljudskim resursima postoji prihvaćen skup procesa. U nastavku je prikazana praktična primena procesa upravljanja ljudskim resursima.

Tabela 1: Proces upravljanja ljudskim resursima

Analiza i definisanje poslova

- Racionalni metod određivanja funkcionalnih odgovornosti posla
- Kako se menja tehnologija tako se menjaju i funkcionalne odgovornosti posla

Regrutovanje i selekcija

- Proces pronalaženja prave osobe za određeni posao
- Razvoj metoda za pronalaženje kandidata i izbor najboljeg

Obuka i razvoj

- Razvoj veština je od suštinskog značaja zbog promena tehnologije
- Novi organizacioni koncept i funkcionalne odgovornosti posla
- Primena iskustvenog učenja, načela učenja odraslih

Upravljanje učinkom

- Utvrđivanje i saopštavanje očekivanog učinka
- Disciplinske mere kada učinak ne ispuni očekivanja

Upravljanje naknadom

- Potrebno je razumeti tržišta rada zdravstvenih radnika
- Treba odrediti visine naknada tako da se zadrže dobri kadrovi

2.1 Analiza i definisanje poslova

Aktivnosti analize i definisanja poslova pružaju informacije o zadacima i uslovima za neki određeni posao. Analiza poslova je proces prikupljanja informacija u cilju opisivanja konkretnog posla. Proces može obuhvatati jednu od sledećih tehnika, ili više njih: razgovore, zapažanja, ankete, izveštaje i evidenciju, testove učinka, komisije, upitnike i kontrolne liste. Opisi posla se završavaju nakon obavljene analize posla kojom se utvrđuju glavne dužnosti i aktivnosti, veštine, znanja i sposobnosti potrebne za to radno mesto.

2.1.1 Koncept analize posla

Analiza posla se sastoji od postupaka utvrđivanja i opisivanja prava, dužnosti i kvalifikacija za svaki posao. Na taj način dobijamo informacije o uslovima za posao i karakteristikama posla, koje predstavljaju osnovu za izradu opisa posla i uslova za posao.

Opis posla je dokument u kome se navode sva prava i obaveze, uslovi rada, radni odnosi, nadzor i potrebni kriterijumi rada. Uslov za posao ukazuje na potrebne kvalifikacije za određeno radno mesto, koje obuhvataju kvalifikacije pojedinca, kulturne karakteristike, stepen stručne spreme, sposobnosti, očekivanja itd. Opisi posla i uslovi za posao mogu se koristiti kao osnov za regrutovanje, selekciju i obuku osoblja, kao i za procenu učinka.

2.1.2 Potrebne informacije za analizu posla

- Situacija: metodi i ciljevi.
- Uslovi za posao: stepen stručne spreme, specijalizacija, veštine, relevantna znanja, individualne karakteristike itd.
- Materijal i oprema: karakteristike, obeležja, količina, kategorija opreme i materijala potrebnih za svako radno mesto.
- Norme: tehnički kriterijumi, vremensko ograničenje, količina i kvalitet proizvoda i rezultata rada.
- Uslovi rada: higijenski uslovi, fizički napor, zarada i naknade, propisi o bezbednosti na radu itd.

2.1.3 Metode prikupljanja podataka

Razgovor. Ova metoda može podrazumevati neposredan ili posredan razgovor uz korišćenje strukturisanih upitnika. Razgovor se može obaviti sa osobljem koje neposredno radi na tom radnom mestu, ili sa menažerom itd. Često se primenjuje neposredno posmatranje. Uvek se preporučuje posmatranje sveobuhvatnog radnog ciklusa. Na primer, moramo da posmatramo celokupan proces pružanja usluga, ili sve korake neke bolničke aktivnosti.

Merenje vremena. Ova metoda predstavlja posebno posmatranje u kome se evidencijom vremena ispituje vreme koje zaposleni gube tokom obavljanja svojih zadataka korak po korak. Analiza posla i merenje vremena se koriste za precizno utvrđivanje izgubljenog produktivnog vremena u obavljanju različitih koraka u radu, a zatim i kao osnova za izradu radnih normi za svaku zdravstvenu aktivnost.

Fotografija načinjena u radno vreme. Ova metoda se može primeniti za proučavanje izgubljenog/neproductivnog vremena u toku jednog radnog dana (radne smene) ili izgubljenog vremena tokom obavljanja određenih radnih funkcija. Cilj ove metode je otkrivanje faktora koji dovode do gubljenja vremena, utvrđivanje činjenica za definisanje radnih normi i analizu vremena rada, a rezultati se koriste kao pomoć u redefinisaniu radnih procedura.

2.1.4 Metode za analizu posla

Ova metoda se zasniva na tri glavna elementa operativnog rada: materijalima, ljudskim resursima i opremi. Ova metoda se može primeniti za procenu učinka osnovnih funkcija.

Ova metoda se služi „upitnikom za analizu posla“ u cilju utvrđivanja zadataka i obaveza svakog radnog mesta. Sva radna mesta se na odgovarajući način ocenjuju i dele u sledećih pet glavnih grupa:

- donosioci odluka, trgovinski zastupnici i osobe sa odgovornostima prema društvu;
- stručni kadrovi;
- poslovi koji zahtevaju fizičke napore;
- poslovi koji uključuju upravljanje mašinama i opremom;
- poslovi analize informacija.

Rezultati ove metode su korisni za poređenje različitih radnih mesta i određivanje zarade.

2.1.5 Analiza posla je važna zato što:

- pruža pravnu utemeljenost za metode korišćene u odlučivanju o radnom odnosu;
- pomaže neposrednom rukovodiocu i zaposlenom u definisanju dužnosti i povezanih zadataka svakog zaposlenog;
- služi kao referentno uputstvo za pravilno usmeravanje zaposlenih u skladu sa poslom;
- propisuje značaj i potrebno vreme za neku aktivnost radnika;
- kandidatima za posao pruža realne informacije o dužnostima, uslovima rada i uslovima zaposlenja;
- opravdava postojanje tog posla i pokazuje gde se uklapa u organizacionu strukturu;
- utvrđuje ko kome i za šta odgovara u odnosu pretpostavljenog i podređenih;
- usmerava promene u konceptu posla i upravljanju zadacima;
- određuje relativne vrednosti poslova radi održavanja spoljašnje i unutrašnje pravičnosti zarada;
- obezbeđuje određene informacije potrebne za odlučivanje;
- služi kao osnov za utvrđivanje programa i puteva razvoja karijere zaposlenih;
- daje smernice pretpostavljenima prilikom pisanja preporuka i zaposlenima na određenom radnom mestu u pisanju radnih biografija, kada zaposleni odlazi i traži novi posao (Šuler i Huber).

Prilikom definisanja posla, preporučuje se da uključite i sažet prikaz radnog mesta, glavne zadatke, zahteve u pogledu obuke, stručne sprema i iskustva, očekivanja u pogledu učinka, kao i fizičke zahteve.

Ključni deo u izradi opisa posla je posmatranje obavljanja konkretnog posla i analiza raznih aktivnosti koje zaposleni mora obaviti da bi izvršio posao. Kada se urade definicije poslova, lakše je regrutovati i odabrati kvalifikovane osobe.

3 Regrutovanje i selekcija kadrova

Regrutovanje i odabir osoba za obavljanje posla nazivamo funkcijom obezbeđivanja potrebnog osoblja. Ona podrazumeva angažovanje i zadržavanje osoba koje su potrebne zdravstvenoj organizaciji za ispunjenje ciljeva ustanove. Konkretno, to obuhvata načine da se privuku, razviju i zadrže osobe potrebnog znanja za obavljanje radnih zadataka. Regrutovanje i odabir prave osobe ima ključni značaj u određivanju i održavanju normi usluga koje ustanova treba da ima. Kadrovi predstavljaju najznačajniju i najveću vrednost jedne organizacije.

Konkretni ciljevi regrutovanja su sledeći:

- utvrđivanje sadašnjih i budućih potreba organizacije za regrutovanjem u kontekstu planiranja ljudskih resursa i analize poslova;
- povećanje broja kvalifikovanih kandidata za posao uz minimalni trošak po organizaciju;
- pomoć u povećanju uspešnosti procesa selekcije smanjenjem broja kandidata sa vidno preniskim ili previsokim kvalifikacijama;
- pomoć u smanjenju verovatnoće da će regrutovani i odabrani kandidat napustiti organizaciju nakon kratkog vremena;
- ispunjavanje državne, pravne i društvene obaveze organizacije u vezi sa strukturom radne snage;
- povećanje kratkoročne i dugoročne delotvornosti organizacije i pojedinca;
- ocenjivanje delotvornosti različitih tehnika i mesta regrutovanja za sve vrste kandidata.

Značajne aktivnosti regrutovanja obuhvataju:

- utvrđivanje dugoročnih i kratkoročnih potreba organizacije prema nazivu i nivou radnog mesta u organizaciji;
- stalnu obaveštenost o uslovima na tržištu rada;
- izradu adekvatnih materijala za potrebe regrutovanja;
- izradu sistematskog i obuhvatnog programa regrutovanja zajedno sa drugim aktivnostima koje se odnose na ljudske resurse i uz saradnju sa menadžerima iz te oblasti;
- obezbeđenje dovoljnog broja kvalifikovanih kandidata za posao;
- evidenciju broja i kvaliteta kandidata za posao koji su obezbeđeni različitim izvorima i metodama regrutovanja;
- praćenje razvoja situacije kod kandidata koji su dobili posao, kao i kod onih koji nisu, radi ocene delotvornosti aktivnosti regrutovanja;
- sprovođenje svih ovih aktivnosti unutar zakonskog okvira.

Kao pomoćno sredstvo prilikom odabira pojedinaca za konkretne poslove bitno je koristiti opis posla jer predstavlja ključnu komponentu u procesu selekcije. Po prijemu prijave za neko radno mesto, svaku prijavu treba uporediti sa konkretnim funkcijama koje se traže za to radno mesto. Selekcija i raspoređivanje potrebnih pojedinaca u zdravstvene službe ključni su za ispunjenje misije i ciljeva organizacije.

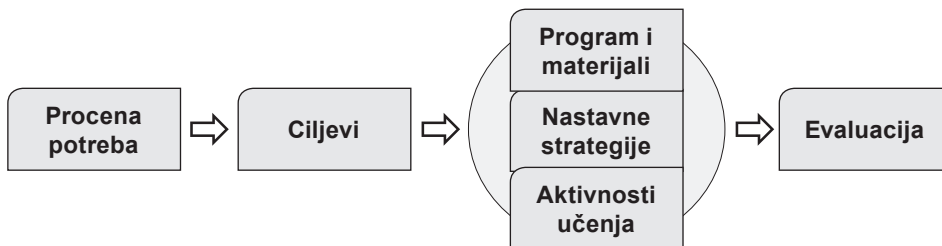
4 Proces obuke i razvoja

4.1 Obuka

Bilo bi idealno kad biste mogli da zaposlite samo najbolje kandidate koji imaju najbolje veštine i koji su najmotivisaniji. Međutim, to nije uvek moguće. Bolnica često ima novo osoblje sa malo iskustva, ili starije osoblje bez odgovarajućih kvalifikacija. Prema tome, obuka i razvoj ljudskih resursa uvek zauzimaju veoma značajno mesto među funkcijama upravljanja kadrovima. Isto tako, sa rastom konkurentnosti tržišta rada angažovanje najboljih kandidata će, takođe, biti veoma skupo. Zato je u interesu zdravstvene organizacije da obuči i razvije radnu snagu koju ima. To podrazumeva pružanje prilika za stručno usavršavanje, kao što je učešće na seminarima o upravljanju.

Stručno usavršavanje je važno jer se zdravstvena tehnologija brzo menja. Uvođenje novih lekarskih specijalističkih oblasti ili novih organizacionih tehnologija zahteva od zaposlenih da savladaju nove metode. Obuku treba osmisliti tako da motiviše zaposlene da uče. Za razliku od mlađih osoba koje se još školuju, zaposleni imaju znatno iskustvo. Preporučujemo primenu iskustvenog učenja na osnovu načela o obrazovanju odraslih.

Slika 3: Proces obuke



Primarni fokus obuke i razvoja je uspostavljanje i održavanje nivoa kompetentnosti svakog zdravstvenog radnika ponaosob. Proces učenja putem utvrđivanja potreba ili vršenja procene potreba predstavlja početni korak u osmišljavanju potrebnih aktivnosti sticanja znanja. Nakon završene procene potreba, za svaki vid znanja se biraju ciljevi učenja, aktivnosti i metod evaluacije ili ocene.

Procena potreba za obukom

Procena potreba za obukom (PPO) je sistematski način određivanja prioriteta potreba za obukom određenih grupa zaposlenih.

Glavna zamisao je da ispitanici izdvoje osnovne veštine i tehničke zahteve potrebne za obavljanje njihovog posla (kompetencije), a zatim da utvrde koja obuka je najrelevantnija za datu situaciju.

Potrebno je da ispitanici utvrde prioritete potrebnih obuka, pa je neophodno rangiranje neke vrste. Budući da različito osoblje poseduje posebne i različite veštine, PPO bi trebalo da bude u stanju da proceni konkretnu potrebnu obuku ili stručnu spremu za svaku grupu.

Dalje u tekstu prikazan je jedan osnovni instrument pomoću koga se utvrđuju procene zaposlenih o svojim ključnim potrebama. Nema potrebe da se anketira celokupno osoblje: određeni uzorak može biti dovoljan da se uoči većina oblasti u kojima postoji potreba za obukama. Međutim, ako se radi o malom broju zaposlenih (na primer, samo 3–5 lekara), svi pojedinci u određenoj grupi bi se mogli anketirati. *Sledeću važnu činjenicu treba uzeti u obzir:*

PPO treba vršiti samo ukoliko je organizacija opredeljena da nešto učini na osnovu rezultata procene, tj. ako namerava da uspostavi sistem obuke. Ako ne postoji namera da se obuka razvije (ili ne postoje raspoloživa sredstva), PPO ne bi trebalo ni preduzimati jer će samo povećati očekivanja zaposlenih koja nije moguće ispuniti.

Primer instrumenta za procenu potreba za obukom

Prvi deo (za sve kategorije zaposlenih)

1 Kategorija zaposlenih (medicinska sestra, lekar, bolničar itd.)

2 Godine života

3 Stepen stručne spreme (zaokružiti)

Osnovna škola

Srednja škola

Viša škola/fakultet

Stručne kvalifikacije (sestra/lekar itd.)

Postdiplomske studije

4 Kada ste poslednji put imali formalnu obuku iz Vaše oblasti rada?

Nikada

Poslednji put

5 Ako ste imali formalnu obuku, kakva je to obuka bila?

6 Koje su po vama ključne veštine i sposobnosti u Vašoj konkretnoj oblasti rada i u kojoj meri se smatrate kompetentnim u tim veštinama?

Ključne veštine	Vaša ocena Vašeg stepena kompetentnosti (5 = najkompetentniji: 1 = najmanje kompetentan)				
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1

Drugi deo Zahtevi za posebnom obukom (za određene grupe zaposlenih)

7 Rangirajte po Vašem mišljenju glavne potrebe za obukom u Vašoj oblasti rada.
(5 = najveća potreba: 1 = najmanja potreba)

Medicinske sestre

Oblast za koju je potrebna obuka	Procena				
Kontrola infekcije	5	4	3	2	1
Savetovanje i komunikacija	5	4	3	2	1
Tehnike upravljanja	5	4	3	2	1
Upravljanje vremenom	5	4	3	2	1
Informatika	5	4	3	2	1
Posebne kliničke oblasti: precizirati					
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1

Lekari

Oblast za koju je potrebna obuka	Procena				
Kontrola infekcije	5	4	3	2	1
Savetovanje i komunikacija	5	4	3	2	1
Tehnike upravljanja	5	4	3	2	1
Upravljanje vremenom	5	4	3	2	1
Informatika	5	4	3	2	1
Posebne kliničke oblasti: precizirati					
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1

Finansije/Administracija

Oblast za koju je potrebna obuka	Ocena				
Obuka za rad na računaru	5	4	3	2	1
Sastavljanje izveštaja	5	4	3	2	1
Statistika, analiza podataka i upravljanje podacima	5	4	3	2	1
Veštine upravljanja	5	4	3	2	1
Računovodstvo	5	4	3	2	1
Posebne oblasti: precizirati					
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
_____	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1
Ostalo	5	4	3	2	1

- 8 Koji vid obuke bi najviše odgovarao Vašim potrebama?
(5 = najviše odgovara: 1 = najmanje odgovara)

Vid obuke	Ocena				
Obuka tokom rada (obuka uz obavljanje redovnog posla)	5	4	3	2	1
Kratke radionice ili kursevi (u trajanju od, recimo, 2-4 dana)	5	4	3	2	1
Školovanje na daljinu i učenje za sticanje sertifikata ili diplome	5	4	3	2	1
Sponzorisanje od strane poslodavca	5	4	3	2	1
Podrška za obuku van radnog vremena (tj. tokom Vašeg slobodnog vremena)	5	4	3	2	1
Drugi vidovi obuke (precizirati)	5	4	3	2	1
Drugi vidovi obuke (precizirati)	5	4	3	2	1
Drugi vidovi obuke (precizirati)	5	4	3	2	1

5 Razvoj ljudskih resursa

Razvoj ljudskih resursa je primarni fokus upravljanja ljudskim resursima. Plan razvoja ljudskih resursa predstavlja pomoć za menadžera prilikom osmišljavanja načina obuke i boljeg korišćenja njegovog/njenog osoblja radi usklađenosti sa sadašnjim i budućim aktivnostima bolnice.

Sledi nekoliko načela izrade plana razvoja ljudskih resursa.

- Plan razvoja ljudskih resursa mora biti obuhvaćen opštim planom razvoja bolnice.
- Njime se definiše način sprovođenja obuke, obezbeđivanja potrebnog osoblja i korišćenja pravog broja osoblja i odgovarajućih sposobnosti, kako bi se realizovale sadašnje i buduće funkcije bolnice.
- Odabir osoblja koje će biti uključeno u obuku mora odgovarati njihovoj budućoj ulozi u bolnici. Moramo stvoriti pogodno okruženje za razvoj sposobnosti, veština i stavova zaposlenih, koji će biti neophodni za njihov budući rad.

5.1 Plan razvoja ljudskih resursa

Plan razvoja ljudskih resursa često se izrađuje zajedno sa opštim planom razvoja bolnice, što obuhvata utvrđivanje aktivnosti povezanih sa ljudskim resursima. Planiranje razvoja ljudskih resursa nije samo izračunavanje broja zaposlenih, već i analiza pitanja kao što su strategije, politika i drugi problemi bolnice.

Logični koraci u planiranju razvoja ljudskih resursa su sledeći:

Korak 1: priprema

- Formirati grupu ljudi koji će biti zaduženi za planiranje. U tu grupu treba uključiti predstavnike svih kliničkih i nekliničkih odeljenja, kabineta direktora i odeljenja za planiranje.
- Osobe uključene u proces planiranja ljudskih resursa moraju razumeti strategije bolnice, unutrašnje i spoljno okruženje, zakone, propise i nacionalne strategije zdravstvene zaštite.

Korak 2: izveštaj o stanju ljudskih resursa i pružanju bolničkih usluga

Prikupiti podatke o ljudskim resursima i bolničkim uslugama. Podaci se mogu prikupiti iz raspoloživih izvora, ili analizom neobrađenih podataka. Menadžeri treba da prikupljaju samo potrebne podatke.

Izveštaj o stanju ljudskih resursa: ovaj izveštaj treba uključiti u opšti izveštaj bolnice.

Prikupljene podatke je potrebno na odgovarajući način analizirati, prikazati i klasifikovati tako da pomognu osobama koje planiraju ljudske resurse da donesu dobre odluke.

Korak 3: sagledavanje budućih potreba za ljudskim resursima

- Predviđanje potrebnih ljudskih resursa često započinje sagledavanjem tekućih aktivnosti. Takvo sagledavanje će se koristiti prilikom korekcije, povećanja ili smanjenja broja zdravstvenih radnika u budućnosti.
- Glavni činioci koji utiču na buduće potrebe za ljudskim resursima u bolnici jesu trendovi pojave bolesti, obrasci iskorišćenja, društveno-ekonomski uslovi, tehnološki uticaji i propisi i politika u oblasti ljudskih resursa.
- Da bi predvideli buduće potrebe za ljudskim resursima, menadžeri treba da izvrše sledeće zadatke:

Analiza osnovnih principa obezbeđenja ljudskih resursa podrazumeva:

- Utvrđivanje glavnih aktivnosti i potreba u obezbeđenju ljudskih resursa;
- Određivanje stepena uticaja npr. tehnologije, ciljeva vezanih za učinak, normi u vezi sa obezbeđivanjem ljudskih resursa itd.;
- Analizu trenutno važeće politike koja može uticati na budući razvoj ljudskih resursa (npr. novo radno vreme, mogućnost rada sa skraćenim radnim vremenom ili podele jednog radnog mesta na više osoba);
- Prikaz polaznih osnova za predviđanje potreba za ljudskim resursima u budućnosti;
- Procenu pouzdanosti predviđanja obezbeđenja ljudskih resursa pažljivom analizom stanja.

Neki od odlučujućih faktora procesa predviđanja potreba za ljudskim resursima su sledeći:

- Promene tehničkih karakteristika;
- Promene karakteristika pojedinaca – npr. obavezna obuka, sertifikacija itd.;
- Stručne karakteristike (npr. potreba za većim tehničkim veštinama, profesionalne licence itd.);
- Izmene političkih, društvenih, ekonomskih i demografskih okolnosti.

Korak 4: sagledavanje potreba u smislu broja, kvaliteta i obezbeđenja potrebnog bolničkog osoblja

Postoje četiri glavne metode procene potreba za ljudskim resursima.

- Procena potreba na osnovu zdravstvenih potreba zajednice.
- Procena potreba na osnovu ciljnih grupa ili ključnih bolničkih usluga.
- Metode koje se oslanjaju na zdravstvene i ekonomske zahteve zajednice (zdravstveni zahtevi zajednice).
- Metode koje se oslanjaju na odnose između broja stanovništva i broja zdravstvenih radnika.

Primena svake od ovih metoda zavisi od analize stanja i tačke gledišta menadžera u svakoj konkretnoj situaciji, budući da svaka metoda ima određene prednosti i nedostatke. Za otklanjanje slabosti jedne metode i povećanje prednosti drugih

može se primeniti kombinacija nekoliko metoda. S obzirom na to da su za različite metode potrebne različite informacije, menadžeri treba da donesu odluku o korišćenju određenog metoda na osnovu prikupljenih ili raspoloživih podataka.

Korak 5: analiza nepodudarnosti između postojećih i potrebnih ljudskih resursa

Predviđanje budućih potreba za bolničkim osobljem treba razdvojiti za različite kategorije osoblja u svakoj jedinici i određenom vremenskom periodu.

- Poređenje između pružanja bolničkih usluga i potreba za bolničkim osobljem treba uraditi na osnovu sledeća tri koraka:
 - sastaviti tabele koje prikazuju obezbeđivanje bolničkog osoblja i potrebe za svaku kategoriju osoblja da bi se uočila nepodudarnost;
 - utvrditi bitne nepodudarnosti koje treba rešiti kao prioritetne;
 - sistematskom analizom utvrditi uzroke nepodudarnosti i naći načine za rešavanje ovog problema.
- Treba utvrditi eventualnu neravnotežu između postojećih ljudskih resursa i potreba za uslugama, tj. koliko ima radnih mesta sa punim radnim vremenom ili skraćenim radnim vremenom; koliki je višak ili manjak osoblja.
- Što je poređenje između potreba i postojećih resursa detaljnije, to bolje. Pitanje je kako napraviti poređenje. Menadžeri mogu postaviti sledeća pitanja:
 - Gde je postoji manjak?
 - Koje probleme treba i dalje proučavati?
 - Koje aktivnosti treba sprovesti?
 - Kakvi su troškovi i delotvornost različitih aktivnosti?
- Postoji pet stvari koje treba analizirati u ovoj fazi:
 - ukupan broj zaposlenih;
 - raspodela osoblja;
 - znanje i veštine osoblja;
 - organizovanje radne efikasnosti;
 - vreme.

Ovo služi kao osnova za sistematsku analizu mogućih uzroka nepodudarnosti između potreba i postojećih ljudskih resursa. Izrada tabela i grafikona može pomoći u procesu analize problema.

Korak 6: rešavanje problema nedostatka bolničkog osoblja

Opisana su tri glavna koraka.

- Kao prvo, treba utvrditi sva moguća rešenja koja mogu pomoći u rešavanju problema (npr. finansijska rešenja, prekvalifikacija, promena sastava osoblja – više registrovanih sestara ili više lekara starijih po rangu u smeni).
- Drugo, treba jasno uočiti poteškoće, prepreke i posledice koje nosi svako od tih rešenja.
- Na kraju, treba proceniti rezultate svakog rešenja (npr. pomoću analize tipa SWOT).

Korak 7: izbor najboljeg rešenja i izrada opšteg plana ljudskih resursa

Ovo je važna stavka u opštem planu ljudskih resursa.

- Može postojati nekoliko rešenja, ali se ne mogu sva primeniti: treba odabrati samo najizvodljivije rešenje.
- Resursi su možda ograničeni i mogu biti nepodudarni sa konkretnim rešenjem; zato je potrebno pregledati sve raspoložive podatke da bi se odabralo odgovarajuće rešenje.
- Opšti plan treba da obuhvata: pregled stanja, izbor rešenja i akcione planove. Važan korak u ovome je dostavljanje opšteg plana odgovarajućim višim instancama.

Korak 8: izrada detaljnog akcionog plana za ljudske resurse

Uzimajući u obzir opšte strategije i planove, osoba koja planira ljudske resurse izrađuje detaljan plan razvoja ljudskih resursa.

- U detaljnom planu se opisuju konkretne aktivnosti za postizanje neophodnih ciljeva organizacije. Nakon odobrenja, ovaj plan će predstavljati zvanični dokument organizacije i dostaviće se odgovarajućim službama i odeljenjima radi sprovođenja.
- Ključni koraci u izradi detaljnog plana su sledeći:
 - jasno navođenje svih neophodnih aktivnosti;
 - organizovanje procesa pripreme i spremnosti osoblja;
 - izrada tabela sa opisom aktivnosti koje treba izvršiti, potrebnog vremena, ključnog odgovornog osoblja, očekivanih rezultata i eventualnih problema do kojih može doći tokom sprovođenja;
 - definisanje uloga i odgovornosti različitih odeljenja i relevantnih osoba – organizovanje aktivnosti saradnje i razmene informacija;
 - analiza aktivnosti koje treba dodati u plan, okvirnih programa rada, načina upravljanja i raspolaganja finansijama itd.
 - odlučivanje o tome šta treba uključiti u konačni detaljni plan;
 - isticanje glavnih opštih i konkretnih ciljeva i indikatora za praćenje, nadzor i evaluaciju akcionog plana.

Akcioni plan treba da bude dovoljno detaljan da usmerava menadžere u realizaciji aktivnosti, ali i da menadžerima omogućava određenu fleksibilnost u odlučivanju. Ukratko, plan za razvoj ljudskih resursa obuhvata četiri glavne aktivnosti:

- sagledavanje raspoloživosti budućih ljudskih resursa;
- sagledavanje potreba za ljudskim resursima u budućnosti;
- upoređivanje raspoloživih ljudskih resursa i potreba i pronalaženje rešenja za sve oblike neravnoteže i nepodudarnosti;
- izrada izvodljivog akcionog plana za sprovođenje odabranih odluka.

Plan treba preispitati, oceniti i korigovati nakon određenog vremenskog perioda (recimo, 6 meseci).

6 Upravljanje učinkom

Od zaposlenih se traži da izvršavaju zadatke na prihvatljivom nivou ako se očekuje da organizacija u celini dobro radi. Menadžment na raspolaganju ima dva primarna instrumenta kojima može da utiče na učinak. Kao prvo, menadžment je obavezan da obezbedi mogućnost za razvoj zaposlenih, tako da njihove veštine uvek budu na zadovoljavajućem nivou. Drugo, menadžment je obavezan da zaposlene upozna sa očekivanjima u pogledu učinka.

Procena učinka se često naziva evaluacijom/ocenom, što podrazumeva utvrđivanje mere u kojoj pojedinci dobro obavljaju svoj posao u skladu sa utvrđenim normama posla. Norme učinka moraju biti u vezi sa strateškim ciljevima organizacije.

Sistem procene učinka obuhvata određen broj parametara:

- određivanje potreba zdravstvenih organizacija, a naročito njihovih strateških ciljeva;
- povezivanje procene učinka sa planiranjem rada organizacije;
- analiza posla radi utvrđivanja radnih dužnosti i odgovornosti za koju je potrebno definisati kriterijume;
- izbor odgovarajuće i valjane metode procene učinka radi ocene ponašanja na poslu ili rezultata rada;
- razvoj procesa za saopštavanje očekivanja u vezi sa poslom zaposlenima pre perioda ocene;
- uspostavljanje sistema povratnih informacija koji se odnosi na radni učinak;
- ocena funkcionisanja sistema procene učinka u odnosu na njegove zacrtane ciljeve.

Pretpostavimo da trenutno imate zaposlenog koji je stručan za obavljanje posla i koji zna šta se od njega očekuje. Da li to znači da će dobro obavljati posao? Ne mora da znači. On, takođe, mora biti motivisan za obavljanje posla. U narednom odeljku će biti reči o situacionom liderstvu i nadzoru, koji se odnose na korišćenje odgovarajućih liderskih tehnika za motivisanje zaposlenih i komunikaciju sa njima. Međutim, čak i u najpovoljnijim okolnostima, neki zaposleni možda neće biti motivisani. Zato menadžment mora savladati tehnike delotvorne radne discipline. Trebalo bi da disciplinska mera uvek bude osmišljena tako da podstiče zaposlenog da se popravi. Ukoliko dođe do toga da zaposleni mora dobiti otkaz, treba da postoji mehanizam koji dozvoljava otpuštanje zaposlenih samo ako opravdanje za to zaista postoji i ako je zaposleni imao dovoljno prilika da poboljša svoj učinak.

Učinak se smatra funkcijom sposobnosti i motivacije, odnosno:

$$\text{radni učinak} = f(\text{sposobnost})(\text{motivacija}).$$

Sposobnost zavisi od obrazovanja, iskustva i obuke, a njeno poboljšanje je spor i dug proces. S druge strane, motivacija se može brzo povećati. Postoji mnogo mogućnosti, pa je moguće da neiskusni menadžer ne zna ni odakle da počne. Radi orijentacije, generalno postoji sedam strategija za motivaciju:

- pozitivna podrška/visoka očekivanja
- delotvorne disciplinske mere i kazne
- pravično postupanje sa ljudima
- zadovoljenje potreba zaposlenih
- određivanje ciljeva rada
- restrukturiranje radnih mesta
- nagrade zasnovane na radnom učinku.

7 Procena učinka zaposlenih

Procena učinka je proces kojim se ocenjuje učinak zaposlenih ponaosob, sa ciljem povećanja njihovog doprinosa dobrobiti organizacije kroz promenu načina rada ili okruženja u kome rade, ili jednog i drugog.

U svakom sistemu koji podrazumeva ljudski faktor uvek postoji neka vrsta procene učinka. Međutim, procesi imaju tendenciju da se razvijaju od neformalnih i prevashodno subjektivnih do formalnih i u sve većoj meri naučnih. Većina organizacija je uspostavila neki takav proces. Međutim, taj proces se može sprovoditi na različite načine i sa različitim stepenom zainteresovanosti, prema tipu zaposlenog i zadacima koji se izvršavaju.

Glavne ideje su prikazane na slici 3. Napominjemo da procena učinka obično predstavlja deo šireg procesa koji se naziva „upravljanje učinkom“ i koji, takođe, uključuje zajednički dogovor o očekivanjima u pogledu učinka, rutinsko davanje povratnih informacija, formalno povezivanje učinka pojedinaca sa ciljevima organizacije u celini, kao i preduzimanje mera koje proizilaze iz procene učinka.

7.1 Ciljevi procene učinka

Tokom niza godina definisane su mnoge vrste ciljeva i ne postoji opšta saglasnost o njihovoj kategorizaciji ili relativnom značaju. U nastavku je dat spisak tipičnih ciljeva.

Retrospektivna procena

- evaluacija radi nagrađivanja ili sankcionisanja pojedinca;
- uočavanje pogoršanja u radu pre nego što postane ozbiljno i preduzimanje korektivnih mera.

Poboljšanje učinka

- sagledavanje potreba za obukom i razvojem;
- podsticanje zaposlenih da unaprede sopstveni učinak.

Preraspoređivanje osoblja na zadatke

- procena potencijala za unapređenje;
- utvrđivanje zadataka koji više odgovaraju veštinama i interesovanjima zaposlenog.

Promena koncepta radne prakse

- promena koncepta radnog okruženja i procesa rada;
- uklanjanje prepreka za dobar radni učinak.

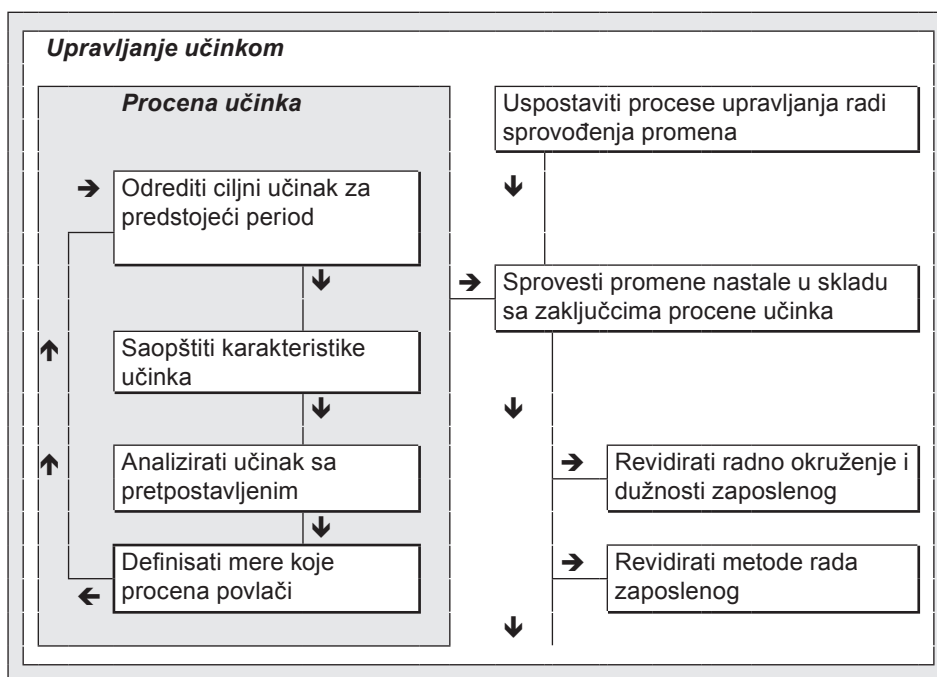
Komunikacija

- poboljšanje ličnih odnosa među zaposlenima;
- saopštavanje pritužbi;
- ublažavanje ličnih problema ili problema vezanih za posao;
- podsticanje rukovodilaca da poboljšaju rukovođenje podređenima.

Strateška pitanja

- evaluacija programa regrutovanja i razvoja osoblja;
- planiranje radne snage;
- promena metoda upravljanja proizvodnjom.

Slika 4: Glavni elementi procene učinka i upravljanja učinkom



Od navedenih kategorija, prilikom procene učinka daleko češće se koristi korigovanje zarade od relativne nagrade. Drugi uobičajeni koraci se odnose na

povratne informacije usmerene ka poboljšanju učinka zaposlenih. Relativno mali broj organizacija u potpunosti koristi potencijal za strateško planiranje i promenu koncepta radnog mesta.

7.2 Vrednost procene učinka

Procena učinka nije laka jer se odnosi na komplikovani sistem rada i ljude koji ga obavljaju. Potrebno je baviti se karakteristikama učinka (kao što je posvećenost ili okrenutost ka timu) koje su u osnovi loše definisane i dvosmislene. Ostali činioci su uglavnom neuočljivi aspekti dinamike ličnosti.

Postoji nekoliko uobičajenih grešaka prilikom osmišljavanja i korišćenja procene učinka i to:

- procenjivanje sprovodi osoblje koje očigledno ima nedovoljno kontakta da bi moglo doneti ikakav precizan sud;
- nema pokušaja da se obezbedi pouzdanost procena (tj. da procene daju iste rezultate kada ih sprovode različiti ocenjivači);
- procesi konstantno iziskuju previše vremena;
- viši menadžeri izbegavaju da se uključe u osmišljavanje i analizu;
- viši menadžeri ignorišu rezultate prilikom odlučivanja o zadacima i zaposlenima;
- ocenjivači nisu iskreni (na primer, ne daju veoma visoke ili niske ocene da bi izbegli zahteve da obrazlože svoje mišljenje, ili ne ocenjuju nepovoljno svoje prijatelje).

Uprkos poteškoćama, većina stručnjaka smatra da procena učinka predstavlja bitnu komponentu svih proizvodnih sistema, a naročito onih u kojima dominira ljudski faktor i u kojima je timski rad od ključnog značaja za uspeh. Procena učinka ne pruža menadžmentu samo informacije relevantne za povećanje doprinosa zaposlenih ponaosob (delotvornijom primenom njihovog stvarnog ili potencijalnog znanja i sposobnosti), već služi i kao sredstvo za prepoznavanje širokog spektra mogućnosti za poboljšanje procesa rada.

8 Upravljanje naknadama

Upravljanje naknadama je proces utvrđivanja odgovarajućeg stepena naknade s obzirom na stepen znanja, iskustva i vrednosti pojedinca na tržištu rada. Poenta je u tome da isplaćene zarade budu dovoljne da se zadrže dobri radnici, ali da se ne nagrade prekomerno. Zarade i naknade određuje najviše rukovodstvo ili državna agencija zadužena za zarade i naknade. Upravljanje procesom određivanja naknada u nekoj zdravstvenoj organizaciji obično je povereno organizacionoj jedinici za ljudske resurse, koja utvrđuje, prati i procenjuje naknade.

Ukupni paket zarade i naknada je važan zato što:

- privlači potencijalne kandidate za posao;
- zadržava dobre radnike;
- pomaže zdravstvenim organizacijama da ostvare konkurentsku prednost;
- motiviše zaposlene;

- uređuje zarade u okviru zakonskih propisa;
- pomaže u ostvarenju strateških ciljeva organizacije;
- jača i definiše strukturu organizacije.

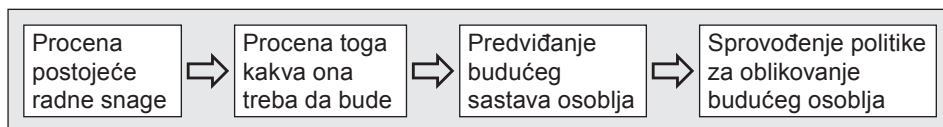
U zemljama u tranziciji, zdravstvene organizacije počinju da shvataju važnost tržišta rada zdravstvenih radnika. Novonastale privatne zdravstvene organizacije mogu biti u mogućnosti da plaćaju veće zarade, pa tako mogu da privuku bolje radnike sa slabije plaćenih radnih mesta u državnim zdravstvenim ustanovama. Teško je doći do informacija koje su neophodne za adekvatno utvrđivanje naknada. Međutim, menadžeri u zdravstvu koji uočavaju odliv kvalifikovanih lekara u druge organizacije treba da preispitaju visine naknada i uslove rada i utvrde razlog za odlaske.

Javni sektor treba da analizira i pokuša da održi konkurentnost naknada sa privatnim sektorom da bi privukao i zadržao ključno osoblje i profesije.

9 Planiranje osoblja

Planiranje osoblja podrazumeva obezbeđivanje odgovarajućeg broja lekara i drugih stručnih lica sa veštinama koje odgovaraju potrebama bolnice. Premalo lekara lako može dovesti do nedovoljnog nivoa usluga pruženih pacijentima, lošeg zdravstvenog stanja stanovništva i problema u pogledu dostupnosti. Previše lekara može lako dovesti do prekomernog pružanja usluga pacijentima, smanjene zaposlenosti osoblja praćene gubitkom veština, neefikasnih sistema upućivanja i prekoračenja troškova.

9.1 Planiranje radne snage



Nekoliko primera postizanja pravog broja zaposlenih

1 Odnos između broja lekara i pacijenata

Bazira se na propisanim domaćim ili međunarodnim odnosima. Na primer, jedan hirurrg operiše 300 pacijenata godišnje. Prevalenca hirurških stanja (ili analiza prethodnih prijema u bolnicu) daje potencijalni broj pacijenata godišnje. Ako u nekoj određenoj oblasti ima 1000 novih pacijenata godišnje, postoji potreba za 3,3 hirurga.

Odnos broja lekara i pacijenata se lako koristi, ali su potrebni pouzdani podaci o prevalenci i/ili iskorišćenosti.

2 Poređenje sa reperom¹ Podrazumeva procenu raspoložive radne snage.	
Pokazatelji nedostatka radne snage	Pokazatelji prekomernog broja raspoložive radne snage
Broj lekara ispod nacionalnog proseka	Broj lekara daleko iznad nacionalnog proseka
Nedovoljno pružanje usluga i nezadovoljene potrebe	Pad prosečnog broja pacijenata po zdravstvenom radniku
Duga čekanja za posete lekaru ili za zakazivanje pregleda specijaliste	Prekomerno pružanje usluga – utvrđeno poređenjem stopa prijema/lečenja/zahvata
Prekomerani obim posla lekara (previše sati nedeljno ili previše pacijenata za pregled u ambulantama)	Smanjeni obim posla - utvrđen brojem pregledanih pacijenata u odnosu na normu
Visok nivo nezadovoljstva (kod osoblja i korisnika) izmeren anketom	Nedovoljni protok pacijenata da bi se održale kliničke veštine, npr. premalo hirurških zahvata po hirurgu, ili samo jedan isti zahvat koji se redovno obavlja
Dugoročno nepopunjena radna mesta u određenim oblastima po grupama osoblja, oblasti specijalizacije ili lokaciji	Porast broja lekara u poređenju sa ukupnim porastom broja pacijenata ili stanovništva, npr. nepromenjen broj stanovništva, ali sve veći broj lekara ili zdravstvenih radnika

3 Budući broj lekara na osnovu procene morbiditeta za datu oblast specijalizacije										
Sadašnje stanovništvo	X	Faktor rasta broja stanovnika	X	Procenjena stopa prevalencije ili prijema u bolnicu	=	Broj budućih pacijenata	X	Koeficijent broja lekara prema broju pacijenata	=	Procena budućeg broja lekara

4 Broj budućih prijema i postelja u odnosu na broj zaposlenih					
Sadašnji prijemi u bolnicu	Budući prijemi na osnovu prethodnih obrazaca i procene promena	Procena smanjenja dužine boravka za određene oblasti specijalizacije	Procenjeni odnos potrebnih postelja/dana (Broj pacijenata x buduća prosečna dužina boravka)	Broj postelja ili pacijenata (korigovan za stepen zauzetosti)	Broj zaposlenih na osnovu broja postelja, radnih sati, odnosa broja zaposlenih i pacijenata

¹ Eng. Benchmarking (prim. prev.)

5 Potreban broj medicinskih sestara na osnovu odnosa broja sestara i broja pacijenata, kao i na osnovu potrebnog osoblja tokom 24 sata

Broj medicinskih sestara na kliničkim odeljenjima.

- 1 Utvrditi odnos (recimo, jedna medicinska sestra na pet pacijenata – 1:5).
- 2 Broj zaposlenih za odeljenje od 20 postelja.
- 3 Pregled po smenama:
7:00 – 14:00 4 sestre
13:00 – 22:00 4 sestre
21:00 – 8:00 2 sestre.
(Preklapanje vremena za predaju dužnosti i upoznavanje sa stanjem pacijenata.)
- 4 Potreba za odeljenje od 20 postelja – **12 sestara dnevno**. Predvideti odsustva, bolest, raspored smena itd. Procenjen broj za ovu konkretnu oblast - **ukupno 15 sestara**.
- 5 Slediti istu proceduru za sve kliničke oblasti (odnos broja medicinskih sestara i pacijenata može biti različit na nekim odeljenjima).
- 6 Sabrati da bi se dobio ukupan predviđeni broj sestara za odeljenje/kliničku oblast za tu ustanovu.

Vežba

Koristite raspoložive podatke o bolničkim aktivnostima i stanju ljudskih resursa u vašoj bolnici tokom poslednjih 3–5 godina, (bolnički godišnji statistički izveštaji i dr.), za razmatranje sledećih pitanja:

- prednosti i nedostaci upravljanja ljudskim resursima u vašoj bolnici u pogledu regrutovanja, obezbeđenja potrebnog osoblja, obuke i razvoja ljudskih resursa, upravljanja učinkom i upravljanja naknadama;
- trenutno stanje bolničkog osoblja: koja vrsta specijalista ili stručnog osoblja nedostaje? Na kom nivou?
- utvrdite sadašnje potrebe za ljudskim resursima, predvidite potrebe za budućim ljudskim resursima u bolnici na osnovu obrazaca bolesti u bolnici, veličine bolnice, drugih činilaca kao što je politika, zakon itd.;

izradite nacrt ciljeva, strategija i rešenja za upravljanje ljudskim resursima u bolnici za naredni period (3–5 godina); obuhvatite regrutovanje, obuku, upravljanje učinkom, nakande itd. (npr. glavni prioriteti osoblja; sredstva za regrutovanje itd.).

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Sonja Novak

Konsultant

Literatura

- Cameron E, Green M (2004). *Making sense of change management: a complete guide to the models, tools and techniques of organizational change*. Kogan Page, NJ
- Fottler MD, Hernandez SR, Joiner CL (1994). *Strategic Management of Human Resources*. 2nd ed. Delmar Publishers, Albany, NY
- Hersey PH, Blanchard KH, Johnson DE (2007). *Management of Organizational Behaviour*. 9th ed. Prentice-Hall: Upper Saddle River, NJ
- Longest JBB, Rakich JS, Darr K (2004). *Managing Health Service Organization and Systems*. 4th edition: Health Professions Press, Baltimore
- Martin J (2002). *Organisational Behaviour*. 2nd ed; Thomson Learning ISBN-86152-583-4
- Northhouse, PG (2004). *Leadership, Theory and Practice*, Sage, London
- Peck, E (2005). *Organisational Development in Healthcare*, Radcliffe, Oxford
- Schuler RS, Huber VL (1994). *Personnel and Human Resource Management* 5th ed. West Publishing Company, New York
- Shortell SM, Kaluzny AD (2002). *Health Care Management: Organization Design and Behaviour*. 5th ed. Delmar Publishers, Albany NY
- Ten Have S, Stevens F, Van der Elst M (2003). *Key Management Models*. Prentice Hall, Harlow

Članci, vodiči i priručnici

- Dewdney J (2001). *WPRO/RTC health workforce planning workbook*. University of New South Wales, Sydney.
http://hrhtoolkit.forumone.com/planania/mstr_planania_workbook.pdf.
- Harvard Business School (2004). *Harvard Business Essentials: Managers Toolkit*. Harvard Business School Publishing Corp. ISBN1-59139-289-6
- Hornby P (2004). *HR requirements and supply projection model*. WHO Geneva. Updated version.
- Hornby P (2002). The implications of health sector reform for human resource development. Bulletin of WHO, Geneva.
- Human Resource Management (HRM) rapid assessment tool for NGOs and public sector health organizations* (2003). Management Sciences for Health, Boston.
- Martineau T, Buchan J (2000). Human resources and the success of health sector reform. *Human Resources for Health Development Journal* 4(3).
- WHO. A toolkit for human resources. Geneva, on computer disks and continually updated.

LJUDSKI RESURSI ZA ZDRAVLJE I PLANIRANJE

Piter Hornbi

Milena Šantrić-Milićević

1 Uvod

Instrumenti i tehnike za planiranje ljudskih resursa za zdravlje (*human resources for health*, SZO 2006) značajno su se promenili u poslednjih pedeset godina. Do promena je došlo zahvaljujući sve većoj svesti o značaju strateškog planiranja zdravstvenog kadra, kao i usled rastućeg javnog i političkog pritiska da se pruži više usluga boljeg kvaliteta, u uslovima ograničenih finansijskih resursa.

Tokom pedesetih i šezdesetih godina prošlog veka, većina zdravstvenih službi (razvijenih ili u razvoju) bila je u fazi širenja. Bolnice su imale centralnu ulogu u zdravstvenim sistemima, koji su bili prevashodno usmereni na obezbeđivanje zdravstvenih stručnjaka. Uopšteno govoreći, privatna praksa je predstavljala samo mali deo sistema zdravstvene zaštite izuzev u pojedinim zemljama. Planiranje ljudskih resursa za zdravlje svodilo se na povećanje broja zdravstvenih stručnjaka i, gde je bilo moguće, prošireni su obrazovni kapaciteti. Širenje se uglavnom odnosilo na postojeće discipline i uloge zdravstvenih stručnjaka, mada su mnoge zemlje u razvoju pribegle praksi sprovođenja kraćih obuka kako bi, što je moguće brže, povećale broj osoblja. Planiranje ljudskih resursa smatralo se manje značajnim aspektom planiranja, a broj stručnjaka za planiranje ljudskih resursa bio je ograničen.

U suštini, celokupno planiranje svodilo se na zadovoljavanje kratkoročnih potreba i najčešće se zasnivalo na (normativnom) odnosu broja stanovnika i zdravstvenog kadra, koji je bio i polazna tačka za utvrđivanje budućih potreba za kadrom. Smatralo se da je planiranje tema kojom prevashodno treba da se bave obrazovne institucije i kadrovske službe u ministarstvima zdravlja. Za planiranje ljudskih resursa za zdravlje korišćeni su postojeći ili tradicionalni kadrovski standardi ili norme, uz kratkoročna (taktička) prilagođavanja usluga i/ili osoblja koje pruža te usluge, u cilju prevazilaženja kriznih situacija vezanih za usluge ili osoblje, onako kako su iskrsavale. Često je alokacija kadra bila uslovljena veličinom i ulogom date ustanove, a ne obimom i vrstom usluga koje obezbeđuje.

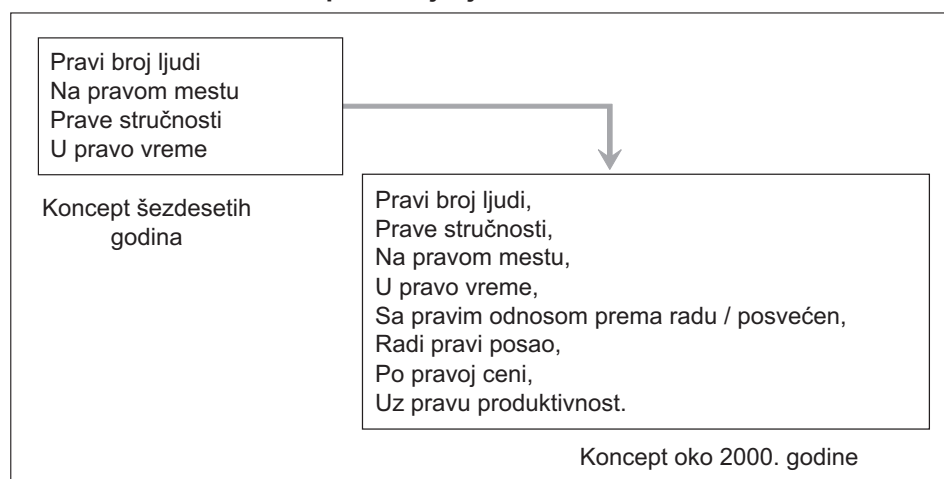
Sedamdesetih godina prošlog veka situacija počinje da se menja, da bi se tokom narednih četrdeset godina ceo koncept planiranja ljudskih resursa promenio od prvobitnog mehanicističkog pristupa, aktuelnog šezdesetih godina dvadesetog veka, do savremenog pristupa koji karakterišu najrazličitiji zahtevi i očekivanja od zdravstvenih stručnjaka i stručnjaka za planiranje ljudskih resursa.

Pored toga, većina zdravstvenih sistema koji su finansirani iz javnih izvora, suočava se sa nedostatkom sredstava potrebnih da se zadovolje uočene potrebe stanovništva. Lokalne i nacionalne vlasti nastoje da reše ovaj problem na različite načine, preduzimanjem mera kao što su: ograničenje ponude obrazovanja

i obuke, lekova, smanjenje broja kadra i sl. Međutim, suština problema jesu troškovi radne snage koji, u većini sistema zdravstvene zaštite, predstavljaju 60–80% godišnjih rashoda za zdravstvenu zaštitu. Prema tome, ključno pitanje za sve nivoje vlasti jeste kako smanjiti troškove, a održati ili unaprediti kvalitet usluga. Nalaženje odgovora na ovo pitanje je jedan od novih zahteva sa kojima se odgovorni za planiranje ljudskih resursa suočavaju. Tradicionalni način planiranja ljudskih resursa u kom se nedovoljno pažnje obraćalo na troškove ili efikasnost zamenjen je novim načinom planiranja u kome su broj, sastav i kvalifikacije kadra u centru pažnje.

Ova promena predstavljena je na slici 1 u nastavku.

Slika 1: Promena načina planiranja ljudskih resursa u zdravstvu



2 Planiranje i organizacija ljudskih resursa

Uprkos promeni svrhe, u mnogim zemljama planiranje je i dalje zasnovano na demografskim promenama i usmereno na kratkoročne ciljeve. Takav pristup odgovara donosiocima odluka kada je njihov mandat za planiranje suviše kratak za sveobuhvatan pristup složenom pitanju planiranja resursa, budući da je najjednostavniji, najjeftiniji i najbrži način planiranja ljudskih resursa.

Kada je Srbija 2001. godine ušla u prvu fazu ekonomske reforme, naporima reformске Vlade definisana je vizija sistema zdravstvene zaštite Republike Srbije u trećem milenijumu [*Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2003*]. U skladu sa vizijom i akcionim planom koji je iz nje proizašao, izrađen je Nacrt strategije upravljanja ljudskim resursima, kao rezultat saradnje Ministarstva zdravlja Republike Srbije i Svetske banke, u okviru projekata usmerenih na reformu zdravstvenih usluga i finansiranja zdravstvenog sistema, i bio je usklađen sa ciljevima rekonstruisanih zdravstvenih ustanova i kapaciteta.

Planiranje ljudskih resursa u sistemu zdravstvene zaštite bilo je zasnovano na potrebi za restrukturiranjem mreže pružalaca zdravstvenih usluga i usaglašavanjem sa međunarodnim standardima. Uvedeni su novi standardi

i norme koji se odnose na zdravstveni kadar [*Zakon o zdravstvenoj zaštiti 2005. i Pravilnici 2006a i 2006b*] i promenjeni kriterijumi za odobravanje medicinskih specijalizacija, u smislu davanja saglasnosti Ministarstva zdravlja Republike Srbije o broju kandidata. Nakon toga, izvršena je racionalizacija kadra u zdravstvenim ustanovama 2005. i 2006. godine; ukinuta je mogućnost volonterskih medicinskih specijalizacija i uspostavljen niz restriktivnih kriterijuma za odobravanje medicinskih specijalizacija. U Srbiji se i dalje izrađuju godišnji planovi kadra prema definisanim kadrovskim standardima i normativima.

U Republici Srbiji postoji mnogo zainteresovanih za proces planiranja zdravstvenog kadra. Ključne interesne grupe su: Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo prosvete, Republički zavod za zdravstveno osiguranje i Ministarstvo finansija. Formalno, Ministarstvo zdravlja i novoosnovani Zdravstveni savet Srbije nadležni su za planiranje ljudskih resursa u zdravstvu. Zakonodavnu i regulatornu ulogu imaju Ministarstvo zdravlja, Narodna skupština i Vlada Republike Srbije.

Za generisanje zdravstvenog kadra sa diplomom zdravstvene struke na univerzitetskom nivou nadležno je Ministarstvo prosvete i fakulteti zdravstvene struke, dok je upis na specijalističke studije pod kontrolom Ministarstva zdravlja. Pružanje zdravstvenih usluga i obezbeđenost kadra u ustanovama u Planu mreže zdravstvenih ustanova u javnom sektoru sistema zdravstvene zaštite ugovora se sa Republičkim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Na nacionalnom nivou postoji više različitih i međusobno nezavisnih baza podataka o ljudskim resursima u zdravstvu. Ovo je važna napomena koju treba imati u vidu kada se porede podaci o zdravstvenim radnicima preuzeti iz različitih baza podataka. Kada je reč o efektivnom korišćenju podataka i izvođenju zaključaka s ciljem planiranja ljudskih resursa, treba uzeti u obzir prednosti i ograničenja baze iz koje se podaci koriste i kombinuju [*Šantrić-Milićević 2010*]. Zavod za zdravstveno osiguranje ima baze podataka o broju sklopljenih ugovora po zdravstvenoj instituciji, pri čemu raspolaže i posebnim mehanizmom koji omogućava registrovanje „neugovorenog“ osoblja na godišnjoj osnovi. Od 2008. godine, komore zdravstvenih radnika imaju podatke o broju licenciranih zdravstvenih radnika koji žele, odnosno rade kao neposredni pružaoci zdravstvenih usluga. Od 2000. godine dostupni su podaci o broju nezaposlenih zdravstvenih radnika koji traže posao preko Nacionalne službe za zapošljavanje. Krajem osamdesetih godina, sa legalizovanjem privatne prakse u zdravstvenom sektoru (1987. godine za stomatologiju i od 1989. godine za ostale zdravstvene profesije na osnovu Zakona o ličnom radu), i zdravstveni radnici zaposleni u privatnom sektoru registruju se u Agenciji za privredne registre Srbije. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ trenutno ima dve baze: jednu koja postoji od Drugog svetskog rata (najveći deo je u pisanoj formi) [*Šantrić-Milićević, Simić 2009*], i drugu, elektronsku bazu iz 2004. godine – registar zdravstvenih radnika zaposlenih u zdravstvenim ustanovama prema Planu mreže zdravstvenih ustanova, koja od 2008. godine beleži i zdravstvene radnike zaposlene u privatnom sektoru. Nema zvaničnih izveštaja o broju zdravstvenih radnika (na nacionalnom nivou) koji su se penzionisali, migrirali ili umrli, ali je neke od tih podataka moguće dobiti na zahtev.

Na osnovu svega navedenog, može se zaključiti da će za postizanje veće koherentnosti u korišćenju potencijala radne snage u sve složenijoj oblasti pružanja zdravstvenih usluga biti neophodna izuzetna sposobnost koordinacije. Sve izraženiji zahtevi za novim tehnologijama, većom efikasnošću i uštedom, kao i sve veća očekivanja javnosti, ukazuju na potrebu za sveobuhvatnijim pristupom planiranju, što podrazumeva uključivanje celog zdravstvenog sektora i sprovođenje aktivnosti usmerenih na zadovoljavanje kratkoročnih potreba i postizanje dugoročnih ciljeva. Na kraju, potrebno je oformiti jaku jedinicu pri Ministarstvu zdravlja sa dobro obučanim osobljem. U idealnim uslovima, jedinica bi trebalo da se sastoji od stručnjakâ za planiranje ljudskih resursa u zdravstvu (npr. specijalista socijalne medicine), statističarâ, stručnjakâ iz oblasti društvenih nauka, uključujući stručnjake za ljudske resurse u zdravstvu, analitičarâ sistema i bihevioralnih naučnika, kao i stručnjakâ za informacione tehnologije, kako bi se omogućilo da ta jedinica funkcioniše kao politička jedinica, a ne kao izvršni organ. Aktivnosti koje bi jedinica za ljudske resurse u zdravstvu obavljala su:

1. Upravljanje procesom izrade dugoročnih, srednjoročnih i godišnjih planova ljudskih resursa u zdravstvu.
2. Obezbeđivanje tehničke podrške u izradi planova ljudskih resursa za zdravlje.
3. Koordinacija planova i aktivnosti planiranja ljudskih resursa sa radom stručnjaka za planiranje zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga, uključujući planiranje obrazovanja i obuke.
4. Istraživanje ili organizacija istraživanja o upravljanju, obrazovanju i učinku ljudskih resursa u zdravstvu i njihovoj raspoređenosti.
5. Razvijanje političkih rešenja u vezi sa ljudskim resursima za zdravlje, s ciljem da se pomogne ostvarivanje opštih i specifičnih ciljeva koji se odnose na zdravlje populacije, zdravstvene usluge i ljudske resurse za zdravlje.
6. Obezbeđivanje informacija i saveta donosiocima odluka o pitanjima koja se odnose na ljudske resurse za zdravlje.
7. Utvrđivanje potreba za obukom, odn. vrste i obima potrebnih obuka.
8. Praćenje učinka u oblasti ljudskih resursa i upravljanja ljudskim resursima za zdravlje.
9. Razvijanje standarda koji se odnose na upravljanje i planiranje ljudskih resursa za zdravlje.
10. Održavanje mreže, tj. koordinacija i komunikacija sa odgovarajućim sektorima u drugim relevantnim ministarstvima i institucijama.
11. Obezbeđivanje dostupne baze podataka o ljudskim resursima za zdravlje.

Jedinica za ljudske resurse trebalo bi i da definiše potrebe za obukom i da planira aktivnosti obuke. Imajući to u vidu, potrebno je da, u saradnji sa jedinicom nadležnom za organizaciju obuka, ima ulogu koordinatora ili kontrole.

Pomenuta aktivnost planiranja neizostavno podrazumeva istraživanje velikog broja novih ili prilagođenih politika ljudskih resursa, kako bi ciljevi Ministarstava koji se odnose na regrutovanje, zapošljavanje, obuku, korišćenje i mobilizaciju kadra bili postignuti. Sprovođenje ovih aktivnosti zahteva saradnju sa političkom

jedinicom na visokom nivou, koja može da bude u okviru kabineta Ministra ili kancelarije visokog rukovodstva. S obzirom na to da se pitanja politike kojima se bavi jedinica za planiranje ljudskih resursa razlikuje od pitanja kojima se bavi jedinica za zdravstvenu politiku, između te dve jedinice ne treba da postoji hijerarhijska linija komande.

Jedinica za planiranje ljudskih resursa za zdravlje treba da prikuplja informacije za svoje aktivnosti iz različitih izvora, kao i da sprovodi specifična istraživanja u tu svrhu. Pored toga, jedinica treba da dobija informacije od jedinice za upravljanje informacijama ili jedinice za informacione tehnologije, ukoliko takva jedinica postoji. Trebalo bi i da ima mogućnost da utiče na vrstu informacija koje se prikupljaju, kao i na način njihove obrade.

Jedinica za planiranje ljudskih resursa za zdravlje bila bi odgovorna za obezbeđivanje i diseminaciju informacija o ljudskim resursima. Dakle, trebalo bi da raspolaze opštim informacijama o ljudskim resursima u zdravstvu, dok bi lični podaci zaposlenih bili u bazi podataka kadrovske službe. Iz tog razloga, jedinica bi trebalo da raspolaze softverom za obradu podataka koji bi omogućio da se podaci dobijeni iz kadrovske službe i jedinice za upravljanje informacijama pretoče u informacije o ljudskim resursima u zdravstvu.

Jedinica za planiranje ljudskih resursa bi, u izvesnoj meri, bila odgovorna i za osiguravanje sprovođenja planova i politika čiju izradu je inicirala. Takva uloga bi zahtevala neke formalne veze sa delom upravljačke strukture operativnih službi, nadležnim za menadžment i razvoj. Iako takav odnos, uopšteno govoreći, ne podrazumeva hijerarhijsku liniju komande, ipak se podrazumeva da ta jedinica treba da bude dovoljno uticajna da bi ostale jedinice postupale prema njenim savetima i smernicama.

Na kraju, jedinica za planiranje ljudskih resursa za zdravlje trebalo bi da ima direktne, operativne veze sa drugim ministarstvima i institucijama koje imaju uticaja na menadžment i planiranje ljudskih resursa u sektoru zdravstvene zaštite. U tom smislu, najznačajnija je Kadrovska komisija ili ekvivalentno telo i Ministarstvo finansija. Jedinica za planiranje ljudskih resursa trebalo bi da predstavlja Ministarstvo zdravlja u pitanjima koja se tiču ljudskih resursa, zajedno sa drugim relevantnim ustanovama, uključujući profesionalna udruženja.

3 Okvir planiranja ljudskih resursa u zdravstvu

Postoji više tradicionalnih metoda utvrđivanja potreba za zdravstvenim kadrom, poznatih kao: odnos broja stanovništva i zdravstvenog kadra, zatim procena zdravstvenih ciljeva/potreba stanovnika, procena potreba za kadrom u zdravstvenim ustanovama i procena potražnje zdravstvenih usluga. Iako detaljan opis pomenutih modela nije predmet ovog teksta, treba napomenuti da se mnoge zdravstvene ustanove koje koriste neki od pomenutih metoda u cilju obezbeđivanja osnovnih informacija potrebnih za planiranje, oslanjaju na subjektivnu procenu i prethodna iskustva.

U mnogim zdravstvenim ustanovama u zemljama u razvoju na distribuciju postojećeg osoblja uticala je prethodna usredsređenost na određeni kadar ili

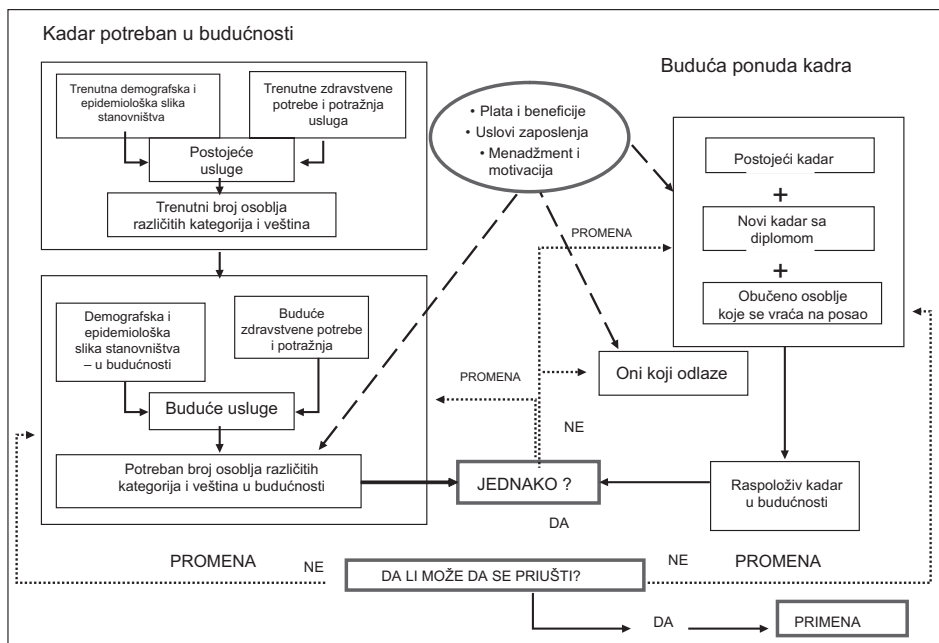
osoblje, kao i potreba da se brzo uveća broj osoblja. Forsiranje zahteva da se brzo produkuje neophodan kadar u mnogo slučajeva je dovelo do disproporcije broja nekvalifikovanog ili polukvalifikovanog osoblja, čije su mogućnosti za usavršavanje ograničene, i broja sve potrebnijeg visokostručnog osoblja.

S druge strane, u slučajevima kada je zdravstvena služba bila prevashodno orijentisana na obezbeđivanje lekara specijalista, dešavalo se da broj lekara specijalista uveliko nadmaši broj pomoćnog medicinskog osoblja. Pored toga, u mnogim zemljama u razvoju, obezbeđivanje dodatnog obrazovanja i obuke visokokvalifikovanom osoblju dovelo je do problema obezbeđivanja kadra u „perifernim“ zdravstvenim ustanovama, budući da novi, visokokvalifikovani kadar ne želi da radi u udaljenim krajevima. Kao rezultat svega pomenutog, nejednakost u distribuciji zdravstvenog kadra postala je veća.

Na osnovu podataka u Zdravstveno-statističkom godišnjaku Republike Srbije iz 2005. i iz 2007. godine, može se zaključiti da je zdravstveni kadar neravnomerno raspoređen i da se situacija nije značajno menjala poslednjih godina. Na primer, najniža stopa obezbeđenosti stanovništva lekarima – 151 lekar na 100.000 stanovnika – zabeležena je u Sremskom okrugu, na severu zemlje, a najviša – 437 lekara na 100.000 stanovnika – u Niškom okrugu, na jugu. Slično variraju stope obezbeđenosti stanovništva farmaceutima: najviše su u Beogradskom okrugu – 41 farmaceut na 100.000 stanovnika, a najniže u Topličkom okrugu – 8 farmaceuta na 100.000 stanovnika. Pri planiranju ljudskih resursa u zdravstvu potrebno je imati na umu neujednačenosti prisutne u „polaznoj“ godini i nastojati da se one otklone u budućnosti [Šantrić-Milićević 2010].

Iako se tokom pripreme za planiranje ljudskih resursa ima u vidu pitanje distribucije kadra, ono se često izgubi iz vida u toku implementacije, usled nedostatka odgovarajuće politike. Proces planiranja ljudskih resursa u zdravstvu čije su osnove predstavljene na slici 2 u nastavku teksta, ukazuje na potrebu za političkom intervencijom u procesu planiranja.

Slika 2: Planiranje ljudskih resursa u zdravstvu



Iza očigledne jednostavnosti dijagrama kriju se mnoga složena pitanja koja treba rešiti kako bi se adekvatno procenila ponuda i potražnja ljudskih resursa za zdravlje, ne samo u bliskoj, već i u daljoj budućnosti.

4 Utvrđivanje budućih zahteva za zdravstvenim kadrom

Potrebe za zdravstvenim kadrom se stalno menjaju, a na njih utiču promene u demografskoj strukturi. Na slici 3 prikazan je spektar varijabli koje treba imati u vidu.

Jasno je da sve varijable nisu direktno merljive, kao na primer:

- demografske promene
- očekivanja i potrebe javnosti
- tehnološke promene
- obezbeđenost usluga.

Slika 3: Faktori koji utiču na buduće potrebe za ljudskim resursima u zdravstvu



Potrebno je doneti odluke u vezi sa ovim i drugim varijablama. Iako se čini da je buduće potrebe jednostavno predvideti, to nije tako u praksi. Međutim, danas su dostupni kompjuterizovani modeli za predviđanje koji omogućavaju brzo ispitivanje budućih potreba i koji obuhvataju varijable prikazane na dijagramu. Takve modele za predviđanje razvili su Razvojni program Ujedinjenih nacija (UNDP) i Agencija SAD za međunarodni razvoj (USAID); međutim, najbolji poznati model jeste onaj koji je razvila Svetska zdravstvena organizacija (SZO), a koji je dostupan besplatno. Ovaj model omogućava predviđanje ponude i potražnje ljudskih resursa u prethodno definisanom finansijskom okviru. On nudi niz outputa za period za koji se vrši predviđanje kao što su broj i obim usluga koje obezbeđuju različite javne i privatne zdravstvene institucije u zemlji.

Moguće je dobiti veći broj scenarija budućnosti, što, dalje, omogućava ispitivanje različitih pretpostavki u vezi sa budućom situacijom u zemlji. Ovaj instrument takođe obezbeđuje okvir za godišnju reviziju planiranja, kako bi se uzele u obzir promene do kojih može doći u ponudi i potražnji ljudskih resursa. Takve promene mogu nastati kao rezultat ponovne procene radnog opterećenja i distribucije kadra, korišćenjem instrumenata kao što je WISN² instrument (procena potreba za kadrom prema indikatorima rada, tj. količini i vrsti posla), opisan u nastavku teksta.

² WISN – Work Indicators of Staffing Needs (prim. prev.)

5 Procena potreba za kadrom na osnovu radnog opterećenja

U mnogim zdravstvenim sistemima potrebe za kadrom utvrđuju se na tradicionalan način. Često se broj kadra usklađuje sa veličinom ustanove, nezavisno od obima posla koji se u njoj obavlja. Uvođenjem promena u zdravstvene sisteme u smislu efikasnijeg korišćenja kadra, pažnja je sve više usmerena na usklađivanje broja osoblja sa količinom i vrstom posla koji se obavlja.

Ove promene dovele su do uvođenja raznih *metoda procene rada*, tj. količine i vrste posla, sličnih onima koje se koriste u komercijalnim organizacijama. Takve metode podrazumevaju definisanje aktivnosti osoblja, nakon čega se određuje koliko vremena je potrebno za sprovođenje tih aktivnosti, a da pri tom budu zadovoljeni profesionalni standardi, a na kraju se definiše obim aktivnosti koje treba sprovesti. Na osnovu toga se izvodi direktna procena potreba za kadrom na lokalnom i nacionalnom nivou.

Postoji više *metoda procene rada*, tj. količine i vrste posla:

- Direktno posmatranje osoblja iste kategorije u ekvivalentnim radnim okruženjima. Ovaj metod zahteva dosta vremena i novca, ali je pouzdan.
- Dnevnici ili evidencija aktivnosti i vremena potrebnog za njihovo sprovođenje – u određenom vremenskom periodu. Ovaj metod je najpogodniji kada je reč o složenim poslovima koji prevashodno zahtevaju menadžerske veštine (a ne fizičke). Ovde se postavlja pitanje tačnosti/pouzdanosti podataka, jer nema direktne kontrole nad onim što se u dnevnik/registar upisuje.
- Specifični upitnici za osoblje iste kategorije u ekvivalentnim radnim okruženjima, koje popunjavaju zaposleni i nadređeni. Popunjavanje upitnika može biti zamorno. Pored toga, njihova informativna vrednost je ograničena.
- Intervjui sa osobljem i njihovim „nadzornicima“, sa ciljem definisanja aktivnosti i načina podele posla među osobljem koje te aktivnosti obavlja. Organizacija intervjuva zahteva dosta vremena, ali se, u cilju uštede vremena i većeg obuhvata, mogu izvoditi u grupama.
- Korišćenje ekspertskog mišljenja.

Okolnosti u kojima se istraživanje sprovodi utičaće na izbor pristupa. Postoji dovoljno informacija, dobro dokumentovan opis metoda, slučajeva i formula za procenu potreba za kadrom, koje je moguće prilagoditi potrebama u Srbiji. Ranije se većina istraživanja u cilju utvrđivanja potreba za kadrom zasnivala na statističkim podacima. Međutim, došlo je do promene pa se sada statistički podaci koriste u kombinaciji sa ekspertskim mišljenjem, što je, uopšteno govoreći, znatno prihvatljivije za one na koje se istraživanje odnosi, tj. zaposlene.

6 WISN metod (procena potreba za kadrom prema indikatorima rada, tj. količini i vrsti posla)

U mnogim zdravstvenim sistemima, distribucija osoblja u skladu sa količinom posla je politički problematična u smislu da je teško dobiti saglasnost osoblja za promenu postojeće prakse, a istovremeno je operativno komplikovana, jer mnogi specifični podaci koji su potrebni nisu lako dostupni. U cilju prevazilaženja ovih prepreka, osamdesetih godina prošlog veka razvijen je jednostavniji pristup sa značajno smanjenim brojem neophodnih podataka, koji može da koristi i lokalno osoblje, a ne nužno za to specijalizovan analitičar. Ovaj metod je poznat kao WISN metod. Priručnik za WISN metod dostupan je na internet stranici Svetske zdravstvene organizacije u Ženevi. Hornbi, Namaganda i Nazlioglu izradili su 2009. godine ažurirane verzije (nacрте) za Svetsku zdravstvenu organizaciju.

WISN metod podrazumeva korišćenje kombinacije ekspertske procene i statističkih podataka o zdravstvenim uslugama za postavljanje osnove za određivanje kadrovskih potreba. Na osnovu podatka o uslugama dobija se uvid u to koju količinu posla obavljaju različite kategorije kadra – kao pojedinci ili u timovima (npr. hirurški timovi). Eksperti koji daju mišljenje imaju dva zadatka: 1) da identifikuju ključne grupe aktivnosti koje jedan zdravstveni radnik obavlja i 2) da procene koliko vremena je potrebno za obavljanje tih grupa aktivnosti.

Potrebna ekspertiza podrazumeva iskustvo u obavljanju date usluge, kao i radno iskustvo u okruženju u kom se data usluga obezbeđuje. Naravno, različiti *eksperti* imaju različita mišljenja o tome kako treba grupisati aktivnosti u cilju najboljeg definisanja izvora i prirode posla, kao i o tome koliko vremena je potrebno da se taj posao obavi.

Iako različita viđenja mogu dovesti do određenih nedoumica i, u nekim slučajevima, pogrešne procene potrebnog vremena, ona ne predstavljaju veliki problem za određivanje količine posla, a time i potrebnog kadra. Glavni razlog *netačnosti* najčešće je nepostojanje statističkih podataka ili pogrešni podaci u vezi sa datom uslugom, koji se koriste sa definisanje količine posla na samom početku.

Bez obzira na sve to, u poređenju sa drugim metodima, WISN metod je prihvatljiviji za menadžere na svim nivoima jer je:

- *jednostavan za rad*, budući da se koriste već sakupljeni i dostupni podaci;
- *jednostavan za korišćenje*, pa rezultati mogu da pomognu u odlučivanju u vezi sa kadrom na svim nivoima zdravstvene zaštite;
- *tehnički prihvatljiv*, kako bi menadžeri u sistemu zdravstvene zaštite bili spremni da koriste rezultate za donošenje odluka;
- *razumljiv*, tako da su rezultati razumljivi i prihvatljivi i menadžerima koji nisu u zdravstvenoj struci, npr. menadžerima u oblasti finansija, planiranja i administracije;
- *realan*, tako da rezultati obezbeđuju jasne ciljeve za finansiranje i alokaciju resursa.

Ove karakteristike mogu biti dovoljne da podstaknu menadžere i osoblje na svim nivoima da počnu da se bave pitanjem učinka i produktivnosti kadra. Primer korišćenja ovog metoda u konkretnoj državnoj zdravstvenoj ustanovi prikazan je na slici 4 u nastavku.

Slika 4: Primer WISN metoda: utvrđivanje potrebnog kadra (pomoćnika farmaceuta) prema indikatorima rada, tj. količine i vrste posla u ustanovama primarne zdravstvene zaštite

OSNOVNI ZADACI POMOĆNIKA FARMACEUTA U PZZ I PROCENJENO VREME POTREBNO ZA IZVRŠAVANJE OSNOVNIH ZADATAKA: 1. Priprema lekove prema receptu: 6 minuta po receptu 2. Naručuje zalihe: 4 sata mesečno 3. Proverava zalihe: 30 minuta nedeljno 4. Čisti apoteku: 15 minuta dnevno 5. Ima pauzu za ručak: 1 sat dnevno IZRAČUNAVANJE STANDARDA RADNOG OPTEREĆENJA pomoćnika farmaceuta koji radi 40 nedelja godišnje i 40 sati nedeljno: Raspoloživo radno vreme: $40 \times 40 = 1.600$ sati godišnje Standard aktivnosti: 6 minuta po receptu = 0,1 sat po receptu Standard radnog opterećenja: $1.600 / 0,1 = 16.000$ recepata godišnje
IZRAČUNAVANJE POTREBNOG BROJA POMOĆNIKA FARMACEUTA U PZZ PREMA AKTUELNOM RADNOM OPTEREĆENJU 1. Ukoliko apotekar ima 50 recepata dnevno, 5 dana nedeljno i 40 radnih sati nedeljno: Osnovno radno opterećenje = $50 \times 5 \times 40 / 16.000 = 0,63$ FTE³ + Dodaje se korigovano radno opterećenje kada postoji zahtev za dodatnim radom: A. <u>Korekcija standarda kategorijama</u> 2. Naručivanje zaliha = $4 \text{ sata} \times 12 \text{ meseci} = 48 \text{ sati godišnje} = 48 \times 100 / 1600 = 3\%$ 3. Provera zaliha = $0,5 \times 52 \text{ nedelje} = 26 \text{ sati godišnje} = 26 \times 100 / 1600 = 1,6\%$ 4. Čišćenje apoteke = $0,25 \times 100 \text{ sata} / 8 \text{ sati rada dnevno} = 3,1\%$ Ukupna korekcija (2–4) = 7,7 % Množitelj korekcije = $1 / (1 - 7,7 / 100) = 1 / 0,92 = 1,065$ Sa korekcijama, modifikovani zahtev = $0,63 \times 1,07 = 0,68$ FTE B. <u>Individualna korekcija za osoblje, na primer</u> 5. Pauza za ručak = $1 \text{ sat} \times 5 \text{ dana} \times 40 \text{ radnih sati} / 1.600 = 0,15$ FTE KONAČNI, KORIGOVANI ZAHTEV = $0,68 + 0,15 = 0,83$ FTE ZAKLJUČAK Međutim, puno radno vreme pomoćnika farmaceuta je samo 40 nedelja (uzevši u obzir praznike i sl.). Dakle, za rad apoteke – 52 nedelje godišnje – potreban je $52 / 40 \times 0,83 = 1,1$ pomoćnik farmaceuta koji bi, u proseku, popunjavao 50 recepata dnevno na godišnjem nivou.

Ovaj primer se odnosi na farmaceutske usluge u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i specifičan je za zemlju iz koje potiče. Proračun je sažeto prikazan, a detaljnija objašnjenja mogu se naći u literaturi navedenoj na kraju

3 FTE (Eng. full-time equivalent) je *ekvivalent punog radnog vremena*, tj. merastepena angažovanosti na radu, pri čemu 1 FTE odgovara punom radnom vremenu. (Prim. prev.)

teksta. U svakom slučaju, na primeru je prikazano kako je, nakon utvrđivanja osnovnog radnog opterećenja osoblja, jednostavno primeniti standard u drugim ustanovama u istom okruženju, bez obzira na to da li se radi o istom ili različitom radnom opterećenju. Potom se definišu potrebe za kadrovima prema pokazateljima rada na lokalnom i nacionalnom nivou.

WISN metod je delotvoran mehanizam za zapošljavanje i bolju distribuciju zdravstvenih radnika. Ovaj metod, više puta neformalno testiran u Srbiji, uvek je davao korisne rezultate. Međutim, da bi ga zaposleni u potpunosti prihvatili, potrebna je podrška i posvećenost visokog rukovodstva.

7 „Reprofilisanje“ zdravstvenog kadra u cilju unapređenja efikasnosti

Proces planiranja je sve više usmeren na svrhu službi zdravstvene zaštite (misiju) i sve veći značaj pridaje se učinku – kao u komercijalnim organizacijama. Kao rezultat toga, u mnogim zdravstvenim ustanovama razvijeni su novi metodi procene učinka zasnovani na ciljevima, kao i „indikatori učinka“ u cilju praćenja operativne efikasnosti i delotvornosti. U Srbiji je počelo uvođenje mehanizama za procenu kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti, i to zdravstvenih ustanova u javnom sektoru, a nedavno su objavljena istraživanja o učinku zdravstvenih službi [Simić S. et al. 2010, Šantrić-Milićević et al. 2010. a i 2010. b]. Bez obzira na to, Srbiji predstoji prelazak sa tradicionalne prakse rutinskog sakupljanja zdravstvene statistike na nacionalnom nivou, ka rukovođenju podacima i pokazateljima o performansama na organizacionom i institucionalnom nivou i ka kontrolisanom korišćenju korporativnih indikatora učinka na nacionalnom nivou.

Promene u načinu planiranja direktno su dovele do preispitivanja uloga različitih kategorija zdravstvenog kadra i načina podele posla između različitih kategorija. „Reprofilisanje“ se sve više koristi u cilju unapređenja kvaliteta i uštede. Ono se zasniva na osnovnom razumevanju poslova koje obavljaju različite kategorije kadra i za to potrebnih veština, kao i na prihvatanju novih uloga različitih kategorija zdravstvenih radnika, koje se razlikuju od njihovih tradicionalnih uloga. Potrebno je primeniti neki od *metoda procene rada* (o kojima je bilo reči u prethodnom tekstu), kako bi se obezbedila osnova za utvrđivanje optimalnih potreba za zdravstvenim kadrom i najboljeg načina njihove distribucije.

Metod procene rada ima dodatnu karakteristiku u odnosu na prethodno opisan metod – zahteva identifikaciju „kliničkih puteva lečenja i nege“ koji su sastavni deo pružanja date usluge u posmatranoj zdravstvenoj službi.

U suštini, proces „reprofilisanja“ sastoji se iz niza koraka usmerenih na utvrđivanje ko trenutno obavlja određene aktivnosti u datoj službi i ko bi trebalo da ih obavlja – kada se radi o ključnim aktivnostima, diskrecionim aktivnostima i aktivnostima koje obavljaju isključivo specijalisti.

Posao ovog tipa može uticati na kadrovsku politiku na nacionalnom nivou, mada „reprofilisanje“ obično proističe iz istraživanja na lokalnom nivou, uz otvorenu mogućnost šire primene. Funkcionalna analiza procesa nege sprovedena 2003. godine u Srbiji dovela je do predloga uvođenja bolničara u bolnice. Prema Nacrtu strategije

upravljanja ljudskim resursima iz 2003. godine, planirana su dalja istraživanja.

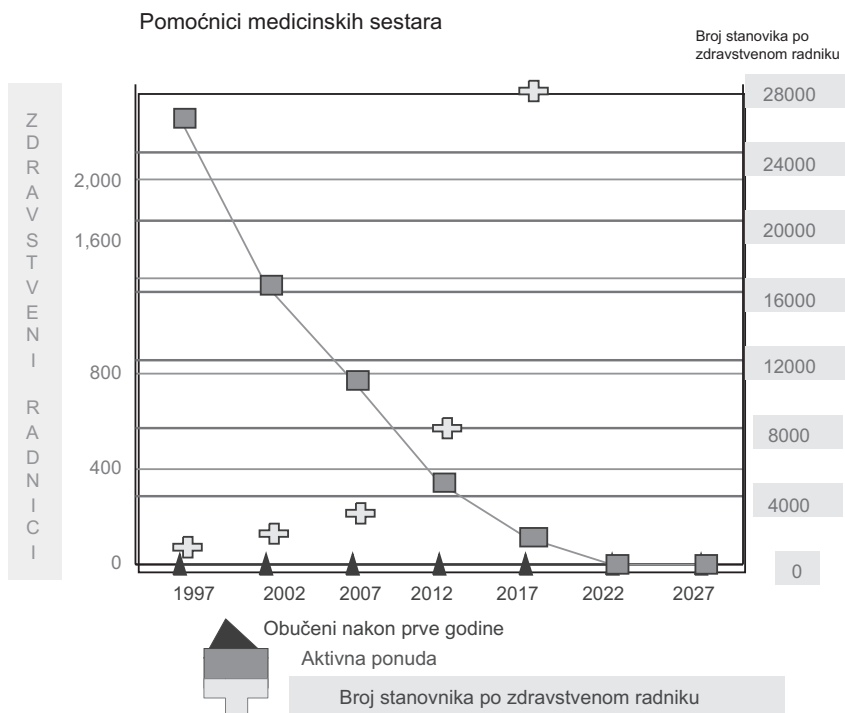
Korišćenjem ovog i drugih instrumenata za analizu potreba za kadrom, otvara se mogućnost za kontrolisane promene uloga zdravstvenih radnika i potražnje za njima. Takve promene, ako do njih dođe, mogu se lako inkorporirati u godišnje procene budućih potreba za kadrom, uz pomoć modela za predviđanje o kojima je bilo reči u prethodnom tekstu.

8 Zadovoljavanje potreba za zdravstvenim kadrom – pitanje ponude

U proteklih pedesetak godina, promena pozicija među ključnim interesnim grupama u oblasti obezbeđivanja usluga zdravstvene zaštite dovela je do značajnih neujednačenosti u pogledu medicinskog kadra u Srbiji – broj doktora medicine specijalista veći je od broja doktora opšte medicine i doktora bez specijalizacije [Šantrić-Milićević, Simić 2009, Šantrić-Milićević 2010].

Činjenica da je bez preduzimanja *ekstremnih* mera teško promeniti prethodno donesene odluke o obrazovanju i regrutovanju medicinskog kadra predstavlja ozbiljan problem za ministarstva. Na slici u nastavku dat je primer (iz druge zemlje) na kome je prikazan broj godina koji je protekao do uspostavljanja željene obezbeđenosti stanovnika kadrom posle prekida obrazovanja i regrutovanja pomoćnika medicinskih sestara (slika 5).

Slika 5: Vreme potrebno za prirodno osipanje kadra nakon prekida obrazovanja i regrutovanja (primer iz Velike Britanije)



Ovde se ponovo ističe značaj korišćenja kompjuterizovanih modela za predviđanje, kao sredstva za istraživanje dugoročnih implikacija odluka koje se tiču kadra, pre njihovog donošenja.

Do neusaglašenosti između potražnje i ponude ljudskih resursa može doći iz više razloga. Sa jedne strane, do disbalansa dovodi nedovoljna ili prekomerna produkcija kadra, kao rezultat promena u potražnji, kao što je slučaj u Srbiji [Šantrić-Milićević 2010]. Sa druge strane, dešava se da ponuda kadra jednostavno ne može da odgovori na potražnju usled smanjene produkcije odgovarajućeg osoblja ili osoblja, koje iz određenih razloga napušta službu.

Postoje različite vrste kratkoročnih intervencija na lokalnom i nacionalnom nivou – od modifikacije dotadašnjeg načina regrutovanja kadra do promene politika zapošljavanja. Istovremeno, moguće je preduzeti strateški orijentisane intervencije, uključujući intervencije opisane u prethodnom tekstu.

Svi novi predlozi promena koji se odnose na potražnju i ponudu ljudskih resursa zahtevaju određene promene u politici upravljanja ljudskim resursima za zdravlje, bilo na lokalnom, bilo na nacionalnom nivou. Da bi njihova implementacija bila uspešna, Ministarstvo mora da uspostavi mehanizam merenja uticaja na učinak organizacija.

9 Indikatori učinka – praćenje i merenje učinka

Novonastali zahtevi podstiču zdravstvene organizacije, a posebno Ministarstvo zdravlja, da sa prostog razmatranja kliničkog učinka pređu na sveobuhvatnije sagledavanje operativnog učinka u celini, a ne samo kliničkih standarda. To je dovelo do isticanja važnosti korišćenja indikatora individualnog učinka i učinka organizacije, kao osnove za planiranje i sredstva za podsticanje organizacije ka boljem upravljanju troškovima i odnosom troškova i efekata.

Izgleda da je korišćenjem indikatora, zajedno sa reformom pristupa obezbeđivanju zdravstvene zaštite u javnom sektoru, ostvarena značajna dobit u smislu efikasnijeg korišćenja resursa. Ta dobit je rezultat niza intervencija i promena u društvu, pa je teško reći koliki deo dobiti je rezultat reformskog procesa. U ministarstvima u kojima su uvedeni pokazatelji i reformske aktivnosti, nesumnjivo je došlo do delotvornijeg korišćenja resursa.

Postoje sličnosti između koncepta indikatora učinka i baze podataka „Zdravlje za sve“ Evropskog regiona Svetske zdravstvene organizacije (WHO/EURO HFA), u kojoj se statistički podaci rutinski sakupljaju, a na osnovu njih mere promene u zdravstvenom statusu zemalja članica Evropskog regiona SZO. Međutim, indikatori učinka ljudskih resursa razlikuju se od pokazatelja u bazi podataka Evropskog regiona SZO jer:

- su više usmereni na pitanja upravljanja resursima, nego na obolevanje, mortalitet ili klinički rad;
- su namenjeni menadžerima u zdravstvenim službama i kliničarima na svim nivoima u datom sistemu zdravstvene zaštite;
- obezbeđuju poređenje različitih komponenti zdravstvenog sistema.

Indikatori učinka obično nisu deo „novog“ informacionog sistema. Oni bi trebalo da, uz neke izuzetke, budu zasnovani na podacima koji se već prikupljaju u zdravstvenom sistemu. Međutim, oni omogućavaju da se na nov način objedine postojeći podaci, čime se menadžerima nudi novi ugao posmatranja uzroka problema koje nastoje da reše. Na ovaj način podstiče se pre aktivan nego pasivan model menadžmenta, a to je upravo ono što je neophodno u reformama sistema zdravstvene zaštite.

Indikatori učinka koriste se u cilju rešavanja pitanja u vezi sa razvojem i korišćenjem ljudskih resursa (human resource development – HRD). Razvoj ljudskih resursa može se definisati kao razvoj i integracija procedura, politika i praksi regrutovanja, zadržavanja, razvoja i „korišćenja“ zaposlenih u cilju postizanja ciljeva organizacije i visokih nivoa performansi u zdravstvenom sektoru. Razvoj ljudskih resursa za zdravlje povezan je sa oblastima kao što su:

- kvalitet kadra,
- sastav kadra po profilu i stručnoj spremi,
- broj kadra,
- distribucija kadra,
- rashodi za kadar,
- produktivnost kadra,
- obrazovanje i obuka, i
- upravljanje ljudskim resursima za zdravlje.

Da bi se obuhvatile sve varijable u vezi sa ljudskim resursima neophodno je sistematsko upravljanje promenama koje se odnose na stanje radne snage, menadžment i kulturu. Drugim rečima, ceo spektar elemenata koji čine sistem ljudskih resursa mora se razmotriti u kontrolisanom procesu razvoja ljudskih resursa, koji može dovesti do unapređenja učinka organizacije.

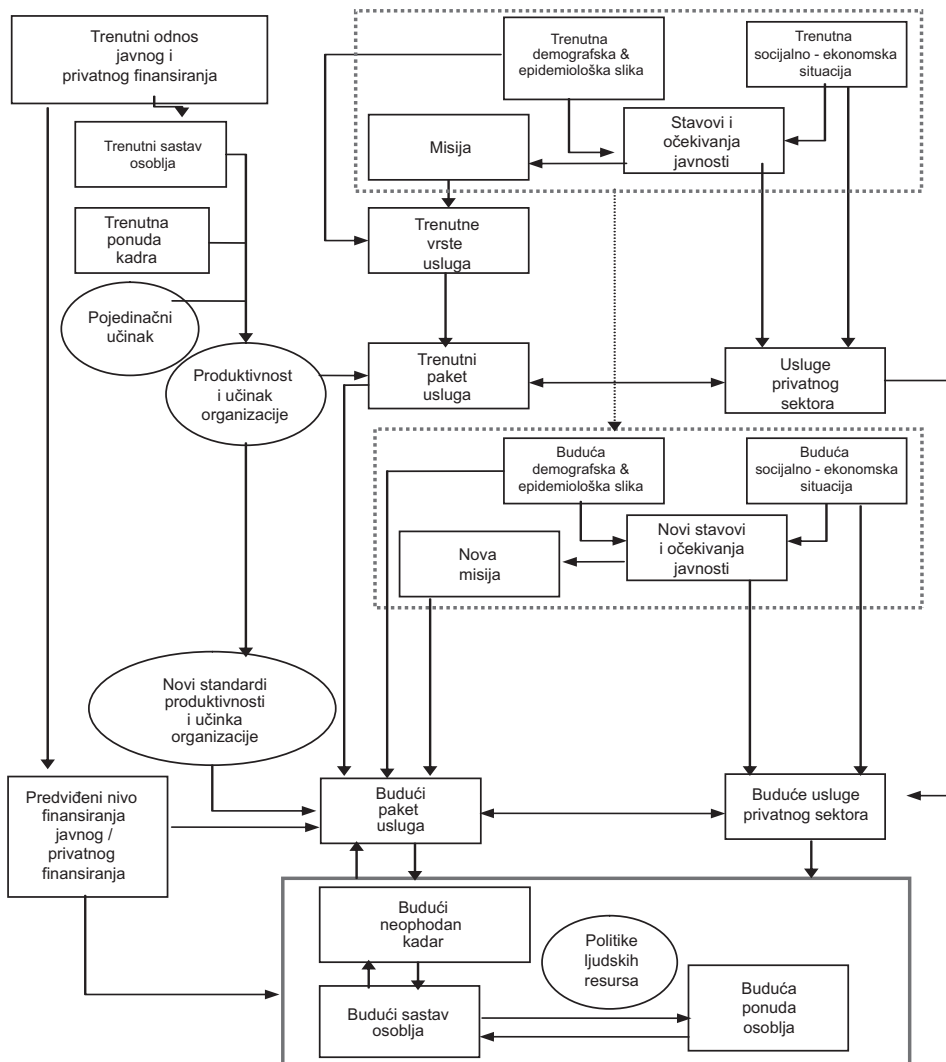
Uopšteno posmatrano, indikatori učinka ljudskih resursa usmereni su na povezanost između:

- stanja radne snage i
- odnosa između radne snage i „proizvoda“ zdravstvenog sistema.

Mnoge evropske zemlje razvile su sisteme indikatora učinka. U Velikoj Britaniji, na primer, oni postoje preko dvadeset pet godina. U Srbiji je počelo uvođenje procene kvaliteta zdravstvene zaštite na institucionalnom nivou. Nedavna istraživanja o merenju učinka u Srbiji ukazuju na potrebu da se okrene drugim podacima osim onima koji postoje u rutinskoj nacionalnoj statistici kako bi se omogućilo ciljano korišćenje pokazatelja performansi ustanova, što je preduslov za unapređenje kompetencija menadžera za merenje učinka [Šantrić-Milićević *et al.*, 2010. a, 2010. b].

Priručnik Svetske zdravstvene organizacije za razvoj indikatora je dostupan, kao i softver koji je razvila Regionalna kancelarija ove organizacije. Mnoge zemlje koje koriste indikatore učinka razvile su sopstveni softver, a softver Svetske zdravstvene organizacije može da obezbedi polaznu osnovu za zemlje koje žele da počnu da koriste indikatore učinka.

Slika 6: Planiranje razvoja ljudskih resursa za zdravlje, zasnovano na učinku



Na kraju, usredsređivanje na učinak na institucionalnom i individualnom nivou utiče na proces strateškog planiranja. Pored aktivnosti usmerenih na institucionalni učinak, u Srbiji su 2009. godine testirane probne sheme praćenja individualnog učinka. Kombinacija pokazatelja učinka postaće značajan element u procesu planiranja, kao što je ilustrovano na slici 6.

Na međunarodnom nivou, u oblasti zdravstvene zaštite koja je pod stalnim finansijskim pritiskom, nove politike i intervencije kojima se ističe učinak, sve više će zahtevati kratkoročno i dugoročno planiranje. Složena pitanja kojima se treba pozabaviti u okviru ovog procesa ukazuju na potrebu (o kojoj je bilo reči u prethodnom tekstu) za čvrstom koordinacijom planiranja ljudskih resursa.

Piter Hornbi

Počasni predavač na Institutu za razvoj zdravstvene zaštite, Univerzitet Kraljice Margarete, Edinburg, Velika Britanija

Milena Šantrić-Milićević

Asistentkinja na Institutu za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Literatura

- Alwan A, Hornby P (2002). *The implications of health sector reform for human resources development*. Bulletin of the World Health Organization 80(1)
- Cameron C, Green H (2004). *Making sense of change management: a complete guide to the models, tools and techniques of organisational change*, Kogan Page, UK
- Hall LPS (2002). *The Future Health Workforce*. Chamberlain-Dunn Associates, UK
- Hornby P et al (1980). *Guidelines for Health Manpower Planning*, World Health Organisation, Geneva
- Hornby P, Forte P (2002). *Guidelines for Introducing Human Resource Indicators to Monitor Health Service Performance*, Centre for Health Planning and Management, Keele University, UK
- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. (2003). *Bolje zdravlje za sve u III milenijumu*: 8-134. Pristupljeno 11. avgusta 2009. godine na <http://www.mos.gov.rs/upload/dl/OMLADINA/Strategije/zdravlje.pdf>.
- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Periodični izveštaj o Strategiji upravljanja ljudskim resursima. Nacrt izveštaja. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2005. *Službeni glasnik Republike Srbije br. 107*. Na srpskom jeziku.
- Ozcan S, Hornby P (1999). „Determining Hospital Workforce Requirements (A Case Study)“. *Human Resources for Health Development Journal*, Vol. 3, No. 3 200-220
- Podzakonski akti, (2006). Pravilnik o uslovima i načinu. unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova i Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova, *Službeni glasnik Republike Srbije br. 43*. Na srpskom jeziku.
- Šantrić-Milićević M. (2010). Modelovanje planiranja potrebnih zdravstvenih radnika u javnom sektoru sistema zdravstvene zaštite na nacionalnom nivou. (*Doktorska disertacija*). Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Šantrić-Milićević M, Simić S. (2009). Zdravstveni radnici u Srbiju u dva perioda: pre i posle 1950. godine. *Med Pregl* 62(7-8):379-83
- Santric Milicevic M, Simic S, Ivanovic I (2010). Timelines for management of health human resources performances in Serbia. [in press]
- Santric Milicevic M, Bjegovic-Mikanovic V, Terzic-Supic Z, Vasic V (2010). Competencies gap of management teams in primary health care [in press with *European Journal of Public Health*, April doi:10.1093/eurpub/ckq010]
- Shipp PJ (1998). *Work Indicators of staffing needs*. World Health Organisation, Geneva
- Simic S, Santric Milicevic M, Matejic N, Marinkovic J, Adams O (2010). „Do we have primary health care reform? The story of the Republic of Serbia“. *Health Policy* [Epub ahead of print] PMID: 20181406
- World Health Organisation (2010). Models and tools for healthy workforce planning and projections. WHO Press, 12ii Geneva 27, Switzerland
- Zdravstveno satatistički godišnjak Srbije 2005, Institut za javno zdravlje Srbije. 2006. godine
- Zdravstveno satatistički godišnjak Srbije 2007, Institut za javno zdravlje Srbije. 2008. godine

UPRAVLJANJE PROJEKTIMA I POSTIZANJE REZULTATA

Majkl Džons

Vladimir Bumbaširević

1 Uvod

U ovom članku opisani su korisni instrumenti za pristup kompleksnim procesima i procedurama na organizovan i sistematski način, korišćenjem tehnika i aplikacija za upravljanje projektima.

2 Zašto je upravljanje projektima potrebno

- „Ravna“ struktura znači da je manji broj ljudi raspoloživ za konkretne projekte.
- Linijsko rukovodstvo raspolaže resursima, što znači da je potrebno opredeliti resurse za obavljanje pojedinačnih zadataka.
- Smanjenjem troškova povećava se delotvornost.
- Organizaciona struktura može komplikovati proces planiranja i menadžmenta.
- Menadžment zasnovan na učinku povećava šanse za postizanje željenih ishoda.

3 Ključna pitanja za upravljanje projektima

U nastavku su opisana sledeća ključna polja:

- Okruženje
- Da li će neki radni zadatak biti uspešnije obavljen kao poseban projekat (umesto kao deo svakodnevnih aktivnosti)
- Koja je razlika između koncepta projektnog menadžmenta (project approach) i menadžmenta zasnovanog na funkcionalnoj organizaciji (line management approach)?
- Metodologija upravljanja projektom – Mrežne tehnike
- Organizacija projekta
 - Očekivanja
 - Organizaciona struktura
 - Uloge i planovi
- Sastav projektnog tima.

3.1 Okruženje

Proces menadžerskog preispitivanja podstiče integrisanje disciplina upravljanja projektom u operativni menadžment.

To je filozofija koja podrazumeva:

- jasne i merljive ciljeve
- jasne i merljive ključne događaje (prekretnice).
- jasne i merljive procese menadžmenta
- jasnu i merljivu evaluaciju ishoda menadžmenta.

Slika 1: Komponente upravljanja projektima

Pripremanje osoblja	Koje su implikacije na ljudske resurse (npr. promena u prirodi posla ili radnom opterećenju)
Povezivanje	Kako ovu promenu možemo da uklopimo sa drugim očekivanim promenama?
Komunikacija	Ko sve treba da bude obavešten o promeni? (Da li smo nekoga preskočili?)
Budžetiranje	Koliko će to da košta? (Kako možemo da fazno trošimo sredstva?)
Vreme	Da li su rokovi realni? (Koliko je vremena potrebno za svaku od faza? Da li smo spremni?)
Kontrolisanje otpora	Ko se može opirati ovoj promeni? (Kako da to kontrolišemo?)
Raspodela vremena menadžmenta	Ko je odgovoran za koji aspekt?
Identifikovanje partnera	Ko su ključni akteri? (I da li je verovatno da će se to promeniti?)
Upravljanje rizikom	Koji su rizici i kako možemo da ih kontrolišemo? (Treba se pripremiti za najgore!)

3.2 Kako znamo da neki radni zadatak predstavlja projekat?

Kontrolna lista

- Da li ima prepoznatljiv početak?
- Da li ima prepoznatljiv kraj?
- Da li je potreban doprinos više različitih osoba ili profesija?
- Da li iziskuje doprinos i opredeljenost više različitih osoba ili profesija da bi se postigao ishod?
- Da li je potrebno preduzeti i druge aktivnosti, koje nalažu koordinaciju?
- Da li postoji „predvodnik” / neko zadužen za postizanje ishoda?
- Da li je dati zadatak politički, javno ili profesionalno „osetljivo pitanje“?
- Da li se može lako razložiti na posebne komponente?
- Da li postoje ograničenja u pogledu vremena, budžeta ili drugih resursa?
- Da li je potrebno da se pojedinci obuče za upravljanje projektom?
- Da li je neophodno da se određeni aspekti upravljanja projektom prenesu i drugima?

- Da li je projekat sputan pravilima (npr. zdravlja i bezbednosti, zakonom o privrednim subjektima ili zakonom o zapošljavanju)?
- Da li je posao dovoljno složen i/ili značajan da bi se mogla opravdati struktura rukovođenja projektom koja podrazumeva korišćenje vremena i drugih resursa i izvan granica organizacije?
- Da li je verovatno ili moguće da će projekat „iskočiti iz šina“, izgubiti pravac ili početni zamah, ili čak propasti ukoliko se na neki način ne uvede disciplina u sam proces?

Ako je odgovor potvrđan (DA) na neka ili na sva pitanja, onda se verovatno radi o aktivnosti na koju treba primeniti koncept projektnog menadžmenta.

Zadaci na koje treba primeniti koncept projektnog menadžmenta navedeni su u nastavku teksta.

Slika 2: Zadaci upravljanja projektom

Dimenzija – šta treba da bude proizvod?	Primer
Zajednički aspekti	Priprema informativnih brošura kojima će se pacijenti obavestavati o usluzi „X”. Priprema plana za akreditaciju.
Infrastruktura	Razvoj poslovne argumentacije za kupovinu resursa „X”. Osmišljavanje informacionog sistema za praćenje upravljanja resursima u kategoriji „X”. Ltd.
Organizacija	Razvoj informacionog sistema kojim će se pomoći da se efikasnije planiraju/raspoređuju dežurstva zaposlenih. Osmišljavanje unapređenog sistema upravljanja zalihama. Ltd.
Inovacije i pronalasci	Razvoj koncepta „sve usluge na jednom mestu“ za pristup akušerskim uslugama. Razvoj zajedničkih usluga sa kolegama u drugim delovima zdravstvene zajednice korišćenjem kapitalnih dobara. Ltd.
Proizvodi i usluge	Razvoj predloga utvrđene cene za specijalističku uslugu za grupu klijenata „X”. Naučiti kako da se savladaju periodi maksimalnog pritiska na bolničke resurse i periodi minimalne aktivnosti, da bi se aktivnosti obavljale delotvornije. Ltd.
Praksa	Dodatno usavršavanje za upravljanje uslugama „X”. Ispravljanje nedostataka u upravljanju uslugom „Y”. Ltd.

3.3 Razlika između koncepta projektnog menadžmenta (project approach) i menadžmenta zasnovanog na funkcionalnoj organizaciji (line management approach)

Slika 3: Poređenje koncepta projektnog menadžmenta i menadžmenta zasnovanog na funkcionalnoj organizaciji

Projektni menadžment	Menadžment zasnovan na funkcionalnoj organizaciji
Jasno definisano vreme početka i završetka, najčešće bez druge prilike	Kontinuirani proces, često se ne zna ni kada tačno počinje, ni kada se završava
Resursi (obično vreme) su posvećeni projektu	Resursi (obično vreme) se moraju racionalizovati
Možete sami odabrati tim	Tim najčešće nasleđujete
Vodi se računa o događajima	Vodi se računa o procesima
Legitimitet liderstva dolazi od prenetih ovlašćenja	Legitimitet liderstva potiče od autoriteta (pozicije vlasti)
Kritičnost događaja	Paralelne aktivnosti
Često nema istorije radnih odnosa	Postoji istorija radnih odnosa i „korporativno pamćenje“
Nema vremena za konsolidovanje	Vreme za sazrevanje
Ograničeno trajanje projektnog tima	Neograničeno trajanje projektnog tima
Direkcije timu stižu iz okruženja	Direkcije stižu iz samog tima

U nastavku su date ključne karakteristike projektnog menadžmenta u poređenju sa menadžmentom zasnovanim na funkcionalnoj organizaciji.

Slika 4: Karakteristike projektnog menadžmenta

	Menadžment zasnovan na funkcionalnoj organizaciji	Projektni menadžment
Ovlašćenja / nadležnosti	U skladu sa hijerarhijom	U skladu sa dodeljenim zvanjem „rukovodioca projekta“ za konkretni projekat
Komunikacija	Komunicirate preko menadžera	Komunicirate preko sponzora i neposredno sa članovima tima koji rukovode projektom
Kako ljudi razmišljaju	Proces/aktivnost je ‘u redu’	Ključna stvar su ishodi
Krajnje tačke	Nisu nužno jasne „krajnje tačke“ određenih zadataka	Znate kada je projekat završen
Ko se nalazi u timu za upravljanje projektom?	Ljudi se angažuju i dodeljuju u radne grupe delimično na osnovu potrebe za zastupljenošću	Ljudi se angažuju u projektni tim zbog veština/stručnosti koje poseduju
Proces	Proces ima tendenciju razvoja	Proces je pažljivo planiran, vreme za zadatke/događaje precizirano, i njihova uzročna veza prikazana na mapi

3.4 Metodologija projektnog menadžmenta: Mrežne tehnike

U ciljeve primene mrežnih tehnika spadaju:

- obezbeđivanje vremenskih rokova (dinamike) i ciljeva za ključne pojedince i grupe
- unapređenje rada tima
- maksimalno smanjenje gubitka vremena ili sredstava (ujednačavanje sredstava)
- povećanje efikasnosti
- maksimalno smanjenje količine resursa koji se koriste
- efikasno korišćenje resursa
- prepoznavanje kritičnih tačaka, pa time i prioriternih aktivnosti i događaja
- doprinos kontroli neočekivanog
- planiranje korišćenja resursa (budžeta) i vremena
- utvrđivanje troškova i posledica promene planova (kada je planove neophodno menjati).

Tehnika koja se primenjuje treba da zadovolji sledeće objektivne kriterijume:

Tačnost

Sistem treba da proizvede tačne informacije, tj. izveštaji o napretku treba da oslikavaju stvarni napredak. Bolje je dati procenu koliko vremena je preostalo, nego koliko je, procentualno, vremena potrošeno.

Pouzdanost

Podaci o napretku treba da budu dosledni, nezavisno od toga ko ih prikuplja i od toga kada su prikupljeni. Sistem može da bude osmišljen tako da obezbeđuje tačne informacije, ali usled nesavršenosti samog postupka prikupljanja podataka može da bude nepouzdan.

Jednostavnost

Veliki broj ljudi će, verovatno, biti uključen u unošenje podataka i pisanje izveštaja, pravljenje grafikona i ilustracija iz sistema dinamike implementacije. Prema tome, potrebno je da se ova tehnika može lako objasniti, razumeti i koristiti.

Univerzalnost

U idealnim uslovima, jedan sistem utvrđivanja dinamike bi trebalo da bude dovoljan od početka do kraja projekta. Svi nivoi rukovodstva trebalo bi da budu u stanju da koriste informacije iz tog sistema i relevantni kontrolni faktori bi trebalo da budu obuhvaćeni tim jednim sistemom.

Analiza odluka

Budući da odlučivanje na nivou menadžmenta uključuje i odabir jedne od više alternativnih aktivnosti, korisno je proceniti dinamičke aspekte alternativa. Sistem koji omogućava menadžmentu da simulira uticaj alternativnih aktivnosti može da olakša odlučivanje i dovede do donošenja boljih odluka.

Predviđanje

Jedna od svrha prikupljanja podataka jeste da se proceni sposobnost obavljanja budućih zadataka u zacrtanim rokovima. Neki sistemi utvrđivanja dinamike su bolje osposobljeni da pruže ovu vrstu informacija.

Ažuriranje

Projektne odluke u dinamičnom okruženju biće zasnovane na ažurnim informacijama. Sistem planiranja i utvrđivanja dinamike realizacije treba da bude takav da omogućava brzo i lako uključivanje informacija o napredovanju projekta.

Fleksibilnost

Poželjno je da tehnika utvrđivanja dinamike realizacije može lako da se prilagodi promenama u projektu.

Cena

Sistem utvrđivanja dinamike treba da pruži potrebne informacije po najnižoj ceni. Cenu je teško utvrditi iz nekoliko razloga. Prvo, ukupna cena utvrđivanja

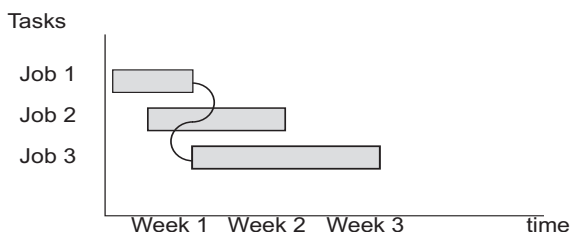
dinamike je potrebna da bi se uporedile tehnike utvrđivanja dinamike. Međutim, nije postignut sporazum o tome koje troškove treba uzeti u obzir. Na primer, u Gantovom sistemu, vremenski standardi su deo troškova jednako koliko i sama izrada dijagrama. Ipak, ovaj faktor se često ne uzima u obzir pri proceni troškova utvrđivanja dinamike, verovatno zato što se vremenski standard koristi za druge namene. Drugo, najkorisniji sistemi u principu su skuplji za rad. Prema tome, prava statistika troškova nije cena izražena u nekoj valuti, već pre cena po jedinici koristi. Cena po jedinici ili dobijenoj koristi se skoro uopšte ne može izmeriti. Konačno, cena u mnogome zavisi od veličine projekta i uključuje i fiksne i varijabilne troškove.

3.5 Pregled tehnika

Gantovi dijagrami

Gantovi dijagrami se po pravilu koriste da se ukupno trajanje projekta svede na minimum.

Slika 5: Prikaz Gantovog dijagrama



Gantovi dijagrami su korisni instrumenti za analizu i planiranje mnogo složenijih projekata. Oni:

- pomažu planiranje zadataka koji se moraju završiti
- obezbeđuju osnovu za planiranje dinamike obavljanja zadataka
- omogućavaju planiranje alokacije sredstava potrebnih za uspešno sprovođenje projekta
- pomažu da se razradi „kritični put“ za projekat kada morate da ga završite do tačno utvrđenog datuma.

Kada je projekat u toku, Gantov dijagram vam pomaže da pratite da li se projekat odvija po planiranoj dinamici. Ako to nije slučaj, omogućava vam da jasno identifikujete korektivne aktivnosti neophodne da se projekat vrati na željeni pravac.

Analiza kritičnog puta (CPA) i

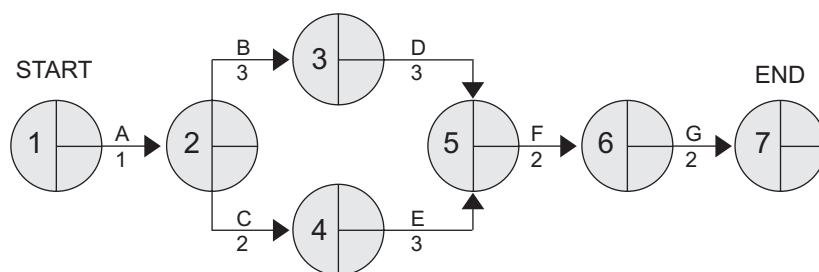
Tehnika preispitivanja i evaluacije programa (PERT)

Analiza kritičnog puta (CPA) i Tehnika preispitivanja i evaluacije programa (PERT) predstavljaju moćne alate za utvrđivanje dinamike i upravljanje složenim projektima. Oni su razvijeni pedesetih godina dvadesetog veka u cilju kontrole velikih projekata odbrane i od tada se rutinski koriste.

Kao i u slučaju Gantovog dijagrama, Analiza kritičnog puta (CPA) ili Metoda kritičnog puta (CPM) pomaže planiranje zadataka koji su sastavni deo projekta. Oni predstavljaju osnovu za utvrđivanje dinamike projekta i za planiranje resursa. Tokom upravljanja projektom, omogućavaju praćenje ostvarivanja projektnih ciljeva i pomažu da se vidi gde su potrebne korektivne akcije da bi se projekat vratio na željeni pravac.

Finalni plan projekta najčešće se prikazuje u vidu Gantovog dijagrama (korišćenjem *Majrosoft prodžeka* ili nekog drugog softvera za projekte srednje složenosti, ili *Eksel* tabele za jednostavnije projekte). Svrha korišćenja CPA u procesu planiranja jeste da se olakša izrada i testiranje plana i da se potvrdi da je plan dobar i temeljan. Analiza kritičnog puta formalno identifikuje zadatke koji se moraju obaviti na vreme da bi ceo projekat mogao biti završen na vreme. Uz pomoć ovog alata se, takođe, identifikuju zadaci koje je moguće odložiti u slučaju da je neophodno preusmeriti resurse na neke druge, hitnije zadatke. Nedostatak ACP, ako se koristi kao tehnika za saopštavanje planova i osnov za upravljanje, jeste to što odnos vremena i zadatka nije tako očigledan kao kod Gantovog dijagrama. Zato je ovu tehniku nešto teže razumeti.

Slika 6: Analiza kritičnog puta



Analiza kritičnog puta je korisna i zato što pomaže da se identifikuje najkraće vreme potrebno za završetak jednog projekta. Kada je potrebno da se neki projekt ubrzano sprovede, CPA pomaže da se identifikuju projektni koraci koje treba ubrzati da bi se projekat završio u datom vremenskom roku.

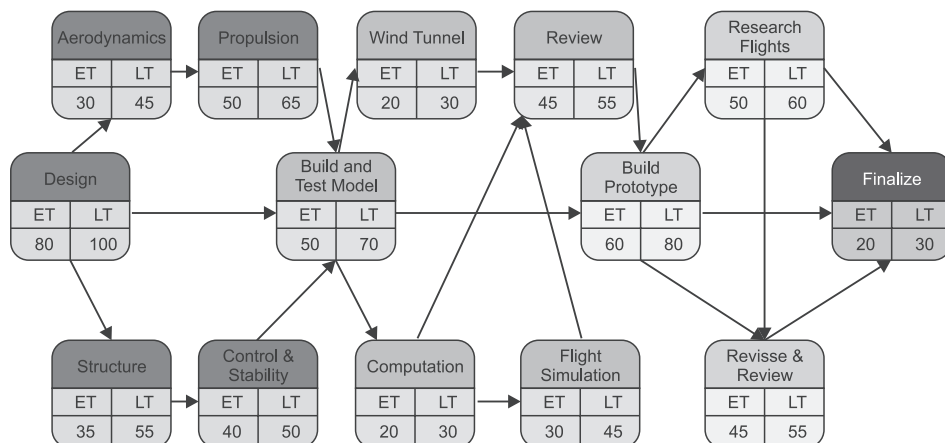
Tehnika preispitivanja i evaluacije programa (PERT)

PERT podseća na Metodu kritičnog puta, ali:

- uzima u obzir neizvesnost procene trajanja aktivnosti
- daje procene različitih vremenskih okvira projekta
- najbolje ga je primeniti u slučaju veoma neizvesnih projekata; razvoja novih proizvoda, jedinstvenih projekata ili onih koji se sprovode po prvi put za istraživanja.

PERT je usmeren na proces, više nego na pojedinačne događaje.

Slika 7: PERT (Tehnika preispitivanja i evaluacija programa)



ET = Vreme najranijeg mogućeg početka; LT = Vreme najkasnijeg mogućeg početka

Linija ravnoteže (LoB)

Često se koristi za upravljanje projektima koji uključuju veći broj paralelnih aktivnosti.

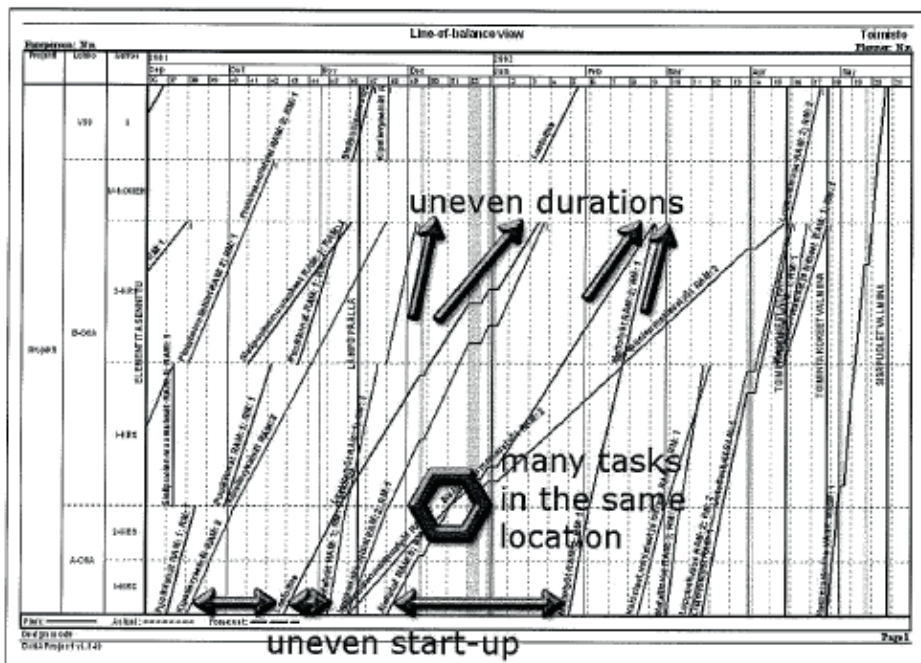
Linija ravnoteže prikazuje proces, status, rokove i faze projektnih aktivnosti, obezbeđujući tako menadžmentu merne instrumente koji omogućavaju:

- poređenje stvarnog napretka sa formalnim planom
- ispitivanje odstupanja od utvrđenih planova i utvrđivanje stepena ozbiljnosti tih odstupanja u odnosu na preostali deo projekta
- primanje pravovremenih informacija koje se odnose na problemske oblasti i prepoznavanje oblasti u kojima treba preduzeti korektivna mere
- predviđanje budućeg učinka.

Sama „linija ravnoteže“ predstavlja grafičko sredstvo koje omogućava menadžeru da na prvi pogled vidi koje od brojnih aktivnosti koje čine složenu operaciju su „u ravnoteži“, tj. da li su aktivnosti koje je trebalo da budu završene u trenutku preispitivanja zaista i završene i da li buduće, planirane aktivnosti kasne u odnosu na predviđenu dinamiku.

Grafički prikaz linije ravnoteže ima samo jednu karakteristiku celokupne filozofije koja podrazumeva kontrolu brojnih signala opasnosti za sve nivoe menadžmenta konkretnog projekta.

Slika 8: Linija ravnoteže



PRINCE (Upravljanje projektima u kontrolisanom okruženju)

Ovo je zaštićena metodologija organizovanja projekata u organizaciji, koja se koristi za rukovođenje složenim operacijama koje uključuju veliki broj različitih grupa i često se odnosi na razvoj informaciono-tehnoloških rešenja.

POISE (Nabavka informacionih tehnologija i sistema)

Ovaj zaštićeni sistem se obično koristi kada se upravlja kupovinom, instaliranjem i implementacijom sistema velike vrednosti koji potiču od različitih dobavljača i tipično uključuje informaciono-tehnološke sisteme, proizvodne linije itd.

Strogo govoreći, PRINCE i POISE nisu mrežne tehnike. To su protokoli koji uređuju celokupan proces menadžmenta.

U praksi, svaki proces koji je dovoljno složen da opravdava upotrebu CPM/PERT itd. verovatno će biti dovoljno složen da zahteva računar i uspostavljanje mreže.

Međutim, skoro svaki projekat će imati koristi od primene sistema za upravljanje projektom i discipline.

3.5.1 Mrežne tehnike – Primer Gantovog dijagrama

Zamislite da Vam je pukla guma i da treba da zamenite točak, pri čemu su, u datom trenutku, u blizini tri slučajna prolaznika koje biste mogli da zamolite za pomoć.

U primeru promene gume, potrebno je preduzeti sledeće aktivnosti:

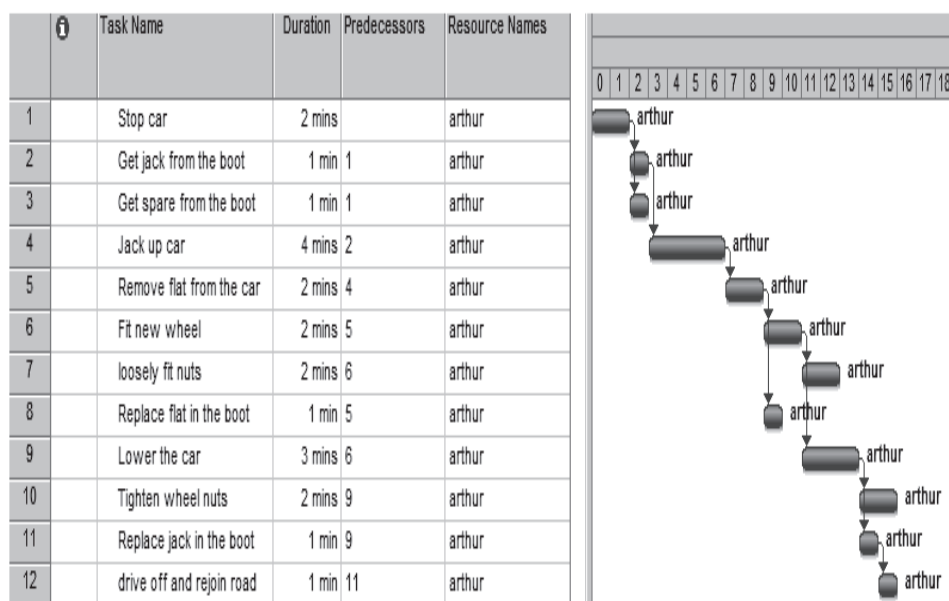
- Zaustavljanje automobila 2 min
- Vađenje dizalice iz gepeka 1 min
- Uzimanje rezervne gume iz gepeka 1 min
- Podizanje automobila dizalicom 4 min
- Skidanje probušene gume sa automobila 2 min
- Postavljanje novog točka 2 min
- Postavljanje navrtki bez zatezanja 2 min
- Vraćanje probušene gume u gepek 1 min
- Spuštanje automobila 3 min
- Zatezanje navrtki na točku 2 min
- Vraćanje dizalice u gepek 1 min
- Pokretanje automobila i vraćanje na put 1 min

U ovom primeru, ukupni napor iziskuje **22 čovek minuta** sa jednim čovekom (ARTUR) minimalno moguće trajanje realizacije ovog projekta iznosi **22 minuta**.

Sredstva na raspolaganju – **22 čovek minuta**.

Trajanje nekorišćenja resursa – **0 minuta**.

Slika 9: Zadatak za jednog čoveka



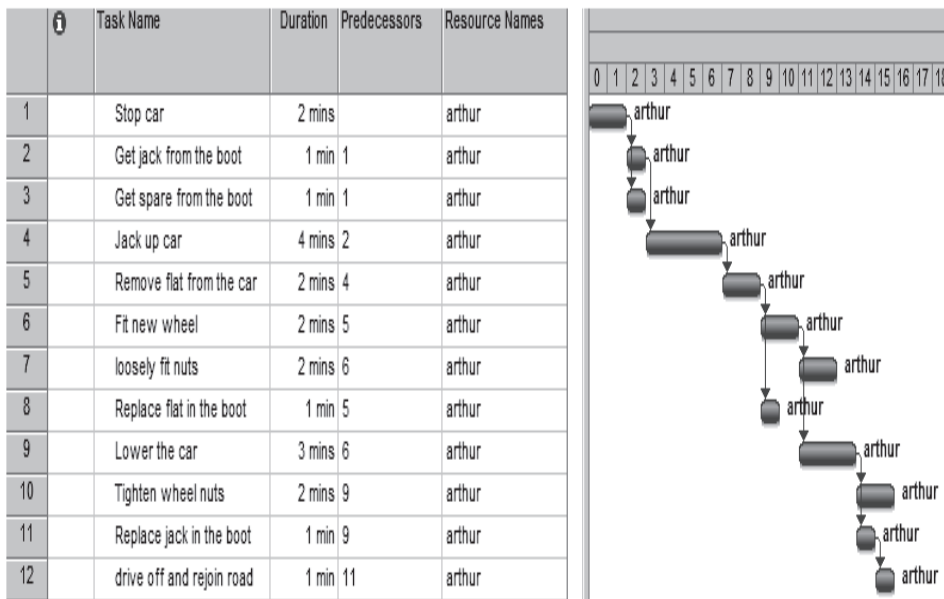
Sa dva čoveka (ARTHUR i BIL)

minimalno moguće trajanje realizacije ovog projekta iznosi **15 minuta**.

Sredstva na raspolaganju – **30 čovek minuta**

Trajanje nekorišćenja resursa – **8 (30–22) minuta**.

Slika 10: Zadatak za dva čoveka



Sa tri čoveka

minimalno moguće trajanje realizacije ovog projekta iznosi **13 minuta**.

Sredstva na raspolaganju – **39 čovek minuta**

Trajanje nekorišćenja resursa – **17 čovek minuta**.

Pitanja:

Osim u slučaju kada postoji pitanje mešavine veština, nema svrhe angažovati više od dva čoveka za ovaj posao.

Ako neka od aktivnosti traje duže nego što je planirano, onda ima smisla angažovanje većeg broja ljudi za isti posao. Pitanje za rukovodstvo je sledeće:

„Da li treba da angažujemo još ljudi da bismo uštedeli 7 minuta projektnog vremena, kada ćemo tako imati 8 minuta neproduktivnog vremena (nekorišćenja resursa)?”

Odgovor na ovo pitanje je proizvod odluke menadžera i nije tehničke prirode.

3.5.2 Izrada Gantovog dijagrama

Razložite projekat na sastavne aktivnosti (ili grupe aktivnosti).

Utvrdite uzročne veze (tj. šta se ne može započeti dok se nešto drugo ne završi).

Procenite vreme potrebno za svaku aktivnost (ako postoji visoki stepen neizvesnosti, onda je možda bolje da unesete neke pretpostavljene događaje, nego da produžite vreme za pojedinačne komponente).

Nacrtajte dijagram

Iskoristite ga da izračunate minimalno vreme, maksimalno vreme, korišćenje resursa, kao i implikacije različitih kombinacija resursa.

Slika 11: Korišćenje Gantovog dijagrama

Upotrebe Gantovog dijagrama	Problemi
Planiranje alokacije resursa	Složenost
Praćenje napretka	Neizvesnost
Korišćenje dijagrama da se procene posledice kašnjenja	Iziskuje vreme da se napravi (koristiti Majkrosoft prodžekt+)
Optimizacija korišćenja resursa	Neočekivane promene u dostupnosti resursa
Planiranje resursa u zadatom roku	Prekoračenje rokova

Videti Prilog za dodatne detalje o Gantovom dijagramu.

3.5.3 Mrežne tehnike – primer pristupa PERT

Proces:

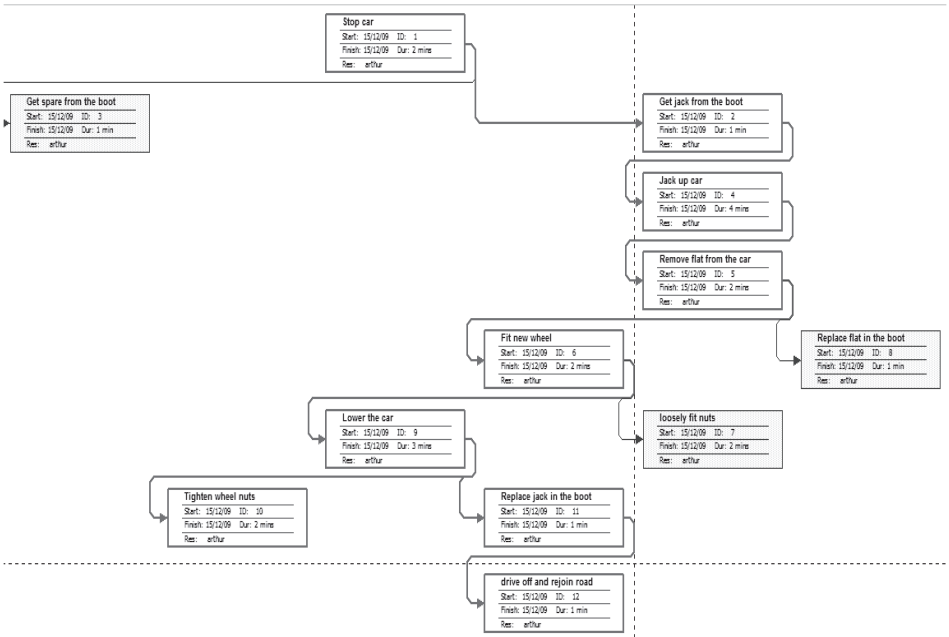
- Razložite projekat na sastavne aktivnosti (ili grupe aktivnosti).
- Utvrdite uzročne veze (tj. šta se ne može započeti dok se nešto drugo ne završi).
- Procenite vreme koje je verovatno potrebno za svaku takvu aktivnost (ako postoji visok stepen neizvesnosti, onda je možda bolje da unesete neke pretpostavljene događaje, nego da produžite vreme za pojedinačne komponente).
- Nacrtajte dijagram.
- U svaku kućicu ucrtajte vreme najranijeg mogućeg početka (x).
- U svaku kućicu ucrtajte vreme najkasnijeg mogućeg početka (y).
- Kritični put je sled događaja tako da je $x=y$. Ove aktivnosti ne mogu da se produže, a da ne ugroze ukupno trajanje projekta.
- Kada je $y>x$, moguće je određeno kašnjenje i/ili preusmeravanje resursa.
- Iskoristite ga da izračunate minimalno vreme, maksimalno vreme, korišćenje resursa, kao i implikacije različitih kombinacija resursa.

Slika 12: Korišćenje PERT

Upotrebe PERT	Problemi
Planiranje alokacije resursa	Složenost
Praćenje napretka	Neizvesnost
Korišćenje dijagrama da se procene posledice kašnjenja	Iziskuje vreme da se napravi (koristiti Majkrosoft prodžekt+)
Optimizacija korišćenja resursa	Logika dijagrama
Planiranje resursa u zadatom roku	Korišćenje pretpostavljenih događaja
Upravljanje vrlo složenim projektima	Upravljanje većim brojem promenljivih
Upravljanje projektima koji se često menjaju	Potencijalno odsustvo kontinuiteta

Slika 13: Dijagram mreže

Primer zamene točka predstavljen na mrežnom dijagramu. (Korišćene su iste informacije kao na Gantovom dijagramu.)



3.6 Organizacija projekta

3.6.1 Očekivanja

Prve aktivnosti koje treba preduzeti na početku svakog projekta jesu one kojima se utvrđuje da li je projekat dovoljno snažan da zaista pruži željeni rezultat.

Slika 14: Pet stadijuma upravljanja projektima

Izvodljivost	Da li će projekat doneti rezultate kojima se nadamo? Koje dokaze imamo da je projekat tehnički, ekonomski, organizaciono i kulturološki izvodljiv?
Iniciranje	Da li projekat raspolaže odgovarajućim resursima kao što su informacije, vreme, veštine, stavovi, posvećenost, sposobnost i ovlašćenja? Da li postoji uverljiv plan projekta, usklađen sa SMART principima?
Realizacija	Da li projekat raspolaže svim sredstvima potrebnim za njegovu potpunu realizaciju? Da li su sistemi pouzdani? Da li se rizikom može upravljati? Da li su ključne osobe potpuno posvećene projektu? Da li postoji mehanizam za kontinuiranu proveru da li se projekat pridržava ciljeva, budžeta, plana, dinamike, kvaliteta, itd.?
Zaključivanje projekta	Da li je jasno u kom je stanju projekat na kraju? Da li je jasno šta tada treba da se dogodi? Da li postoji mehanizam za prepoznavanje i priznavanje doprinosa svih učesnika? Da li je jasno kome će i na koji način projekat biti predat kada bude vreme da postane normalni deo rada organizacije? Da li je pripremljena (i testirana) sva relevantna dokumentacija?)
Preispitivanje	Da li postoji mehanizam (planiran na početku) za preispitivanje vođenja projekta? Da li postoji način da se naučeno prenese i na druge delove organizacije? Da li postoji način da se naučeno prenese na naredne projektne timove?

Ovih pet stadijuma planiranja moraju biti razjašnjeni sa sponzorom/timom koji upravlja projektom pre nego što se opredele značajni resursi.

3.6.2 Organizaciona struktura

“Sponzor“	Tipično viši rukovodilac	Obezbeđuje liderstvo Obezbeđuje sredstva Obezbeđuje ovlašćenja Nije uključen u detalje
		
Rukovodilac projekta	Tipično – menadžer koji odgovara sponzoru. Obično to nije novo radno mesto, osim ako za to ne postoje konkretni razlozi, npr. taktički ili tehnički	Pristup najvišem rukovodstvu Pregovara za nove resurse Može da bude i rukovodilac projekta Ako postoji tim rukovodilaca, funkcioniše kao predsedavajući Podstiče napredak Izveštava sponzora Koristi ovlašćenja delegirana od strane sponzora
		
Projektni tim	Po celoj organizaciji	Pripadanje timu zasniva se na doprinosu, a ne na rangi ili reprezentativnosti Pripadanje timu dogovoreno sa sponzorom Članovi tima su u stanju da pruže svoj doprinos, rešavaju zadatke i budu deo tima

3.6.3 Uloge i aktivnosti

STADIJUM	ULOGA	ODGOVORNOST
Ciljevi projekta	Sponzor	Definiše projekat Dodeljuje sredstava Postavlja odgovorna lica Definiše faktore uspešnosti Definiše projektne rezultate Definiše krajnje rokove Sprovodi analizu rizika
Organizaciono okruženje	Sponzor	Osigurava da najviše rukovodstvo podržava ciljeve projekta
Konsultacije sa interesnim grupama	Rukovodilac projekta	Identifikuje interesne grupe i izvan granica projekta
Uspostavljanje infrastrukture	Rukovodilac projekta	Razjašnjava koji resursi se koriste Razjašnjava ciljeve i očekivanja Razjašnjava budžetski okvir Utvrđuje granice novčanih tokova

STADIJUM	ULOGA	ODGOVORNOST
Uspostavljanje procesa	Rukovodilac projekta	Imenuje članove tima Dogovara plan projekta Dobija podršku od lica koja su pretpostavljena članovima tima
Upravljanje procesom	Rukovodilac projekta	Osmišljava detaljan plan projekta u 5 stadijuma Primenjuje protokol za upravljanje projektom (PERT, Gant, itd.) Rukovodi timom Osmišljava sistem kontrole Identifikuje stadijume za izveštavanje Definiše dinamiku/rokovke Identifikuje moguće zamke i probleme Identifikuje nepredviđene izdatke Dodeljuje resurse određenim komponentama posla Održava vezu sa sponzorom Saopštava ishod procesa planiranja sponzoru
Odobrenja	Rukovodilac projekta	Vrši konačnu raspodelu budžeta / resursa
Izvršenje projekta	Rukovodilac projekta	Upravlja vremenom Predvodi tim Održava veze Kontroliše odstupanje od plana Komunicira Obezbeđuje resurse
Zaključivanje projekta	Sponzor i rukovodilac projekta	Zaključuju projekat Raspuštanju tim
Evaluacija projekta	Sponzor, rukovodilac projekta, tim i korisnici	Proveravaju stepen ostvarenosti plana Sprovode diseminaciju analize

3.7 Sastav projektnog tima

U delotvornim projektnim timovima obično:

- **Postoji osećaj postignuća**

Ljudi osećaju da dobijaju nešto članstvom u timu ili učešćem u radu tima.

Dobar rukovodilac projekta vodi računa o tome da ljudi u timovima budu vrednovani i njihov učinak bude prepoznat – na taj način se povećava šansa da se osećaju ispunjenim zbog svog učešća.

- **Svrha je jasna**

Dobrim rukovodiocima projekta je sasvim jasna svrha aktivnosti tima i maksimalno nastoji da to prenese članovima svoga tima.

- **Svrha je zajednička (u tom smislu da svi stalno imaju na umu i zajednički cilj)**

Pojedinačni interesi su u skladu sa interesima grupe i niko se ne oseća oštećenim (svako oseća da iz projekta nešto dobija).

Dobar rukovodilac projekta pažljivo posmatra i osluškuje da uoči eventualne pojedinačne interese koji bi mogli biti u sukobu sa interesima grupe i pokušava da nađe način da dođe do zajednički prihvatljivog rešenja.

- **Vlada atmosfera otvorenosti i iskrenosti**

Dobar rukovodilac projekta nagrađuje otvorenost (možda tako što će je pohvaliti ili „odati priznanje“).

On vodi ličnim primerom u smislu poštenja i koncentriše se na pravljenje dobre atmosfere; obraća pažnju i na male stvari kao što je pažljiv odabir mesta za sastanke ili pamćenje imena saradnika.

- **Ljudi su voljni da uče jedni od drugih, a da to niko ne doživljava kao poniženje**

Članovi tima imaju dovoljno sigurnosti (i ta sigurnost im se uliva) da se menjaju i pokažu drugima da su voljni da se menjaju i uče.

Dobar rukovodilac projekta se koncentriše na izgradnju samopouzdanja drugih (i, naravno, sopstvenog).

- **Ljudi su svesni uloge koju imaju (i u smislu stručnosti i u smislu ličnog doprinosa grupi)**

Dobar rukovodilac projekta vodi računa o tome da ljudima bude jasna njihova uloga i stalno proverava da je to tako. On podseća ljude na njihove uloge – stvari se menjaju, pa se uloge tokom vremena moraju prilagođavati.

- **Ljudi osećaju da su međusobno zavisni (svim članovima tima su potrebne veštine i lične karakteristike koje drugi poseduju)**

Dobar rukovodilac projekta stalno podseća da su nam „svima potrebni talenti i interesovanja drugih članova tima da bismo bili delotvorni kao tim i da moramo koristiti sve te veštine da bismo bili maksimalno uspešni“.

Nema profesionalne ljubomore, ljudima je jasno koliko je značajna uloga svakog od njih u timu i dobro se osećaju jer znaju da je njihova stručnost potrebna i da će biti poštovana.

Dobar rukovodilac projekta nalazi svaki mogući način da gradi poverenje i nikada ne pokušava da umanjí nečiju stručnost.

- **I pojedinci i tim u celini dobijaju povratne informacije o napretku**

Dobri lideri stalno naglašavaju postignuća tima i pojedinaca; pre toga, naravno, utvrde da su ciljevi i jasni i dostižni.

4 Šta sve može da se pojavi kao problem tokom upravljanja projektom?

Moguće zamke:

- promena budžeta
- promena rokova
- neočekivano uskraćivanje resursa
- projekat nije i drugima prioritet
- promenjeni prioriteti
- nedostatak posvećenosti drugih
- promena odnosa sa širim projektom

Rizik:

Da li možete da procenite kolika je verovatnoća da će se pojaviti neki od ovih problema? (Ako ne, kako to da utvrdite?)

Da li možete da procenite posledice pojave problema u smislu:

- cene
- poštovanja rokova
- uticaja na druge imperative?

Šta možete da učinite da smanjite verovatnoću pojave problema?

Šta možete da učinite da smanjite posledice nastalog problema?

Šta možete da učinite da amortizujete pojavu neplaniranih/nekontrolisanih rizika (tj. kako da se osigurate?)?

Kako možete da osmislite/dizajnirate/redizajnirate projekat da:

- smanjite mogućnost pojave problema
- smanjite posledice pojave problema
- maksimalno povećate kontrolu?

Majkl Džons

Profesor menadžmenta u zdravstvu,
Fakultet za biznis Univerziteta u Midlseksu,
Velika Britanija

Vladimir Bumbaširević

Dekan Medicinskog fakulteta
Univerziteta u Beogradu

Literatura

Cleland DI, Gareis R (2006). *Global project management handbook*. Chapter 1: "The evolution of project management". McGraw-Hill Professional, NY.

Dinsmore PC et al (2005) *The right projects done right!* John Wiley and Sons, London.

Ireland LR (2006) *Project Management*. McGraw-Hill Professional, NY.

Kousholt B (2007). *Project Management – Theory and practice*. Nyt Teknisk Forlag, Copenhagen.

Kwak YH (2005). *A brief history of Project Management*. In: The story of managing projects. Carayannis EG et al. (9th ed), Greenwood Publishing Group. Westport, CN.

Lock D (2007) *Project management* (9th ed.) Gower Publishing, Ltd. Farnham, UK.

Phillips J (2003). *PMP Project Management Professional Study Guide*. McGraw-Hill Professional, NY.

Stevens M (2002). *Project Management Pathways*. Association for Project Management. APM Publishing Limited. Princes Risborough, Buckinghamshire.

Witzel M (2003). Fifty key sikas in management. Routledge, London. <http://www.ipma.ch/publication/Pages/ICB-IPMACompetenceBaseline.aspx>

Uvod

Gantov dijagram je instrument za praćenje i kontrolu vremenske komponente projekata. To je horizontalni stupčasti dijagram koji grafički prikazuje vremenske odnose koraka u projektu.

Ovaj dijagram, čiji je autor Henri Gant, predstavlja jednostavan, ali koristan grafički instrument koji pomaže da se vizuelno prikaže dinamika projekta.

- Na x osu se unosi vreme, sa datumima, a na y osu se unose projektni zadaci.
- Zadaci se prikazuju kao ispunjeni stubići između datuma procenjenog početka i završetka.
- Da se pokaže zavisni odnos, mogu se uneti i strelice koje povezuju ove zadatke.
- Kao dodatni ilustrativni elementi mogu se koristiti rombovi za prelomne, odnosno ključne tačke, ili ispunjeni krugovi za datume sastanaka.

Ovaj dijagram pokazuje

- ključne tačke i ciljne datume
- proteklo vreme za postizanje ključnih tačaka
- odnos između ključnih tačaka.

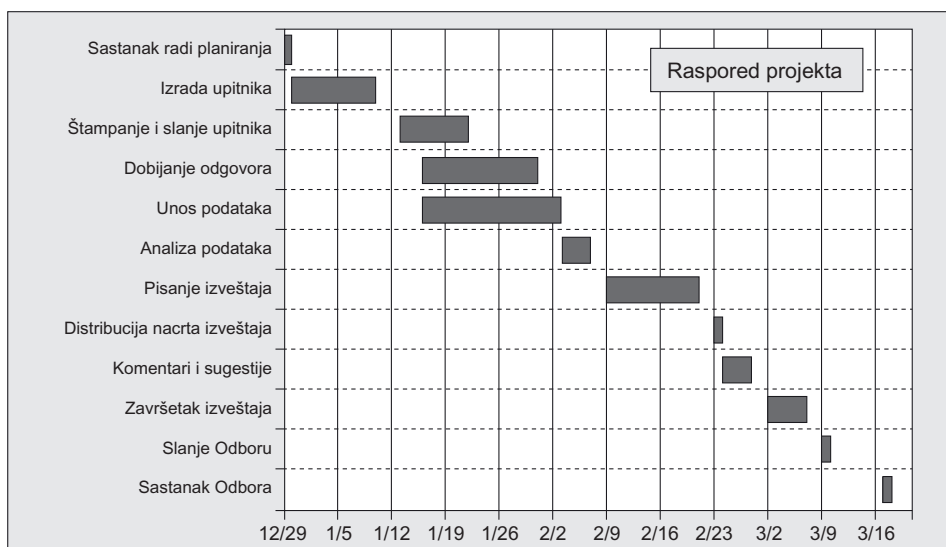
Prekretnica	Nedelja 1	Nedelja 2	Nedelja 3	Nedelja 4	Nedelja 5	Nedelja 6	Nedelja 7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

Pitanja koja treba postaviti i na koja treba odgovoriti:

Šta treba da se uradi?

Ko će to da uradi?

Kada će to da bude urađeno?



REFORMA ZDRAVSTVENOG SEKTORA – SPROVOĐENJE I PROMOVISANJE PROMENA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Majkl O'Rurk

Bojana Matejić

Deo 1: Pritisci koji su usloveli promene u bolnicama u razvijenim zdravstvenim sistemima

1 Neki od pokretača promena

Širom sveta, pritisci na bolnički sektor dovode do promena u načinu funkcionisanja bolnica. Primeri:

Promene u broju i vrsti slučajevâ sa kojima se lekar susreće⁴

Već duže vreme prisutan je trend sve veće specijalizacije u obavljanju posla, što ograničava broj stanja i bolesti koje jedan specijalista može da dijagnostifikuje i leči. Potrebna je veća raznovrsnost slučajeva kako bi osoblje bolnice ostalo u toku i kako njihove specijalističke veštine ne bi opadale zbog slabijeg korišćenja. S druge strane, veća raznovrsnost zahteva i mnogo veća populacija korisnika nego što je to bio slučaj ranije, uslovljavaju da danas bolnice pokrivaju veće teritorije sa kojih se pacijenti upućuju.

Sve veća specijalizacija za određenu oblast

Jedna od posledica novih načina obuke i sve uže specijalizacije za određenu oblast je činjenica da tim određene specijalnosti vrlo često mora biti dostupan 24 sata dnevno. To zahteva mnogo veće ekipe obučениh stručnjaka nego u prošlosti, kada su se timovi oslanjali na lekare na specijalizaciji ili lekare opšte medicine, što takođe dovodi do povećanja rashoda bolnice.

Promene u praksi zapošljavanja

Uputstva koja se odnose na radno vreme i druga slična pravila oduvek su imala ogroman uticaj na mogućnost bolnica da organizuju i kadrovski obezbede manje službe, pri čemu se, opet, nameće značajno pitanje troškova.

Poboljšanje efikasnosti

Bolnice su pod pritiskom da smanje troškove, posebno uvođenjem sistema nadoknade troškova zasnovanih na skupu različitih slučajeva⁵. Takođe se javljaju inicijative usmerene na smanjenje troškova eliminisanjem dupliranja usluga i smanjenjem fiksnih troškova. *Re-inžinjer*ing poslovnih procesa pružio je menadžerima alate kojima mogu unaprediti produktivnost, smanjiti sistemске troškove i fokusirati se na

4 Eng. caseload, reč koja nema precizan prevod na srpski jezik. (prim. prev.)

5 Eng. casemix (prim. prev.)

efikasnost. Ove promene stvaraju podsticaj bolnicama da se manje bave kapitalnim ulaganjima, kao što je, na primer, izgradnja novih kapaciteta.

Bezbednost i kvaliteta

Bolnice postaju rizična mesta. Ne samo da značajan broj pacijenata doživi negativno iskustvo tokom boravka u bolnici, već je приметna i rastuća incidencija bolničkih multirezistentnih infekcija, što naglašava potrebu za njihovom kontrolom.

Briga za bezbednost pacijenata i ishod lečenja postali su važni pokretači promena u medicini i ulogama kliničkog osoblja. Uporedo sa povećanjem složenosti različitih tretmana, ovi faktori će sve više dovoditi bolnice u situaciju da moraju da razmotre da li i dalje treba da pružaju određene specijalističke usluge, kao što su:

- hirurške intervencije na veoma maloj deci
- zbrinjavanje nekih oblika teških trauma
- vaskularna mikrohirurgija
- lečenje određenih oblika malignih bolesti.

Navedene specijalističke usluge, kao i neke druge, sve više se pružaju isključivo u centrima tercijarne zdravstvene zaštite.

Tehnologija

Dostignuća u dijagnostici, anesteziologiji, imidžingu, video-konferencijama, robotici i komunikacijama utiču na to da bolnice postaju izuzetno skupi sistemi, zavisni od visoke tehnologije i opreme.

Konzumerizam

Rastuća potrošačka moć širom Evrope stvara pritisak da se unapredi organizaciona odgovornost pružanja usluga u zdravstvenom sektoru, kao i u drugim sektorima društva. Međutim, jasno je da postoji i značajan deo javnosti koji se protivi promenama u načinu funkcionisanja lokalnih bolnica i nalazi načine da im se odupre i zaustavi ih, što otežava ozbiljnije promene unutar bolnica.

2 Izazovne pretpostavke

Identifikovano je nekoliko ključnih pitanja koja se odnose na politike organizovanja i planiranja u bolnicama, na osnovu kojih je moguće bolje shvatiti njihovu novu ulogu u sistemu zdravstvene zaštite.

Koje usluge zdravstvene zaštite bolnica treba da pruža?

Jedan od važnih aspekata koje treba razmotriti je radno opterećenje u bolnicama, koje je, u velikoj meri, pod kontrolom same bolnice ili je pod kontrolom sistema zdravstvene zaštite. Upotrebom odgovarajućih podsticaja i efikasnih protokola zdravstvene nege, posebno kada se radi o hroničnim bolestima, moguće je značajno smanjiti mnoge bolničke aktivnosti, naročito one koje se odnose na hitne slučajeve i ležeće bolesnike, tako da alternative bolnicama (npr. primarna zdravstvena zaštita) dobijaju na značaju.

Hitna služba i urgentna dijagnostika

Samo mali broj pacijenata dolazi do hitne službe usled velike traume (obično <1% u Evropi). Iako se procenti razlikuju, što je odraz razlike u politici prijema pacijenata, oko 65% pacijenata dolazi u hitnu službu usled manje ozbiljnih bolesti i povreda (mada, 40–50% prijema u bolnicu ide preko ove službe). Ovi pacijenti, koji ne moraju da budu bolnički lečeni, ipak ostaju u bolnicama, budući da se osećaju kao da nemaju drugu alternativu. Ipak, dobro dizajnirani alternativni oblici zaštite postoje u većini razvijenih zemalja mogu biti efikasniji i prihvatljiviji za pacijente. Ovi modeli uključuju organizovanje dostupne primarne zaštite i posle radnog vremena, kao i zasebnih ambulanti za zbrinjavanje manjih povreda, u kojima pretežno radi srednji medicinski kadar. Budući da su ovakve jedinice nege male, mogu se rasporediti na široj teritoriji, tako da budu dostupnije pacijentima.

Nega ležećih bolesnika

U bolnicama postoji značajan broj ležećih pacijenata u odeljenjima za akutna stanja i oboljenja, koji više nemaju koristi od intenzivne medicinske zaštite i sestrinske nege po ustaljenom režimu. Ovim pacijentima bi više odgovarala druga vrsta nege. Na odeljenjima interne medicine i ortopedske hirurgije, takvi pacijenti mogu činiti i više od 50% ležećih pacijenata. Jasno definisani protokoli mogu, u izvesnoj meri, dovesti do smanjenja ovog procenta, ali se u Evropi ostvaruje najveća dobit od pružanja alternativnih vidova nege, kao što su postelje namenjene rehabilitaciji, specijalizovana sestrinska nega, programi kućne nege i lečenja i domovi sestrinske nege. Ipak, treba naglasiti da ove opcije, iako često dovode do poboljšanja kvaliteta života pacijenata, ipak ne dovode do značajnije uštede, osim ukoliko bolnica može da smanji fiksne troškove u vezi sa nepopunjenim posteljama.

Razvoj dnevne hirurgije

Dostignuća u anesteziji i hirurškim tehnikama, posebno minimalno invazivnim procedurama, dovode do toga da mnoge operacije, za koje je nekada bilo potrebno bolničko lečenje od nekoliko dana, danas mogu biti završene u ambulantnim uslovima. U SAD, više od 50% svih operacija obavlja se u dnevnoj hirurgiji.

Pedijatrija

Oblast pedijatrije je pretrpela posebno velike promene. Kombinacija imunizacije, unapređenja socijalnih uslova, veće sigurnosti namirnica i drugih faktora, dovodi do toga da se mnoge teške bolesti, koje su nekada bile karakteristične za period detinjstva, sada retko javljaju. Kao posledica toga, sve više dečijih bolnica pruža ambulantne usluge i pedijatrijske službe postaju izrazito specijalizovane i koncentrisane u pedijatrijskim centrima na tercijarnom nivou.

Akušerstvo

Oblast akušerstva se takođe menja. Preispituje se potreba za izrazitom medikalizacijom – pojavom koja u mnogim zemljama prati rođenje deteta, budući da je sve više dokaza o neefikasnosti različitih rutinskih intervencija. U zemljama sa zadovoljavajućim uslovima stanovanja dolazi do značajnog smanjenja

vremena provedenog u bolnici nakon normalnog porođaja – obično je to 24 časa i manje. Međutim, istovremeno raste pritisak javnosti da se omogući porođaj sa minimalnim rizikom i bolom.

Dakle, akušerstvo trpi dve vrste pritiska suprotnog smera. Postoji podrška za osnivanje nezavisnih centara koje vode babice, za žene čije su trudnoće niskog rizika. Međutim, pored ove inicijative, čini se da želja porodilja da koriste mogućnosti za otklanjanje bolova tokom porođaja (epiduralna anestezija) i defanzivna praksa (medicinske procedure sa manjom mogućnošću da budu predmet tužbi) vode ka porastu broja asistiranih porođaja.

Unapređenja dijagnostičkih procedura

U oblasti dijagnostike, tendencije smanjenja i minimalizacije troškova dovode do decentralizacije aktivnosti koje su nekada bile koncentrisane u centralnoj laboratoriji. Nove vrste opreme omogućavaju da se osoblje obuči da obavlja široki spektar osnovnih testova, a da pri tome ne angažuje dve ili tri druge službe.

U oblastima u kojima je neophodno stručno tumačenje rezultata, kao što je to patologija, jedna služba može biti osposobljena da pruža usluge za potrebe nekoliko bolnica.

3 Organizacija unutar bolnica

Unutrašnje uređenje bolnica se takođe preispituje u svetlu novih protokola nege, tako da i raspored odražava proces brige o pacijentima. Ovakav pristup može unaprediti efikasnost bolnica.

Bolnička odeljenja su često bila oformljena na osnovu tradicionalne podele medicinskih disciplina, hirurških specijalnosti i drugih funkcionalnih entiteta, a ne na osnovu potreba pacijenata. Zato se postavlja pitanje strukture u bolnicama.

Usko posmatrano, usluge se mogu grupisati prema funkcionalnom sistemu, što omogućava specijalistima različitih profila, ali istog predmeta interesovanja, da sarađuju. Ovakav pristup je danas uobičajen u oblastima kardiologije i kardiohirurgije, kao i neurologije i neurohirurgije. To zapravo znači zajedničko korišćenje službi kao što su imidžing i intenzivna nega u prostorijama koje se fleksibilno koriste za različite namene.

Široko posmatrano, službe se mogu organizovati na osnovu težine kliničke slike i potreba pacijenata, a ne specijalnosti, tako da postoje odeljenja za kritične slučajeve, akutne slučajeve, pogoršanja i ambulantne pacijente. Ovakav pristup opisuje se kao graduirani model organizovanja.

Kao rezultat nastojanja da se smanje nepotrebni prijemi i da se promovišu što raniji otpusti, u bolnice će se primati pacijenti u sve težem stanju. To ukazuje na potrebu da se obezbedi mogućnost zbrinjavanja pacijenata u kritičnom stanju u što većem obimu, a ne da takva usluga bude ograničena na specijalizovane službe. Pored toga, biće neophodno promeniti odnos broja operacionih sala i broja postelja, i to u korist operacionih sala, imajući u vidu da se skraćuje vreme boravka pacijenata u bolnici nakon operacije.

4 Mreže bolnica

Bolnice su obično nezavisne, odnosno izolovane jedna od druge. Međutim, treba ih sagledati i kao deo šire mreže sa važnim odgovornostima prema drugim pružaocima usluga, pa se tako razvija i svest o tome da je važno sarađivati sa ustanovama primarne zdravstvene zaštite i pomoći im u menadžmentu hroničnih bolesti.

Dakle, sve je jasnije da bolnice moraju više da sarađuju međusobno. Postaje sve manje izvodljivo da jedna bolnica samostalno pruži ceo spektar usluga, tako da je neophodno da se udruže kako bi zajednički koristile raspoložive kliničke, tehničke i tehnološke kapacitete.

Deo 2: Pitanja reforme bolničkog sektora: međunarodni trendovi

1 Pregled

Bolnice su važna komponenta sistema zdravstvene zaštite, koji podrazumeva niz povezanih, organizovanih i finansiranih aktivnosti, programa i ustanova, čiji je zajednički cilj očuvanje zdravlja nacije.

Bolnice su vrlo skupe – na njih odlazi značajan deo budžeta za zdravstvenu zaštitu. U većini zapadnih zemalja to je oko 50%, a u zemljama bivšeg Sovjetskog saveza i azijskim zemljama ponekad i preko 70%.

Organizacija i politika bolničkog sektora utiču na sve ostale aspekte zdravstvenog sistema. Ukoliko bolničke politike nisu usklađene, postoji mogućnost negativnog uticaja na druge delove sistema, na zdravlje ili ekonomsko blagostanje populacije (npr. visoki troškovi bolničke zaštite smanjiće njenu dostupnost i dovesti do siromašenja stanovništva, jer će se ljudi zaduživati da bi sebi obezbedili zdravstvenu zaštitu). Ukoliko veći deo zdravstvenog budžeta odlazi na bolnice, manje sredstava će biti opredeljeno za primarnu zdravstvenu zaštitu, prevenciju i javno zdravlje.

Bolnice bi trebalo da budu u toku sa novim medicinskim dostignućima, kako bi pružale optimalnu zaštitu korisnicima, uz korišćenje novih tehnologija i savremenog lečenja. Takođe, bolnice treba da reaguju na promene potreba stanovništva i trendova bolesti. Tako je u zapadnim zemljama fokus na problemima sve većeg broja starije populacije, a to su najčešće sindromi više udruženih bolesti, kao i zbrinjavanje akutnih epizoda bolesti. Bolesti koje su povezane sa stilovima života – maligne i kardiovaskularne bolesti, kao i bolesti koje su u vezi sa starošću, sve više su u fokusu ovih bolnica.

Potrebno je mnogo vremena da se isplanira i izgradi, ili renovira bolnica, tako da je neophodno pažljivo analizirati njene funkcije i opterećenje, budući da se radi o velikoj investiciji (u zgrade, opremu, plate zaposlenih). Kao profesionalne institucije, trebalo bi da prate nova tehnološka dostignuća, kako bi pružile najsavremeniju zaštitu.

U zapadnim zemljama, sve su prisutniji sledeći trendovi:

- Dugoročno smanjenje prosečne dužine bolničkog lečenja;
- Sve ozbiljniji profil lečenih pacijenata – npr. samo teži slučajevi dolaze do bolničkog lečenja, a alternativna zaštita (uključujući primarnu zdravstvenu zaštitu) nastavlja sa praćenjem pacijenta posle otpusta;
- Kao posledica prethodno navedenog trenda, bolnice funkcionišu na mnogo višem tehnološkom nivou, kako bi zbrinule sve ozbiljnije zdravstvene probleme korisnika;
- Smanjuje se kapacitet bolnica – generalno se smanjuje broj postelja u bolnicama;
- Sve su dostupnije alternative skupom bolničkom lečenju, kao što su dnevna hirurgija, dobra preoperativna priprema i dnevna bolnica za određena stanja (npr. dijaliza, hemioterapija malignih bolesti i drugo);
- Planiranje potreba za bolničkim i specijalističkim profilom zasnovano na dokazima, dostupnosti novih tehnologija i epidemiološkim procenama. To znači da se bolnice redovno reorganizuju; npr. broj postelja smanjuje se u korist kapaciteta dnevne hirurgije, ili se smanjuje dužina bolničkog lečenja, ukoliko postoji alternativa u zajednici koja preuzima postoperativno zbrinjavanje; ili: povećava se broj postelja namenjenih starim licima u odnosu na broj pedijatrijskih postelja – ukoliko broj mlađeg stanovništva ne raste; dakle, raste broj postelja za bolesti i stanja starijeg stanovništva – na ortopediji, onkologiji, odeljenjima koja se bave cerebrovaskularnim poremećajima – jer se broj starijeg stanovništva uvećava;
- Ne postoji „prava veličina“ bolnica, ukoliko se uzmu u obzir procene o morbiditetu populacije od različitih bolesti i budućim trendovima. Bolnice bi trebalo da imaju sposobnost adaptacije na nove okolnosti i da su sposobne da realociraju svoje resurse po potrebi (tehnološke, ljudske i opremu);
- Razvoj referentne mreže sa jasno definisanim ulogama omogućava bolnicama da koordiniraju usluge (kako bi se izbegla nepotrebna dupliranja, povećala efikasnost i izgradila dobra baza osnovnih usluga). Na primer, biće najbolje da bolnice budu manje (na osnovu procenjenih populacionih i epidemioloških trendova), sa dostupnim, jasno definisanim vrstama zdravstvenih usluga. Ovo definisanje uloga ustanove znači precizno određivanje vidova zdravstvene zaštite koji se pružaju korisnicima, neophodnih tehnologija, obuke i podrške zaposlenima, dijagnostičkih kapaciteta i svega ostalog što je neophodno da bi bolnica ispunila svoju ulogu. Idealno bi bilo da postoji koordinacija u okviru mreže bolnica u pogledu veličine, lokacije i funkcija, što bi pokrilo sve potrebe populacije kojoj je bolnička zaštita namenjena (u lokalnoj zajednici, okrugu, na nivou grada ili čitave države).

2 Akreditacija, upravljanje i unapređenje funkcionisanja bolnica

Akreditacija postaje sve značajnija za bolnice u razvijenim društvima. To je proces spoljnog ocenjivanja performansi jedne organizacije i saopštavanja u kojoj meri su dostignuti unapred definisani standardi. Cilj je da se organizacijama omogući napredovanje, da se procene performanse u odnosu na postavljene standarde i da se korisnicima obezbedi osnova za procenu performansi te organizacije.

Akreditacija se fokusira na sistemske procese i sveukupno poboljšanje.

Implikacije ovog procesa su važne – u mnogim zemljama, finansiranje i podrška organizaciji direktno zavise od toga da li je ta organizacija akreditovana, što potvrđuje nezavisno akreditaciono telo.

U mnogim zemljama dostupne su zvanične rang-liste bolnica na osnovu njihovih performansi.

U Nacionalnoj zdravstvenoj službi, bolnice su javno rangirane i grupisane na osnovu kriterijuma – vremena čekanja na lečenje, vremena čekanja na lekarski pregled i drugo. U SAD, zdravstvene agencije objavljuju podatke o bolnicama i lekarima na osnovu kliničkih ishoda bolničkog lečenja (npr. stopa umiranja).

Na međunarodnom nivou, fokus je sve više na upravljanju⁶ – korporativnom i kliničkom. Zdravstvene organizacije su odgovorne za standarde i performanse u pružanju svih aspekata usluga, uključujući i njihov kvalitet. Kliničko upravljanje ima poseban cilj u dostizanju očekivanih performansi koje se odnose na kliničke standarde. To ukazuje na postojanje korporativne i lične odgovornosti za procenjivanje, dostizanje i održavanje visokog nivoa kompetencija, koje osiguravaju sigurno i efikasno pružanje zdravstvene zaštite.

Kliničko upravljanje je „okvir u kome su zdravstvene organizacije odgovorne za kontinuirano unapređenje kvaliteta usluga i čuvanje standarda zdravstvene zaštite“.

Kliničko upravljanje se sastoji od dva osnovna aspekta:

- Zdravstveni menadžeri su odgovorni za dostizanje standarda u pružanju zdravstvene zaštite i za uspostavljanje strukture i okruženja koji podržavaju i unapređuju pružanje visokokvalitetne zaštite.
- Kliničari su osposobljeni da prihvate odgovornost, ne samo za kvalitet njihovih pojedinačnih kliničkih performansi, već, još značajnije, za performanse sistema uspostavljenog u partnerstvu i saradnji sa drugim zainteresovanim stranama, tj. timskim radom sa menadžerima, lekarima, sestrama i drugim zdravstvenim radnicima.

Dakle, uspešno kliničko upravljanje iziskuje razvoj jakog i efikasnog partnerstva usmerenog na poboljšanje. Zdravstvene organizacije treba da identifikuju i detaljno definišu linije odgovornosti za kliničku negu, sa kojima će biti upoznata cela organizacija.

6 Eng. governance (prim. prev.)

Upravljanje je jedan od najvažnijih trendova u razvijenim zemljama. Upravljanje u organizacijama se fokusira na sledeće:

- Menadžment kvalitetom zdravstvene zaštite usmeren je prevashodno na pacijenta.
- Organizacija prihvata odgovornost za kvalitet usluga.
- Naglašava se značaj prevencije neželjenih ishoda lečenja kroz poboljšanje procesa.
- Zaposleni svih profila preuzimanju odgovornost za standarde sopstvenog rada.
- Postojanje efikasne službe koja se bavi savetovanjem i izveštavanjem sa ciljem da promoviše unapređenja u okviru organizacije.
- Kvalitet zdravstvene zaštite se sistematski meri sa fokusom na protokole.

3 Usmerenost na unapređenje kvaliteta

Bolnice na zapadu su sve više usmerene na unapređenje kvaliteta, kontinuirani i sistematski pristup u organizaciji kako bi se sprečile greške, prevazišli problemi, poboljšali standardi usluga, ostvarila efikasnost i osiguralo da svi preuzmu odgovornost za ove procese.

Uobičajeno je da bolnice koriste standardne metodologije osiguranja kvaliteta prevashodno usmerene na:

- korišćenje podataka i informacija za merenje poboljšanja;
- zadovoljstvo korisnika, stavljanjem pacijenta u prvi plan;
- sistematski pristup uspostavljanju kvaliteta – izveštaji, kontrolne liste, revizije, upitnici itd.;
- metod ciklusa kvaliteta – procenjivanje problematičnih aspekata, preduzimanje neophodnih aktivnosti i evaluacija uspešnosti tih aktivnosti;
- timski rad;
- metode unapređenja kvaliteta kliničkih parametara, koje se zasnivaju na praćenju mortaliteta i morbiditeta, kao i neželjenih ishoda i incidentnih događaja;

Pristup unapređenju kvaliteta zahteva posvećenost i uključivanje celokupne organizacije u taj proces. Tako i razloge lošeg kvaliteta treba tražiti u neefikasnom ili loše dizajniranom sistemu, a ne samo u pojedinačnim performansama, a mogućnosti za unapređenje leže u sistemskom pristupu.

Bolnice obično imaju određeni kadar nadležan za pitanja kvaliteta, odbore za kvalitet koji pokrivaju celu ustanovu i redovan proces procenjivanja kvaliteta.

Kvalitet, akreditacija i upravljanje su srodne oblasti. Kvalitet ima široko prihvaćene aspekte, koji pomažu da se definiše šta se procesima unapređenja kvaliteta želi postići.

Tabela 1: Strategije unapređenja kvaliteta u razvijenim zdravstvenim sistemima

Aspekti unapređenja	Šta je uključeno
<i>Tehničke performanse</i>	Da li zadaci koje obavljaju zdravstveni radnici odgovaraju postavljenim standardima.
<i>Delotvornost zaštite</i>	Postizanje planiranih ishoda.
<i>Efikasnost pružanja usluga</i>	Koliko su postignuti ishodi uspešni u odnosu na troškove i ulaganja. Zdravstvena služba treba da osigura da se sredstva koriste tako da se ostvari vrednost za uloženi novac.
<i>Sigurnost</i>	Svođenje na minimum rizika od povreda, infekcija i drugih opasnih neželjenih pojava.
<i>Dostupnost usluga</i>	Osiguravanje da na pružanje usluga ne utiču geografske, finansijske, socijalne i organizacione prepreke.
<i>Međuljudski odnosi</i>	Poverenje, poštovanje, poverljivost, ljubaznost, odgovornost, empatija, aktivno slušanje i komunikacija između pružalaca i korisnika usluga.
<i>Kontinuitet zaštite</i>	Isti pružalac usluga u celom toku lečenja, a gde je to potrebno, blagovremeno upućivanje i povezivanje sa odgovarajućim službama/osobama itd.
<i>Fizička infrastruktura i komfor</i>	Čistoća, privatnost, komfor i fizička dostupnost.

Svi ovi aspekti kvaliteta su važni u procesu akreditacije, budući da su, potencijalno, osnova za definisanje standarda i proces unapređenja organizacije.

Tabela 2: Primena pristupa unapređenju kvaliteta na aktuelne probleme u bolnicama

Aktuelni problemi u bolnicama	Primenjene metode i pristupi	Potencijalna rešenja
Kašnjenja u izveštavanju o rezultatima laboratorijskih testova	• Upitnik / istraživanje da bi se procenio obim problema • Liste provere za merenje procesa u prikupljanju uzoraka, za laboratorijske aktivnosti i izveštavanje • Revizija laboratorijskih zahteva da se izmeri neophodnost testova • Pregled laboratorijske opreme • Oluja ideja („brainstorming“) osoblja laboratorije	• Razvoj protokola i vodiča za zahteve koji se odnose na laboratorijske testove • Rešavanje problema nabavke (npr. reagenasa) • Utvrđivanje koji zahtevi za testovima su prioritetni • Izrada plana postizanja kvaliteta usluga laboratorije sa vremenom potrebnim za određene testove • Bolji nadzor i kontrola u laboratoriji

Aktuelni problemi u bolnicama	Primenjene metode i pristupi	Potencijalna rešenja
Smanjenje postoperativnih infekcija	• Provera medicinske dokumentacije u cilju merenja obima problema • Prepoznavanje trendova / zajedničkih karakteristika / promena koje zavise od doba u godini • Liste za proveru opreme – npr. sterilizatora itd. • Oluja ideja – hirurgi i sestre	• Zajednička izrada standarda postoperativnog toka • Rešavanje problema opreme • Redovna analiza slučajâ, kako bi se i greške iskoristile za unapređenje prakse • Razvoj sistema upravljanja podacima – praćenje promena
Dugo vreme čekanja u ambulantnim službama pri bolnicama	• Ispitivanje pacijenata kako bi se utvrdilo vreme čekanja • Korišćenje analiza medicinske dokumentacije ovih službi • Analiza kadrova i rasporeda • Praćenje službi sa dugim vremenom čekanja • Klinička procena ozbiljnosti slučajeva na čekanju	• Pravljenje novog rasporeda i realokacija zaposlenih sa najmanje opterećenih službi • Uspostavljanje sistema trijaže na prijemima • Uspostavljanje sistema zakazivanja pregleda (npr. po jedan pregled na svakih pola sata) • Davanje saveta pacijentima da odu kod izabranog lekara opšte prakse ukoliko nisu u teškom stanju • Kombinovanje sa uslugama komplementarnih specijalnosti

4 Pravila koja se odnose na prijem pacijenata

Bolnice se suočavaju sa stalnim zahtevima. Uobičajeno je da su budžeti ograničeni i da je finansiranje na jednakom, ili neznatno višem nivou nego prethodne godine, pri čemu je izvesno da će i broj prijema ostati isti, ili se čak uvećati. Sa porastom cena lekova i potrošnog materijala, bolnicama je sve teže da se snađu u okviru svog budžeta.

Jedan od najčešće korišćenih metoda za rešavanje ovog problema je kontrolisanje i ograničavanje prijema. Bolnice to postižu na sledeće načine:

- Razvojem kriterijuma za bolnički prijem, kojima se, npr., utvrđuje koja stanja i slučajevi moraju biti lečeni bolnički. U tom smislu, lekari treba da osiguraju da zaista samo ozbiljno bolesni ljudi budu smešteni u bolnice – bilo putem zakazanih i unapred planiranih intervencija, bilo kao hitni slučajevi, primljeni putem urgentne službe.

-
- Procenom korišćenja, tj. procenom načina na koji se koriste resursi. Naglasak je na odgovarajućem i efikasnom korišćenju resursa. U kliničkim granama procenjuje se da li korišćenje određenih testova ili terapijskih režima utiče na ishod lečenja i nege (u kliničkom smislu ili kao ušteda na račun nepotrebnih intervencija).

To je kontinuirani proces u kome se proverava opravdanost prijema kao i tretmana koji pacijent dobija (da li je tretman u skladu sa standardima, da li je pacijent dobio odgovarajuće lekove i da li su urađeni preventivni testovi, da li je pacijent dugo ostao u bolnici i iz kog razloga, da li su postojale bolje alternative – u kliničkom i ekonomskom smislu (npr. da li je mogao biti korišćen jeftiniji generički lek)).

Primeri praćenja procesa korišćenja:

SMANJENJE BROJA NEPOTREBNIH BOLNIČKIH DANA

Priprema pacijenata za bolnički prijem treba da bude obavljena pre nego što pacijent dođe u bolnicu, u ambulantnim uslovima.

Dani bolničkog lečenja koji su nepotrebni u medicinskom smislu – npr. kada pacijent samo čeka na rezultate – mogu biti smanjeni identifikovanjem tih „izgubljenih“ dana i restrukturiranjem programa.

POVRATNE INFORMACIJE O DUŽINI LEČENJA

Podaci o dužini lečenja se mogu „vratiti“ hirurгу koji je bio zadužen za određenog pacijenta, da ih proceni i razmotri da li se na sistematičan način može smanjivati dužina ležanja, a da se ne kompromituje briga o pacijentu.

KORIŠĆENJE OPERACIONIH SALA

Kako bi se osiguralo da operacione sale funkcionišu na najefikasniji način, prikupljaju se informacije o dužini operacija, kašnjenju, prekoračenju planiranog vremena, otkazivanju itd. Na ovaj način se bolje planira korišćenje operacionih sala. Ukoliko se proceni da je hirurg neefikasan – ograničava mu se vreme; smanjuje otkazivanje operacija; više vremena ostavlja za lekare sa većim opterećenjem; prave se kadrovske promene itd.

5 Otpusti

Bolnice konstantno traže mehanizme kojima bi se obezbedilo da primljeni pacijenti provedu u bolnici samo onoliko vremena koliko je zaista neophodno. Tako se proces planiranja otpusta odvija gotovo istovremeno sa prijemima u većini modernih bolnica.

Posebni specijalistički timovi sestara, doktora i socijalnih radnika procenjuju stanje pacijenta (starost, onesposobljenost, težinu kliničke slike) i očekivanu dužinu boravka u bolnici. Tada se procenjuje i pod kojim uslovima pacijent može

biti otpušten sa bolničkog lečenja – npr. da li pacijent kod kuće ima nekoga ko može da se stara o njemu, da li izabrani lekar može da preuzme dalju brigu o njemu, da li postoji mogućnost da pacijent ima redovnu sestrinsku kućnu negu, da li pacijent ima odgovarajuće stambene uslove, npr. grejanje, struju i sl., da li je potrebno da pacijent boravi u staračkom domu.

Svi ovi aspekti zahtevaju pažnju i procenu. Tim koji planira otpuste za svakog pacijenta traži najbolje rešenje, kako bi se obezbedilo efikasno funkcionisanje bolnice. Ukoliko pacijenti ostaju na bolničkom lečenju bez potrebe, a postoje alternative, onda je to gubitak dragocenih resursa, kao što je bolnička postelja sa obezbeđenim najboljim kadrom

6 Kontrolisanje nepotrebnog bolničkog lečenja

Nepotrebno bolničko lečenje je potencijalno neefikasno korišćenje resursa. Postoji nekoliko modela kojima se neproduktivno vreme boravka u bolnici može svesti na minimum.

Tabela 3: Modeli kontrolisanja nepotrebnog bolničkog lečenja

Model	Postupci
Pre prijema	
Testovi i dijagnostika pre operacije	Pacijentu se zakazuje prijem. Pre prijema se van bolnice odrade svi rutinski i skrining testovi kako bi se rasteretila bolnica..
Prijem na dan operacije	Pripremajući se na prethodno navedeni način, pacijent se prima u bolnicu neposredno pre operacije.
Planiranje lečenja	
Korišćenje kliničkih vodiča u planiranju, određivanju vrste, redosleda i obima usluga	Klinički vodiči za komplikovane procedure.
Planiranje otpusta	
Službenik koji planira dalje zbrinjavanje pacijenta po otpustu	Službenik koji može da uspostavi vezu koja je neophodna pacijentu, npr. sa kućnom negom, ustanovama za dugotrajno zbrinjavanje, hostelima ili opštom praksom, u cilju što ranijeg otpusta pacijenata.
„Bolnica u kući“	Specijalistički program osmišljen da obavlja specifične procedure u domu pacijenta posle (ili umesto) bolničkog lečenja. Ovakav program vode posebno obučeni specijalisti iz primarne zdravstvene zaštite, naročito specijalisti opšte medicine, gerijatri, specijalisti palijativne medicine i drugi.

Model	Postupci
Modeli podeljene odgovornosti	Klinički programi koji koordiniraju usluge bolničkih specijalista i lekara opšte medicine. Integrisani model zaštite u kome obe grupe lekara sarađuju na protokolima i kliničkim putevima, definišući šta treba uraditi u bolnici, a šta se može uraditi u zajednici, kao deo kontinuirane brige o pacijentu. Informacije o pacijentu i njegovom stanju su dostupne za obe grupe stručnjaka, što se i podrazumeva u planiranom timskom pristupu.

7 Protokoli za procenu opravdanosti bolničkog lečenja

Ovakvi protokoli se široko primenjuju u kontroli prijema na bolničko lečenje u visokorazvijenim zemljama zapadne Evrope.

Protokoli omogućavaju da se proceni u kojoj meri je prijem opravdan – da li je pacijent ozbiljno bolestan, ili da li postoji potreba za uslugama koje pacijent može dobiti samo u bolničkim uslovima. Bolnički dan je opravdan ukoliko je pacijent ozbiljno bolestan ili ukoliko je pacijentu potrebno da dobije medicinsku, sestrinsku ili pomoćnu negu, koja se pruža samo u bolničkim uslovima.

Tipičan set kriterijuma za prijem prikazan je u tabeli 4.

Protokoli za procenu su jednodimenzionalni, odn. svaki kriterijum se razmatra zasebno, nezavisno od drugih. Ukoliko je bilo koji od tih kriterijuma ispunjen, prijem ili dnevna bolnička usluga su opravdani. Ukoliko nijedan kriterijum nije ispunjen, nema opravdanja za prijem ili druge bolničke usluge.

Tabela 4: Modifikovani kriterijumi prijema na osnovu protokola za evaluaciju opravdanosti bolničkog lečenja

Kriterijum	Detalji
1 Iznenadna pojava nesvesnog stanja	Koma ili stanje u kome pacijent ne reaguje na spoljne draži kao akutne promene. Uključuje gubitak svesti posle traume, koja se dogodila u toku upućivanja u bolnicu. Isključuje dezorijentaciju ili konfuziju.
2 Abnormalno visoke ili niske vrednosti frekvencije pulsa	Ispod 50 i preko 140 otkucaja u minuti, što je zabeleženo u najmanje dva merenja sa razmakom od 5 minuta.
3 Abnormalno visok ili nizak krvni pritisak	Sistolni pritisak ispod 90 ili preko 200 mmHg i dijastolni pritisak ispod 60 ili preko 120 mmHg.
4 Akutni gubitak vida ili sluha	Ozbiljan ili kompletan gubitak, sa iznenadnim početkom, prisutan u vremenu prijema.

Kriterijum		Detalji
5	Akutni gubitak pokretljivosti većeg dela tela	Uključuje posledice ozbiljne traume (fraktura karlice, paraliza cele noge ili ruke), prelom vratnog dela kičme sa rizikom od povrede kičmene moždine, akutnu disfagiju uz rizik od inhalacije. Isključuje povrede samo stopala ili šake.
6	Perzistentna groznica	Groznica koja traje 5 ili više dana sa temperaturom preko 38°C.
7	Aktivno krvarenje	Uključuje kontinuiranu hemoragiju iz različitih lokalizacija, koja se na drugi način – ambulantno ne može tretirati. Takođe, odnosi se na stanja pri kojima se sumnja na unutrašnje krvarenje.
8	Ozbiljne abnormalnosti nivoa elektrolita i gasova u krvi.	
9a	Abnormalnosti elektrodijagrama	Rezultati EKG-a na pregledu ukazuju na akutnu ishemiju miokarda, kao i da je ta promena nastala neposredno pre toga („sveža“ promena).
9b	Sumnja na akutnu ishemiju miokarda	Medicinska procena da je nastala akutna ishemija miokarda, u slučaju kada nema EKG promena ili promena u biohemijskim parametrima.
10	Ponovno otvaranje rana ili evisceracija	Uključuje samo komplikacije posle lečenja, kada nastaje otvaranje rana ili ruptura šavova, što zahteva ponovno zatvaranje.
11	Nepodnošljiv bol	Ozbiljan bol iz suspektih medicinskih razloga, koji nisu mogli biti dijagnostifikovani ili adekvatno smanjeni u urgentnoj službi.
12	Parenteralna terapija i/ili nadoknada tečnosti	
13	Ozbiljne/značajne procedure u periodu od 24h od prijema	Ozbiljnim/značajnim se smatraju sve procedure za koje je neophodna opšta ili lokalna anestezija, kao i posebni uslovi za njihovo izvođenje (npr. u operacionoj sali).
14	Potrebno je zbrinjavanje pacijenta kakvo se pruža samo u bolnicama za akutna stanja	Za zbrinjavanje je neophodna oprema, prostorije i uslovi obavljanje procedura, koji postoje samo u bolnicama za akutna stanja
15	Praćenje vitalnih znakova na svaka 2 sata ili češće	Uključuje praćenje vrednosti temperature, pulsa, krvnog pritiska, neuroloških znakova, telemetrije i praćenje rada srca. Takođe je uključen sestrinski monitoring na osnovu naloga lekara, najmanje pet puta u toku dana kod pacijenata u komi, pacijenta sa ozbiljnom abdominalnim bolom ili suspektnim unutrašnjim krvarenjem.

Kriterijum		Detalji
16	Intermitentno ili kontinuirano korišćenje respiratora	Intermitentno korišćenje znači korišćenje respiratora najmanje na svakih 8 sati.
17	Prijem iz socijalnih razloga pacijenata sa niskim prihodima, upućenim sa veće udaljenosti od bolnica	Uključuje pacijente sa malim prihodima, kojima je potrebno bolničko lečenje.
18	Stariji, slabi pacijenti, sa teškom dispnejom	Odnosi se na kombinaciju kliničke dijagnoze i generalne slabosti.
19	Vrlo otežano disanje zbog bronhijalne astme	

Korišćenje protokola za procenu opravdanosti bolničkog lečenja

1. Kriterijume protokola mogu da razmotre članovi određene ekspertske grupe u okviru bolnice. Prethodno navedena lista kriterijuma može biti modifikovana na osnovu procene te ekspertske grupe.
2. Revidiranoj grupi kriterijuma može se dodati set jednostavnih uputstava za korišćenje.
3. Grupa kriterijuma i objašnjenja se može prvo testirati u određenom broju bolnica. Ovo je ozbiljan proces u toku kog se od bolničkog osoblja traži da testira podobnost kriterijuma u svojoj bolnici u toku jednog ili dva meseca i da potom pruži povratne informacije.

8 Medicina zasnovana na dokazima

Medicina zasnovana na dokazima se odnosi na korišćenje nivoâ dokaza o efikasnosti specifičnih tretmana ili modaliteta. U tabeli u nastavku sumirani su nivoi dokaza, prema međunarodno prihvaćenim kriterijumima. Kvalitet publikovanih dokaza o efikasnosti jednog terapijskog tretmana odslikava se u stepenu preporuke za korišćenje tog protokola.

Stepen preporuke

A	Dobri dokazi koji potkrepljuju preporuku da tu opciju treba uzeti u obzir. Zasnivaju se na najmanje jednoj studiji prvog nivoa.
B	Zadovoljavajući dokazi koji potkrepljuju preporuku da tu opciju treba uzeti u obzir. Zasnivaju se na najmanje jednoj studiji drugog nivoa.
C	Slabi dokazi koji govore u prilog korišćenju ili nekorisćenju izvesnog protokola, ali je protokol preporučen na osnovu drugih dokaza (ekspertske mišljenje, konsenzus paneli i drugo).
D	Zadovoljavajući dokazi koji potkrepljuju preporuku da tu opciju treba isključiti iz daljeg razmatranja. Zasnivaju se na najmanje jednoj studiji drugog nivoa.
E	Dobri dokazi koji potkrepljuju preporuku da tu opciju treba isključiti iz daljeg razmatranja. Zasnivaju se na najmanje jednoj studiji prvog nivoa.

Kvalitet publikovanih dokaza

I	Dokazi na osnovu dobro dizajniranih, randomizovanih kontrolisanih studija
II-1	Dokazi na osnovu dobro dizajniranih kontrolisanih studija bez randomizacije, ili randomizovane kontrolisane studije sa nekompletnim praćenjem
II-2	Dokazi na osnovu dobro dizajniranih analitičkih studija – kohortnih studija ili studija slučajeva i kontrola
II-3	Dokazi na osnovu poređenja (vremena, mesta) sa ili bez intervencije
III	Ekspertska mišljenje, zasnovano na kliničkom iskustvu, deskriptivne studije ili izveštaji ekspertskih tela koja daju preporuke na osnovu postignutog konsenzusa

Primer u nastavku se odnosi na mogućnosti korišćenja ovakvih dokaza u menadžmentu i preporukama za akutni bronhitis, u uslovima primarne zdravstvene zaštite (vanbolničkim) ili, po potrebi, u bolničkim uslovima. Korišćenje medicine zasnovane na dokazima je podjednako bitno, bez obzira na nivo zdravstvene zaštite.

Akutni bronhitis

1 Klinička definicija i dijagnoza

Akutni bronhitis se klinički definiše kao kašalj koji traje najmanje jednu nedelju, uz produktivni ili purulentni sputum, bez kliničkih ili radioloških znakova pneumonije. (Stepen A preporuke).

Kašalj je neparoksizmalan i može biti praćen groznicom ili vizingom (Stepen C preporuke).

Etiološki agensi koji uzrokuju akutni bronhitis

Ne postoji određen etiološki agens koji je identifikovan kao uzročnik akutnog bronhitisa. Međutim, u potencijalne agense spadaju sledeći mikroorganizmi: *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia*, *Moraxella*, *Streptococcus pneumoniae*, *Branhamella catarrhalis* i izvesni virusi. Takođe se pominju i faktori sredine, kao što su prašina, suspendovane čestice i hemikalije, kao i prisustvo smoga i gasova (stepen C preporuke).

Dijagnostičke procedure

Ne postoji definitivna dijagnostička procedura za akutni bronhitis. U slučajevima kada klinički nije isključena upala pluća ili druga plućna oboljenja, preporučuje se Rtg snimanje grudnog koša (stepen C preporuke).

2 Lečenje u opštoj (porodičnoj) praksi

Generalno se ne preporučuje korišćenje antibiotika u lečenju odraslih osoba kojima je klinički dijagnostifikovan akutni bronhitis (Stepen A preporuke).

Ipak, antibiotike je moguće dati za olakšanje tegoba pacijentima kod kojih je suspektna bakterijska infekcija ili ukoliko pacijenti imaju znake i simptome koji nastaju u sadejstvu sa drugim istovremeno prisutnim stanjima, kao što su starost preko 65 godina, dijabetes, kongestivna srčana slabost ili imunokompromitujuća stanja.

Ukoliko je potrebno dati antibiotike, prvo se preporučuju amoksicilin i kotrimoksazola, a druga linija preporuke se odnosi na eritromicin i doksicilin, ukoliko je kontraindikovano dati prva dva antibiotika (stepen A preporuke).

Inhalacioni bronhodilatatori se mogu dati odraslim pacijentima sa akutnim bronhitisom, ukoliko se na pregledu utvrdi snažan kašalj sa ili bez vizinga (stepen A preporuke).

Oralni bronhodilatatori se mogu dati kao alternative, ukoliko inhalacioni bronhodilatatori nisu dostupni (stepen C preporuke).

Kod pacijenata sa akutnim bronhitisom na antibiotskoj terapiji, ordiniranje mukolitičkih agenasa poboljšava kliničku sliku (stepen A preporuke).

Ipak, ne postoje dokazi da treba preporučivati mukolitike kao jedine agense u lečenju kašlja od bronhitisa (stepen C preporuke).

3 Indikacije za upućivanje specijalisti

Ukoliko se akutni bronhitis adekvatno dijagnostifikuje i leči, prognoza je dobra i nije indikovano dalje upućivanje pacijenta (stepen C preporuke).

9 Korišćenje kliničkih indikatora

Klinički indikatori su u širokoj upotrebi u razvijenim bolnicama na zapadu. Slede primeri.

Široko korišćeni bolnički indikatori

- 1 Neplanirani ponovni prijem u bolnicu ubrzo nakon izvršene operacije, u slučaju kada je pacijent ležao u bolnici
- 2 Neplanirani ponovni prijem u bolnicu ubrzo nakon izvršene operacije ili drugih specifičnih procedura, u slučaju kada pacijent nije ležao u bolnici (npr. dnevna hirurgija)
- 3 Inficiranje rana nakon operacije
- 4 Razvoj pneumonije kod pacijenata lečenih u posebnim jedinicama nege
- 5 Razvoj infekcija usled intravaskularnih procedura u posebnim jedinicama nege

Klinički indikatori za anesteziju

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1 Mortalitet u određenom periodu posle anestezije2 Nemogućnost izlaska pacijenta iz opšte anestezije u određenom vremenskom periodu3 Povređivanje mozga ili kičmene moždine u vezi sa primenom anestezije |
|---|

10 Pitanja dizajna bolnica

Bolnice mogu imati različiti spoljašnji izgled, ali većina modernih (i, naravno, novih) bolnica u zapadnim zemljama ima mnoge zajedničke karakteristike unutrašnjeg dizajna i široko prihvaćena načela o tome kako bolnica treba da bude konfigurisana. Naravno, stručnjaci definišu arhitekturu i funkcionalne karakteristike, ali je moguće navesti izvesne zajedničke karakteristike bolničkog dizajna i rasporeda:

- Hitna služba je uvek u prizemlju sa pokretnim pristupom i mestom za ambulantna kola, koja dovoze pacijente.
- Hitna služba je blizu radiološke službe. Veće hitne službe imaju sopstveni rentgen ili je na raspolaganju mobilni uređaj namenjen toj službi.
- U blizini operacionih sala su prostorije namenjene sterilizaciji. Moguće je da postoji i fizička veza koja omogućava da se korišćeni hirurški instrumenti, rukavice i drugo, direktno transportuju iz sale na sterilizaciju.
- U neposrednoj blizini operativnog bloka je jedinica intenzivne nege, kako bi se izbeglo transportovanje pacijenata posle operacije.
- Koncept „vrućeg sprata“ podrazumeva približavanje jedinica intenzivne nege i drugih jedinica sa visoko-zavisnim pacijentima, što je ekonomičnije u smislu potreba za kadrom, monitoringom, opremom i drugim pojedinostima.
- Postoji logično unutrašnje uređenje bolnice, tako da se zaposlenima omogućiti maksimalna efikasnost, a pacijentima smanji „put“ kroz bolnički prostor, što je posebno značajno u velikim ustanovama, u kojima se istovremeno kreće veliki broj zaposlenih, pacijenata i posetilaca.
- Postojanje liftova je veoma važno i vrlo često je njihovo korišćenje rezervisano samo za zaposlene u bolnici ili pacijente.
- Službe podrške, kao što su to u pojedinim bolnicama fizioterapeuti ili paramedikusi, služba za dokumentaciju i drugo, smeštaju se u blizini ležećih pacijenata.
- Dijagnostičke službe – laboratorije – smeštaju se u neposrednoj blizini pacijenata i službe radiologije.
- Ne-kliničke službe, kao što su inženjering ili administracija, ne moraju biti smeštene u blizini pacijenata, pa se obično nalaze van glavne bolničke zgrade.
- Mnoge bolnice imaju izdvojene ambulantne centre, smeštene u posebnoj zgradi u blizini bolnice, u kojima se obavljaju dijagnostičke usluge, dnevna hirurgija i manje procedure.

-
- U operativnom bloku mogu biti izdvojene sale za dnevnu hirurgiju, a u blizini porodilišta – to su sale za izvođenje carskih rezova.

11 Dijagnostički srodne grupe i „miks“ slučajeva

Podela na dijagnostički srodne grupe⁷ je poseban sistem klasifikacije pacijenata, kojim se formiraju grupe pacijenata na osnovu sličnosti u kliničkoj slici ili korišćenju bolničkih resursa. Ova klasifikacija prevodi kodove bolesti (deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB)⁸ sa preko 10.000 pojedinačnih dijagnoza) u grupe značajne u kliničkom smislu.

Prvo se određuje osnovna dijagnostička kategorija (ODK)⁹ na osnovu sistema tela ili specijalnosti koja uobičajeno zbrinjava tu kategoriju (npr. ODK 1 – bolesti nervnog sistema; ODK 2 – bolesti oka). Svaka ODK je podeljena na osnovu daljeg zbrinjavanja na medicinsku ili hiruršku hospitalizaciju. Medicinska hospitalizacija je dalje podeljena na osnovu glavnih dijagnoza. Hirurška hospitalizacija je podeljena na kategorije procedura, koje su hijerarhijski određene na osnovu korišćenja resursa.

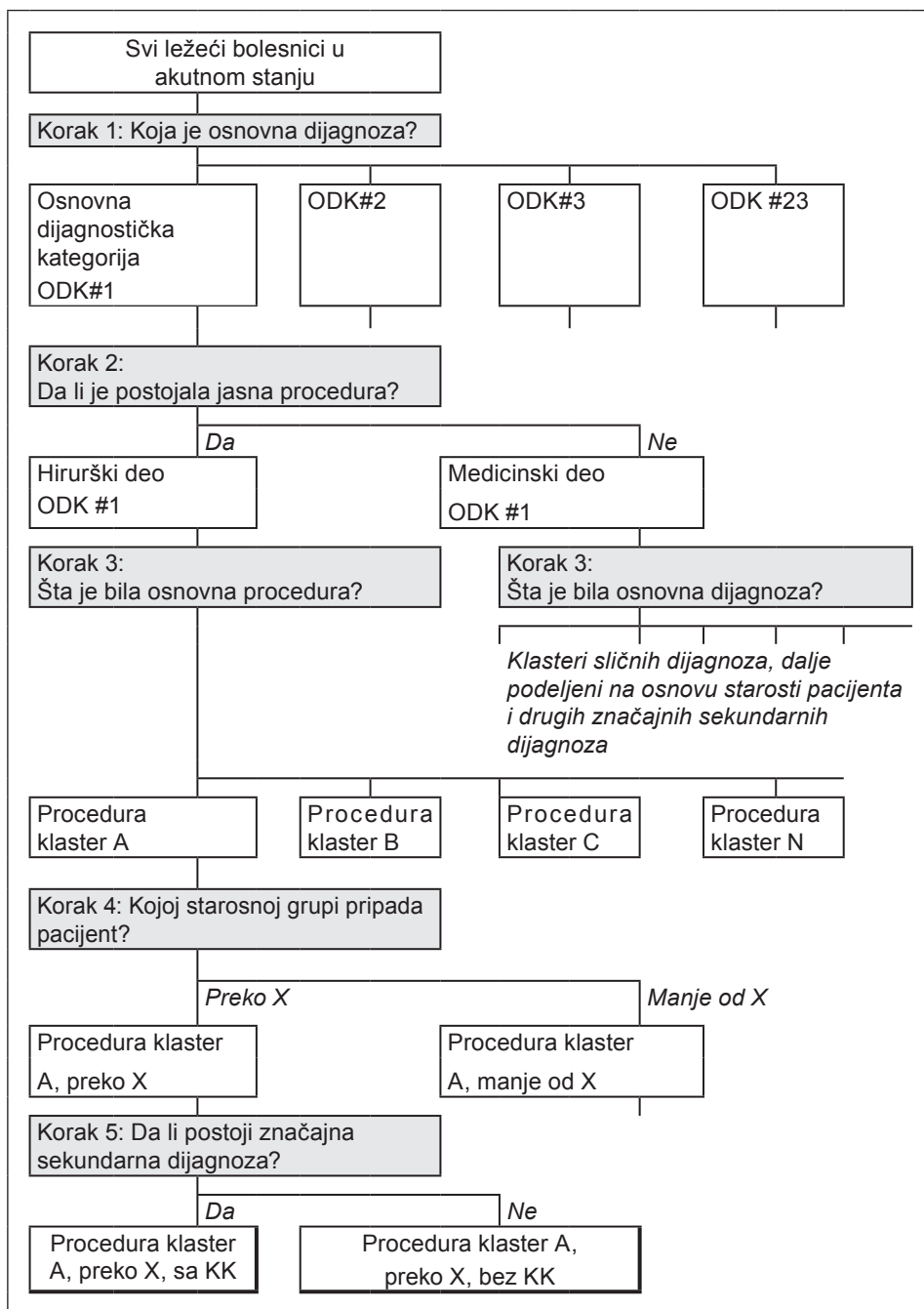
Jedan pacijent može biti svrstan samo u jednu dijagnostički srodnu grupu. Potom se preciznije određivanje grupe usaglašava sa prisutnim komplikacijama osnovne bolesti, komorbiditetom, starošću pacijenta i izvršenim procedurama. Postoje različiti kompjuterski sistemi koji konvertuju dijagnoze, na osnovu MKB i povreda, u dijagnostički srodne grupe.

7 Eng. DRGs – Diagnosis Related Groups (prim. prev.)

8 ICD – International Classification of Diseases (prim. prev.)

9 Eng. MDC – Major Diagnostic Category (prim. prev.)

Dijagram 1: Osnovni principi klasifikacije koja se zasniva na DRG



Medicinska dokumentacija – istorija bolesti ili podaci iz otpusne liste, treba da budu pohranjeni u informatičku bazu podataka. Za svaki pojedinačni zapis, treba da postoje sledeće vrste informacija:

Obeležja od veoma velikog značaja:	Manje važna obeležja:
1. Osnovna dijagnoza (kodovi MKB)	5. Udaljenost pacijenta u odnosu na mesto boravka po otpustu
2. Druge dijagnoze (kodovi MKB)	6. Dužina lečenja
3. Operativne procedure (kodovi MKB)	7. Pol
4. Starost pacijenta	8. Identifikacioni broj pacijenta

Ovi podaci se potom ubacuju u kompjuterski program, tzv. DRG gruper. Softver proverava podatke na osnovu logike predstavljene na dijagramu 1. Kao rezultat te procedure, svaki zapis se priključuje jednoj od nekoliko stotina dijagnostički srodnih grupa.

U prvom koraku, prikazanom na dijagramu 1, može se videti da se svaki zapis o pacijentu (otпуст) prvo priključuje jednoj ODK. U tom prvom koraku se uzima u obzir šta je bila osnovna dijagnoza (što se definiše kao osnovni razlog prijema u bolnicu).

U drugom koraku, zapis se priključuje ili hirurškom ili medicinskom delu ODK. Svaka ODK ima ova dva dela. Priključivanje hirurškom delu označava da je izvršena značajna intervencija u tom smislu. Ukoliko nije, zapis se priključuje medicinskom delu.

U trećem koraku, dalja podela se vrši na osnovu klastera srodnih procedura ili sličnih dijagnoza (u zavisnosti da li je prethodno zapis pripao hirurškom ili medicinskom delu).

U četvrtom koraku, klasteri većina dijagnoza ili procedura se dalje dele na osnovu starosti pacijenta, pri čemu je donja granica 18, a gornja 70 godina. U tom smislu je i sledeći zapis: „klaster procedura za pacijente sa hernijom, mlađe od 18 godina“.

Na kraju, u petom koraku, izvesni klasteri, posebno za pacijente preko 18 godina, svrstavaju se dalje u kategorije na osnovu prisustva pratećeg oboljenja – sekundarne dijagnoze (skraćenica KK odnosi na komplikacije i komorbiditet).

Klasifikacijom na dijagnostički srodne grupe dobijaju se klinički koherentne grupe pacijenata kojima se lakše upravlja, odn. bolje odgovara na zahteve za resursima.

Korišćenjem ove klasifikacije, bolnice stižu uvid u karakteristike pacijenata i troškove.

12 Delineacija

Delineacija je određivanje nivoa usluga koje bi trebalo da pruža određeni tip bolnice. Ideja je da referentni nivoi treba da budu jasno definisani, kako bi se izbeglo dupliranje usluga – određenu uslugu pružale bi samo klinički relevantne i odgovarajuće službe.

Sledi primer moguće organizacije kliničkih službi u mreži bolnica.

Tabela 5: Matriks delineacije

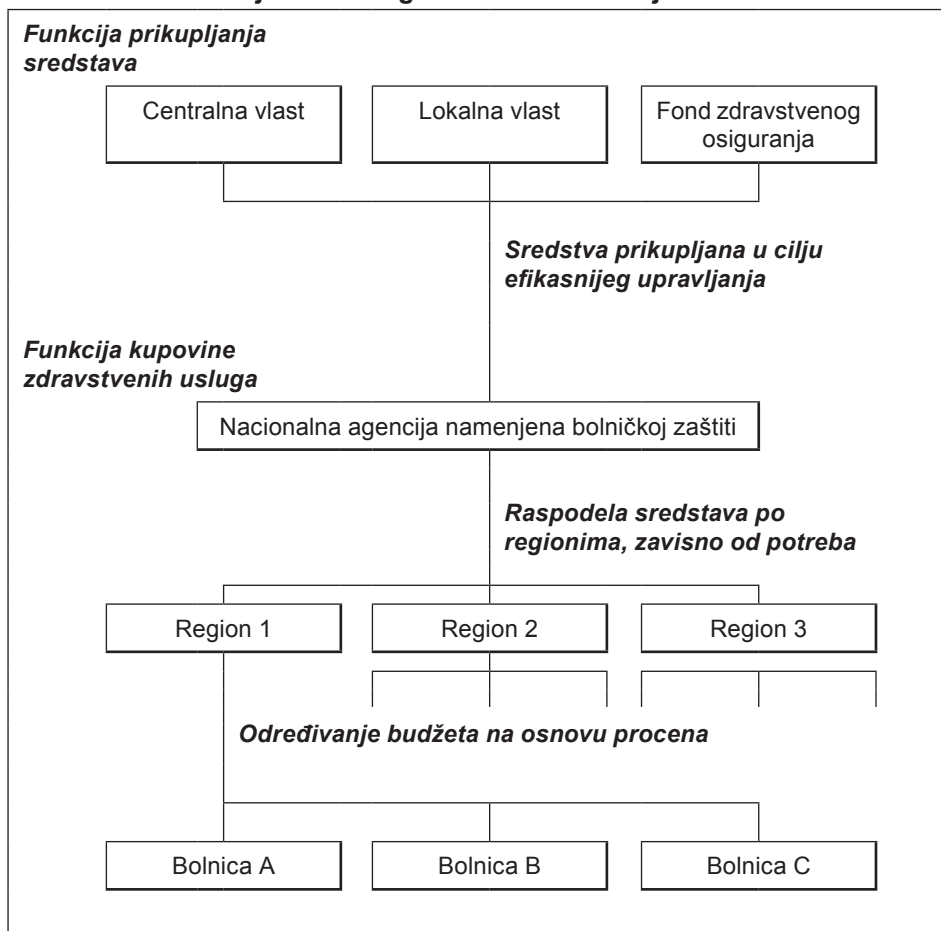
Klinika ili bolnica	Kliničke usluge		Laboratorijske i dijagnostičke usluge	
	Minimum	Maksimum	Minimum	Maksimum
Manja gradska bolnica (30 postelja)	Opšta medicina i hirurgija; ginekologija i akušerstvo	Planiranje porodice, stomatologija, pedijatrija	Osnovna patologija, analize krvi, rentgen	Banka krvi
Lokalna bolnica (100 postelja)	Opšta medicina i hirurgija; ginekologija i akušerstvo, planiranje porodice, stomatologija, pedijatrija	Ortopedija i oftalmologija, ENT, dermatologija, urgentno odeljenje	Klinička patologija, biohemija, banka krvi, rentgen	Biohemija, ultrazvuk, endoskopija
Okružna bolnica (250 postelja)	Opšta medicina i hirurgija; ginekologija i akušerstvo, planiranje porodice, stomatologija, pedijatrija, ortopedija i oftalmologija, ENT, dermatologija	Traumatologija, kardiologija, psihijatrija	Biohemija, banka krvi, mikrobiologija, kompletna patologija, rentgen, ultrazvuk, endoskopija	Toksikologija, CT
Veća bolnica (>250 postelja)	Opšta medicina i hirurgija; ginekologija i akušerstvo, planiranje porodice, stomatologija, pedijatrija, ortopedija i oftalmologija, ENT, dermatologija, traumatologija, kardiologija, psihijatrija	Klinička patologija, gastroenterologija, klinička onkologija, kardiotorakalna hirurgija, urologija, pedijatrijska hirurgija, plastična hirurgija, dijaliza	Biohemija, banka krvi, mikrobiologija, patologija, ultrasonografija, endoskopija, rentgen, CT	Hematologija, forenzička medicina i toksikologija, angiografija, magnetna rezonanca

13 Finansiranje bolnica

U mnogim zemljama bolnice se finansiraju iz javnih prihoda na osnovu rezultata rada – broja pacijenata procenjenog na osnovu relativnih troškova ili „miksa“ slučajeva. Prikupljena sredstva iz državnih prihoda – poreza, socijalnog osiguranja ili drugih izvora idu u pul za finansiranje (ili agenciju) i potom se prosleđuju na regionalni ili okružni nivo. U raspodeli sredstava za bolnice uzimaju se u obzir karakteristike potencijalnih korisnika (ponderisane u odnosu na pol, starost, socioekonomski status, standardizovani morbiditet i mortalitet). Stoga se bolnice finansiraju na osnovu "udela" pacijenata.

Finansiranje bolnica nije neograničeno – npr. bolnicama se ne garantuje nadoknada sredstava bez obzira na broj pacijenata. Umesto toga, određuje se ciljni broj potencijalnih korisnika i – mahom na osnovu epidemioloških pokazatelja – predviđaju se i planiraju potrebe zajednice.

Tabela 6: Ilustracija osnovnog modela finansiranja bolnica



14 Menadžerski sistemi i procesi

U većini savremenih bolnica postoje integrisane strukture menadžmenta, sa generalnim direktorom koga podržava menadžerski tim. Ovaj tim se formira na osnovu funkcionalne podele, pa ga najčešće čini direktor klinike (odgovoran za sve medicinske aspekte), glavna sestra ili tehničar (odgovorni za sve aspekte nege), finansijski direktor (odgovoran za finansije, informacioni sistem, računovodstvo i druge poslove) i, vrlo često, direktor opštih poslova.

Menadžerski tim se redovno sastaje i karakteriše ga dobra saradnja. Naglašavanje značaja timskog rada je primetno u većini bolnica na zapadu – princip je manje hijerarhijski, a u većoj meri se zasniva na saradnji više zainteresovanih grupa. Učestvovanje u donošenju odluka vodi većoj posvećenosti, što je očigledna prednost ovakvog pristupa. Pored toga, ljudi sa različitim iskustvima doprinose boljem planiranju i rukovođenju, pa je samim tim unapređen i kvalitet.

15 Bolnički informacioni sistem

Većina razvijenijih bolnica će imati elektronsku medicinsku dokumentaciju i sistem menadžmenta pacijenata. Tako će pacijenti koji dođu u bolnicu biti elektronski registrovani – u glavni registar pacijenata (Patient Master Index – PMI) ili sistem za menadžment pacijenata (Patient Management System – PMS); biće uključeni podaci o njihovom socioekonomskom statusu i klinički detalji. Tokom boravka u bolnici, klinički podaci biće ažurirani direktnim pristupom bazi podataka. To znači da su podaci o pacijentu (uključujući digitalne zapise/snimke, UZ, endoskopske zapise i drugo) u svakom trenutku ažurni i da im doktor ili sestra mogu u svakom trenutku pristupiti.

Sistem PMI/PMS omogućava procenu dnevnih bolničkih aktivnosti na osnovu opterećenja ili otpusta, a podaci o pojedinačnim pacijentima se priključuju većoj bazi, koja procenjuje šire aspekte korišćenja – ukupan broj pacijenata; klinička stanja; dijagnostički srodne grupe; opterećenje doktora; prosečnu dužinu trajanja bolničkog lečenja. Ovi podaci koriste se i u planiranju budućih usluga ili službi.

Sistem PMS povezuje baze podataka o lekovima, radiološke službe i laboratorije u okviru bolnice. Direktno povezivanje korišćenja sa računima i fakturama doprinosi boljoj proceni ukupnih troškova nege. Sistemi kliničkih troškova (koji se često zasnivaju na dijagnostički srodnim grupama) nadovezuju se na osnovni PMS.

Poslednjih godina, bolnice na zapadu sve više ulažu u informacione tehnologije, što doprinosi povećanju kapaciteta različitih sistema.

Deo 3: Reformske promene – implikacije za zdravstvene menadžere

Kroz prethodno razmotrene teme, ilustrovani su aktuelni trendovi u bolnicama u mnogim razvijenim zemljama, posebno novi trendovi u menadžmentu i organizaciji. Ipak, nije realno očekivati da se ovi trendovi odmah mogu preneti u druge zemlje. Treba naglasiti da ni jednoj zemlji ne treba nametati modele ili procese koji odgovaraju nekim drugim zemljama, bez prethodnih dokaza o njihovoj relevantnosti ili korisnosti.

U procesu reformisanja sistema zdravstvene zaštite, države moraju da procenjuju uloge, organizaciju i funkcionisanje bolnica. Kao što je već naglašeno, bolnice su skupi sistemi i na njihovo funkcionisanje odlazi dobar deo godišnjeg zdravstvenog budžeta. Svaka zemlja treba da razmotri i sledeća pitanja:

- Koju ulogu treba da ima bolnički sektor i gde su granice bolničkog sektora?
- Koji deo zdravstvenog budžeta treba nameniti bolničkom sistemu?
- Da li je bolnički sektor efikasan?
- Kako bolnice sarađuju sa ostalim delovima zdravstvenog sistema?
- U kojoj meri se bolnički sektor može adaptirati na promene – nove vidove usluga, nove potrebe stanovništva i drugo?

Pri razvoju budućih nacionalnih zdravstvenih strategija, treba razmotriti i sledeća pitanja:

Da li ima previše bolničkih postelja u odnosu na potrebe stanovništva?

Potrebno je ustanoviti da li postoji način da se bolničke postelje efikasnije koriste, odnosno, da li se isti broj pacijenata može zbrinuti i sa manje postelja? Da li se može smanjiti dužina boravka pacijenata u bolnici? Da li se neopravdani prijemi mogu bolje kontrolisati?

U ovim slučajevima su značajne strategije koje prate procese pre i u toku prijema pacijenata, kao i planiranje otpusta.

Da li je dovoljno smanjiti broj postelja?

Iskustva zapadnoevropskih zemalja pokazuju da jednostavno smanjenje broja postelja (što prati povećanu efikasnost i bolju praksu) obično ne dovodi do značajnih ušteda. Smanjenje broja postelja, npr. sa 250 na 200 (20% smanjenja), u jednoj bolnici dovodi do marginalnih ušteda. Fiksni troškovi vezani za infrastrukturu i zaposlene ostaju.

Realne uštede nastaju od smanjenja broja objekata i lokacija – što otvara mogućnosti preusmeravanja sredstava u druge efikasnije delove sistema.

Kako da bolnički sektor i postojeće bolnice postanu efikasniji?

Treba razmotriti nekoliko pitanja. Prvo, treba proceniti kapacitet bolničkog sektora i utvrditi najefikasnije načine pružanja usluga. Na primer, postojeće bolnice treba posmatrati u odnosu na stanovništvo i odgovoriti na pitanja kao što su: da li ima previše bolnica i da li su bolnice blizu jedna drugoj, a namenjene su istoj populaciji.

Da li bolnice u istom kraju pružaju iste usluge? Da li je moguće izbeći dupliranje?

Da li bolnice mogu bolje da se povežu i koordiniraju? Da li postoje službe koje se mogu umrežiti tako da ih koristi veći broj bolnica (npr. laboratorija, CT, ne-kliničke usluge i drugo)?

Važno pitanje koje takođe treba razmotriti jeste pitanje poboljšanja efikasnosti bolnica:

- Da li se mogu primeniti pristupi unapređenja kvaliteta i upravljanja, kako bi se unapredile usluge i performanse?
- Može li se očekivati da menadžment u budućnosti bude još operativniji (npr. da se podaci svrsishodnije koriste, da planiranje odgovara na promenu uslova koji utiču na funkcionisanje bolnica)?
- Kakve sektorske politike treba kreirati da bi se bolnice podstakle da rade bolje? (Npr. finansiranje na osnovu ishoda rada i broja i vrsta slučajeva; finansijski podsticaji, koji bi osigurali adekvatnu politiku prijema i drugo).

Sve su ovo važna pitanja kojima se treba pozabaviti u procesu reforme.

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Bojana Matejić

Docent na predmetu socijalna medicina, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Literatura

- Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, McKee M (2007). *Policy Brief Day Surgery: Making it Happen*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies
- Ho T, Ali-Zade N. Eastern European hospitals in transition. *Eurohealth* 2001; 7(3)
- Lewis M (2002). Informal health payments in Eastern Europe and central Asia: issues, trends and policy implications. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds) (2002) *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press: Buckingham
- McKee M, Healy J (2002). The significance of hospitals: an introduction. In: McKee M, Healy J (eds). *Hospitals in a Changing Europe*. Open University Press: Buckingham
- McKee M, Healy J, Falkingham J (eds). (2002). *Health Care in Central Asia*. Open University Press: Buckingham
- Orosz E, Holló I. Rationalising Hungarian hospitals: the story of stalled reforms. *Eurohealth* 2001;7(3)
- Walt G (1994). *Health Policy*. Witwatersrand University Press: Johannesburg
- World Health Organization (2008). *Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

ORGANIZACIJA KOJA UČI

Model unapređenja zdravstvene organizacije primenom podsticajnog menadžmenta

Majkl O'Rurk

Jelena Đukić

1 Različiti modeli za unapređenje

Postoji mnogo različitih strategija za postizanje unapređenja, ali je korisno posmatrati dve koje se značajno razlikuju. Zvaćemo ih model koji kreće od vrha („top-down“) i otvoreni model, koji je opšte prihvaćen kao organizacija koja uči.

1.1 Model koji kreće od vrha („top-down“ model)

Ovo je tradicionalni model, koji postoji već dugo i još se primenjuje u mnogim organizacijama. Glavne karakteristike ovog modela su sledeće:

- ideje o promeni dolaze sa vrha (od najmoćnijih ljudi u organizaciji);
- savet se veoma retko traži izvan organizacije;
- savet se veoma retko traži unutar organizacije;
- promene se retko dešavaju;
- ukoliko se promene dese, obično su iznenadne;
- promena je obično izazvana spoljnim faktorima, kada se smatra da je organizacija „u krizi“;
- promene se nameću nižim i srednjim kadrovima, bez prethodnih konsultacija.

Jedna od prednosti ovakvog pristupa je to da više rukovodstvo ima kontrolu nad niže rangiranim kadrovima. Osim toga, nema mnogo opasnosti da se promene dešavaju bez saglasnosti višeg rukovodstva.

1.2 Otvoreni (participatorni) model

Ovaj model nudi moderniji način vođenja organizacije. U poslednjih 50 godina, mnoge organizacije su prešle sa modela koji kreće od vrha na otvoreni model, ali veoma malo organizacija je učinilo obrnuto. Glavne karakteristike ovog modela su sledeće:

- ideje o promeni mogu poteći sa bilo kog nivoa organizacije (od vrha do dna);
- svi zaposleni u organizaciji tragaju za novim idejama van organizacije;
- od svih zaposlenih se stalno traže saveti;
- ljudi međusobno razgovaraju, formalno i neformalno, i u okviru različitih grupa, o mogućem unapređenju;
- promene se neprekidno dešavaju;
- kada se promena desi, ona je kontinuirana (mali i dobro pripremljeni koraci);
- niko nije iznenađen promenama u organizaciji – svi su obavešteni o onome što se dešava i osećaju se kao deo toga.

Jedna od prednosti ovog pristupa je to što mnogo ljudi učestvuje u stvaranju

ideja koje dovode do promena. Postoji veća mogućnost da se identifikuju dobre ideje, pošto više ljudi razmišlja o mogućnostima.

1.3 Koji model je bolji: model koji kreće od vrha ili otvoreni model?

Mnogi eksperti smatraju da je otvoreni model bolji. Postoji mnogo primera koji to dokazuju, a najčešće se navode sledeći razlozi:

- brže dovodi do promena;
- nema toliko pogrešnih odluka;
- osoblje je zadovoljnije svojim radom.

Naravno, to ne znači da je model koji je dobar za druge organizacije dobar i za vašu organizaciju. Preporučuje se isprobavanje otvorenog modela, pre nego što se u potpunosti primeni u okviru vaše organizacije. Načini testiranja otvorenog modela dati su kasnije u ovom materijalu.

Takođe, treba znati da postoje okolnosti u kojima model koji kreće od vrha (top-down model) ima prednost. *U najvećem broju organizacija, potrebna je kombinacija različitih stilova upravljanja.*

1.4 Zašto se i dalje primenjuje model koji kreće od vrha

Neke organizacije nikada ne pređu sa modela koji kreće od vrha na otvoreni model. Neke druge, pak, to samo delimično učine.

Zašto je to tako? Koje su to prepreke i ograničenja za promene? Sledeći faktori se navode kao glavni uzroci:

- više rukovodstvo se boji promena (možda neće biti sposobni da ih podnesu);
- više rukovodstvo želi da zadrži što više vlasti;
- više rukovodstvo oduvek radi u okviru modela koji kreće od vrha, i upravo zato ne može da sagleda slabosti tog modela;
- više rukovodstvo je bilo uspešno u primeni modela koji kreće od vrha u starom tipu organizacije i zato ga smatra ključem uspeha (njih je ovaj model doveo na vrh organizacije).

2 Organizacija koja uči

Ukoliko koristite otvoreni model, više ljudi će razmišljati o promenama. Svi će saznati više o metodama koje se koriste u drugim zdravstvenim ustanovama, kao i o idejama svojih kolega. Zato se otvoreni model često naziva i „organizacija koja uči“.

Kako prepoznati organizaciju koja uči

Koristan je upitnik poput onog datog u tabeli 1A. Tabela 1A ne sadrži odgovore, ali u tabeli 1B nalaze se odgovori kakve bi dala tipična organizacija koja uči. (Ne bi trebalo gledati odgovore iz tabele 1B dok sami ne popunite tabelu 1A).

Svi odgovori su subjektivni – predstavljaju mišljenja ljudi, a ne činjenice. Ipak, struktura odgovora nam može dati korisne informacije. Na primer:

- da li više rukovodstvo u vašoj organizaciji drugačije odgovara na postavljena pitanja od nižeg rukovodstva?

Vežba 1: Popunite upitnik o svojoj organizaciji

Tabela 1A: Upitnik za prepoznavanje organizacije koja uči

Zaokružite jedan odgovor koji opisuje kako u većini slučajeva funkcionira vaša organizacija		Da	Možda ili ponekad	Ne
1	Ideje o promenama su dobrodošle.	☐	☐	☐
2	Najbolje su primljene ideje o promenama koje potiču od niže rangiranih zaposlenih.	☐	☐	☐
3	Svi zaposleni očekuju da promene predlože najviši rukovodioci.	☐	☐	☐
4	Lako je uvoditi promene: ukoliko imate dobru ideju, ne treba čekati niz formalnih odobrenja. Odmah možete krenuti u akciju.	☐	☐	☐
5	Predlozi za promene se moraju odobriti na više različitih nivoa, što može trajati danima, nedeljama ili čak mesecima.	☐	☐	☐
6	Ljudi često dobijaju pohvale za svoj rad.	☐	☐	☐
7	Nadređeni podstiču kolege na nižim pozicijama da govore o svojim problemima.	☐	☐	☐
8	Većina ljudi radi samostalno.	☐	☐	☐
9	Većina poslova se obavlja timski. Mi težimo ka timskom radu.	☐	☐	☐
10	Ima suviše rutinske statistike. Brojimo sve, iako je nejasno za šta se koriste statistički podaci.	☐	☐	☐
11	Zaposleni na višim položajima su uvek otvoreni za sva pitanja. Ostali zaposleni mogu bilo kada da im se obrate.	☐	☐	☐
12	Zaposleni na višim položajima uvek uzimaju sve zasluge, čak iako nisu oni obavili posao.	☐	☐	☐
13	Zaposleni na višim položajima okrivljuju one na nižim položajima za greške u radu, čak i kada krivica nije njihova.	☐	☐	☐
14	Zaposleni na višim položajima ne dele informacije sa drugima. Ostali zaposleni nikad ne znaju šta se dešava, osim ako im oni na višim položajima to ne saopšte.	☐	☐	☐
15	Stalno isprobavamo nove načine rada.	☐	☐	☐
16	Uvek procenijemo kakav efekat su promene imale i iz toga učimo, čime obezbeđujemo stalni napredak.	☐	☐	☐
17	Otvoreno pričamo o greškama i vidimo ih kao priliku za unapređenje.	☐	☐	☐
18	Većini zaposlenih je neprijatno da prizna da nešto ne zna ili da ne razume.	☐	☐	☐
19	Kada neko uoči problem, odmah ga i rešava, ne smatra da je to problem nekog drugog.	☐	☐	☐
20	Kada zatražite pomoć, ljudi će se rado odazvati.	☐	☐	☐
21	Često se sastajemo u okviru organizacije, kako bismo izneli različite stavove o istim temama.	☐	☐	☐
22	Nova saznanja se sa lakoćom prenose u organizaciji.	☐	☐	☐
23	Većinu naših problema uzrokuju ljudi van organizacije.	☐	☐	☐

Tabela 1B: Upitnik za prepoznavanje organizacije koja uči

Zaokružite jedan odgovor koji opisuje kako u većini slučajeva funkcionira vaša organizacija		Da	Možda ili ponekad	Ne
1	Ideje o promenama su dobrodošle.	☒	☐	☐
2	Najbolje su primljene ideje o promenama koje potiču od niže rangiranih zaposlenih.	☒	☐	☐
3	Svi zaposleni očekuju da promene predlože najviši rukovodioci.	☐	☐	☒
4	Lako je uvoditi promene: ukoliko imate dobru ideju, ne treba čekati niz formalnih odobrenja. Odmah možete krenuti u akciju.	☒	☐	☐
5	Predlozi za promene se moraju odobriti na više različitih nivoa, što može trajati danima, nedeljama ili čak mesecima.	☐	☐	☒
6	Ljudi često dobijaju pohvale za svoj rad.	☒	☐	☐
7	Nadređeni podstiču mlađe kolege da govore o svojim problemima.	☒	☐	☐
8	Većina ljudi radi samostalno.	☐	☐	☒
9	Većina poslova se obavlja timski. Mi težimo ka timskom radu.	☒	☐	☐
10	Ima suviše rutinske statistike. Brojimo sve, iako je nejasno za šta se koriste statistički podaci.	☐	☐	☒
11	Zaposleni na višim položajima su uvek otvoreni za sva pitanja. Ostali zaposleni mogu bilo kada da im se obrate.	☒	☐	☐
12	Zaposleni na višim položajima uvek uzimaju sve zasluge, čak i ako nisu oni obavili posao.	☐	☐	☐
13	Zaposleni na višim položajima okrivljuju one na nižim položajima za greške u radu, čak i kada krivica nije njihova.	☒	☐	☐
14	Zaposleni na višim položajima ne dele informacije sa drugima. Ostali zaposleni nikad ne znaju šta se dešava, osim ako im oni na višim položajima to ne saopšte.	☐	☐	☒
15	Stalno isprobavamo nove načine rada.	☒	☐	☐
16	Uvek ocenjujemo promene da bismo naučili kako da psotignemo što veća unapređenja.	☒	☐	☐
17	Otvoreno pričamo o greškama i vidimo ih kao priliku za unapređenje.	☒	☐	☐
18	Većini zaposlenih je neprijatno da prizna da nešto ne zna ili da ne razume.	☐	☐	☒
19	Kada neko uoči problem, odmah ga i rešava, ne smatra da je to problem nekog drugog.	☒	☐	☐
20	Kada zatražite pomoć, ljudi će se rado odazvati.	☒	☐	☐
21	Često se sastajemo u okviru organizacije, kako bismo izneli različite stavove o istim temama.	☒	☐	☐
22	Nova saznanja se sa lakoćom prenose u organizaciji.	☒	☐	☐
23	Većinu naših problema uzrokuju ljudi van organizacije.	☐	☐	☒

3 Stvaranje i održanje dobrih timova

Interakcije između ljudi su ključni deo organizacije koja uči. Zato ćemo u ovom delu diskutovati o jednom segmentu dobre komunikacije – o timskom radu.

3.1 Šta je tim?

Tim čini mali broj ljudi koji su posvećeni zajedničkom cilju. Članovi tima su jedni drugima odgovorni za dostizanje tih ciljeva. Drugim rečima, svi su jednako odgovorni za uspeh, ali zajedno snose odgovornost u slučaju eventualnog neuspeha.

Zapamtite da timovi treba da budu fleksibilni. Drugim rečima, timovi se formiraju radi ostvarenja određenog cilja, i kada se taj cilj postigne, tim se raspušta. Za nove zadatke, formiraju se drugi timovi.

3.2 Zašto timski rad?

Veoma često je važno raditi timski, a ne kao skup individua. Tim će biti uspešniji ukoliko dostizanje ciljeva zahteva objedinjavanje veština i iskustva.

To je slučaj u sistemu zdravstvene zaštite. Neophodno je mnoštvo različitih veština i iskustava. Retko je dovoljna samo usluga lečenja. Potrebna su dodatna znanja – uključujući sociologiju, ekonomiju, zdravstvenu negu. Najčešće nijedna grupa profesionalaca ne može da zadovolji potrebe većine pacijenata.

Mora postojati koordinacija nege u različitim sektorima (mesto rada, zdravstvena ustanova, bolnica, kuća, škola itd.) u dužem vremenskom periodu. Tim može pružiti koordiniranu negu, a pojedinac ne može.

Tim ima više ideja i može rešiti više problema. Tim takođe omogućava osobi da se razvija – u smislu znanja, veština i stavova. Učinak svakog člana tima se popravlja zato što svi uče jedni od drugih.

Najzad, članovi tima postaju svesniji veština svojih kolega, tako da se međusobno više poštuju i cene. Povećava se poverenje, a pojedinci prestaju da se međusobno optužuju.

3.3 Kontrolna lista za tim

Teško je stvoriti uspešan tim. Morate razumeti šta je potrebno za uspeh, i morate investirati u jačanje tima.

Možete sprovesti sledeće provere. Vaš tim se može dobro pokazati na proveru, a ukoliko to nije slučaj, članovi tima moraju provesti neko vreme razmišljajući kako da se reše problemi.

- Provera organizacije jednog tima

Prva provera je način organizacije tima – kako se biraju članovi tima, kako se dele odgovornosti itd.

1. Da li vaš tim ima jasan cilj?

Rečeno je da tim predstavlja grupu ljudi koja je posvećena zajedničkom cilju.

Ciljevi moraju biti zapisani i oko njih se svi moraju saglasiti.

Formulacija ciljeva tima treba da bude jasna, kako bi se izbegli nesporazumi. Ne treba da bude predugačka, niti da sadrži neprecizne ili dvosmislene reči.

2. Da li vaš tima ima podršku spolja?

Timovi rade u složenim okruženjima i neophodna im je podrška spolja. Na primer, vaš tim treba da radi sa regionalnom zdravstvenom službom.

Treba da obezbedite da druge grupe i pojedinci znaju za vaš tim i razumeju njegove ciljeve.

3. Da li postoje konkretni zadaci i vremenski okvir?

Vaš tim treba da ima plan rada: koje će aktivnosti obavljati i kada, koje troškove će to iziskivati i ko će imati određena zaduženja.

Treba kontrolisati da li se plan poštuje i da li ga treba revidirati.

4. Da li postoje dogovorene uloge i odgovornosti za svakog člana tima?

Svaki član tima treba da razume sopstvenu ulogu i odgovornost u okviru tima. Neke uloge su jedinstvene. Na primer, samo jedan član tima je odgovoran za račune ili za pružanje saveta o kontracepciji. Neke uloge se mogu odnositi na više članova tima ili čak na sve u timu.

Svakog člana tima treba pitati da li mu je jasna uloga i da li misli da je adekvatna.

5. Da li tim ima dobrog vođu/lidera?

Lider je član tima koji vodi računa o načinu funkcionisanja tima: kada tim radi i šta radi. Lider može imati i druga zaduženja, ali su ona sekundarna.

Selekcija lidera je često veoma važna, a nekada nema nikakvog uticaja. Mnogo toga zavisi od ciljeva tima i stavova njegovih članova. Neki timovu su vrlo kohezivni i članovi mogu međusobno deliti lidersku funkciju.

Uopšteno govoreći, neki ljudi su bolji lideri od drugih. Idealan lider je onaj koji poseduje sledeće kvalitete:

- veruju mu svi članovi tima;
- obezbeđuje to da svaki član tima ima priliku da iznese sugestije i komentare;
- nagrađuje članove tima pohvalama za njihov doprinos;
- izbegava nepotrebne i nerelevantne teme na način koji nije uvredljiv;
- zna kada diskusija treba da bude razuđena (prikupljanje ideja), a fokusirana (donošenje zajedničke odluke);
- preduzima inicijativu u skladu sa mišljenjem većine, a ne svojim sopstvenim;
- podstiče na aktivnost kada je jasno šta treba uraditi.

Obično nije mudro odabrati osobu da bude lider samo zbog profesije, godina ili statusa. Na primer, osoba X može biti najbolje obučena i sa najviše znanja o zdravstvenoj zaštiti, a veoma loša kao lider.

6. *Da li su pravi ljudi u timu?*

Treba biti veoma pažljiv pri odabiru članova tima. Ne želite da u njemu bude previše ljudi, ali morate biti sigurni da imate sve koji su neophodni. Zato, s vremena na vreme, treba postaviti sledeća pitanja:

- Da li postoje ljudi koji više ne moraju da budu stalni članovi tima (jer će njihova ekspertiza samo povremeno biti neophodna u budućnosti)?
- Da li postoje ljudi koje treba dodati timu zbog njihovog znanja ili posvećenosti koja je važna za uspeh?

Ljudi sa sličnim veštinama, interesovanjima i obrazovanjem obično dobro sarađuju i rade harmonično (uz minimalne konflikte). To je ponekad prednost.

Isto tako, ljudi koji se mnogo razlikuju mogu biti inovativni i dobri u rešavanju problema. Ako želite i harmoniju i inovacije, možda je najbolje imati fleksibilnu strukturu tima – strukturu koja se menja u zavisnosti od vrste posla koji treba obaviti.

7. *Da li vaš tim ima adekvatne resurse?*

Lako je potceniti troškove timskog rada. Možda ćete morati da investirate u lokaciju na kojoj će tim lakše raditi ili u obuku članova tima, u unapređenje sredstava komunikacije itd.

Ipak, najvažniji resurs je posvećenost. Ako toga nema, tim će loše funkcionisati, bez obzira koliko novca potrošite na prostor ili opremu.

- Aspekti timskih procesa

Timski procesi su načini funkcionisanja tima. To su pravila rada i najbolje je kada su data kratko i jasno, u pismenoj formi. U najmanju ruku, svi članovi tima treba da budu upoznati i da se slažu sa ovim pravilima.

8. *Da li je vaš timski rad dobro koordiniran?*

Koordinacija znači obezbeđenje uklapanja svih segmenata. To podrazumeva postojanje opšteg plana koji povezuje sve ciljeve tima, tako da se svaka stavka jasno uklapa u plan.

Glavni cilj je osigurati da nema propusta. Bez adekvatne koordinacije, moguće je „rešiti“ deo problema izolovano, ali će to izazvati više problema na drugoj strani.

Jedan od načina da se osigura dobra koordinacija je pitanje u kakvoj je vezi tema o kojoj pričamo sa opštim planom. Često je dobro nacrtati jednostavni dijagram koji pokazuje povezanost između teme i plana i zabeležiti sve važnije veze.

9. *Da li postoji dobra komunikacija između članova tima i van tima?*

Mora postojati delotvorna komunikacija u okviru tima, ali i sa spoljnim saradnicima čija podrška je neophodna. Postoje mnogi načini komunikacije, uključujući sledeće:

- formalno pismo ili neformalne pismene beleške;
- formalni i neformalni sastanci;
- telefon ili elektronska pošta.

Sastanci su naročito važni i za njih moraju postojati precizna pravila. Jedan od tipova sastanaka koji je važan za internu komunikaciju ima sledeće karakteristike:

- uvek se održava u isto vreme i na istom mestu, jednom nedeljno (ili mesečno);
- materijali se uvek unapred podele, zajedno sa dnevnim redom;
- dnevnih red se može menjati na početku sastanka;
- traži se mišljenje svih prisutnih, ali oni mogu reći „dalje“ ukoliko nemaju komentara;
- trajanje sastanka je unapred određeno (poželjno je da bude što kraći).

Mogu biti potrebni i drugačiji sastanci. Na primer, moguće je s vremena na vreme okupiti tim na ceo dan radi prikupljanja ideja ili donošenja strateških odluka. Dugi sastanci koji se ređe održavaju treba da budu zakazani dovoljno unapred, kako bi svi mogli da prisustvuju.

Zapisnici sa sastanaka treba da budu kratki i jasni. Treba ih sastaviti ubrzo posle sastanka i dostaviti svim prisutnima radi provere i eventualne korekcije.

10. Da li postoje dobra i jasna pravila za proces donošenja odluka?

Za donošenje odluka moraju postojati jasna pravila. Postoje različita pravila, uključujući i sledeća:

- Tajno ili javno glasanje. Javno glasanje treba koristiti što je moguće više.
- Donošenje odluka konsenzusom ili odlukom većine. Konsenzus je bolji način ako postoji dovoljno vremena za takav proces, a tema je jako važna za određene članove tima.
- Odluka lidera tima. To je poslednja opcija, kada druge nisu moguće. Lider treba da primenjuje ovaj pristup samo ako je vreme ograničeno ili usvajanje odluke većine može izazvati konflikt između članova tima.

Treba se potruditi svim sredstvima da svim članovima tima bude data prilika da učestvuju u donošenju važnih odluka. Svi članovi tima moraju biti uključeni u proces od samog početka.

11. Da li se redovno ocenjuju rezultati i rad tima?

Važno je oceniti rezultate timskog rada. S vremena na vreme tim treba da pogleda na obavljeni rad. Najvažnija pitanja koja treba postaviti su sledeća:

- Da li su naši ciljevi adekvatni i da li ih postižemo?
- Da li je naš plan rada ažuran ili ga treba menjati?
- Da li treba menjati lidera ili način njegovog rada?
- Da li treba menjati članove tima?
- Da li ima članova tima koji ne doprinose koliko bi mogli? Zašto?

Kada evaluiramo rad, treba iskoristiti svaku priliku da zapišemo i izrazimo zahvalnost ili pohvalu za dobar rad. Evaluacija ne treba da se odnosi samo na probleme, već treba naglasiti i svaki uspeh.

Vežba 2: Odgovorite na pitanja o timu u kome ste radili

		Označite jedan kvadrat		
		Da	??	Ne
Kako je vaš tim organizovan				
1	Da li vaš tim ima jasan cilj?	☐	☐	☐
2	Da li vaš tim ima dovoljnu podršku spolja?	☐	☐	☐
3	Da li vaš tim ima utvrđene zadatke i rokove?	☐	☐	☐
4	Da li su dogovorene uloge i odgovornosti svakog člana tima?	☐	☐	☐
5	Da li tim ima dobrog vođu?	☐	☐	☐
	Da li lideru veruju svi članovi tima?	☐	☐	☐
	Da li lider obezbeđuje da svaki član tima ima priliku da iznese svoj komentar ili sugestiju?	☐	☐	☐
	Da li vođa tima nagrađuje članove tima pohvalama za njihov doprinos?	☐	☐	☐
	Da li vođa tima izbegava nebitne i nerelevantne teme na način koji nije uvredljiv?	☐	☐	☐
	Da li lider zna kada diskusija treba da bude razučena (faza prikupljanja ideja), a kada fokusirana (donošenje zajedničke odluke)?	☐	☐	☐
	Da li lider preduzima aktivnosti na osnovu odluka većine, a ne sopstvenih ideja, bez konsultovanja ostalih članova tima?	☐	☐	☐
	Da li lider podstiče na aktivnosti kada je jasno šta treba uraditi?	☐	☐	☐
6	Da li su u timu pravi ljudi?			
	Da li postoje osobe koje više ne moraju da budu stalni članovi tima (njihovo stručno mišljenje će biti samo povremeno neophodno u budućem periodu)?	☐	☐	☐
	Da li ima ljudi koje treba uključiti u tim zbog njihovog znanja ili posvećenosti koja je neophodna za uspeh?	☐	☐	☐
	Da li je u potpunosti osigurano aktivno učešće korisnika?	☐	☐	☐
7	Da li vaš tim ima adekvatne resurse?	☐	☐	☐
Pitanja o timskom procesu				
8	Da li je vaš timski rad dobro koordiniran?	☐	☐	☐
9	Da li postoji dobra komunikacija u okviru tima, ali i izvan njega?	☐	☐	☐
10	Da li postoje dobra i jasna pravila donošenja odluka?	☐	☐	☐
11	Da li postoje dobri načini za rešavanje konfliktnih situacija između članova tima?	☐	☐	☐
12	Da li se redovno ocenjuju rezultati timskog rada?	☐	☐	☐

Navedite dve promene koje bi rad vašeg tima učinile boljim.

1

2

4 Mali koraci ka organizaciji koja uči

Postoji mnogo načina za promenu organizacije kako bi postala efektivnija. Neke od tih promena približiće je organizaciji koja uči.

Šta se može učiniti u vašoj organizaciji? Na vama je da odredite potrebne promene i da ohrabrite zaposlene da te promene sprovedu. Ovde su samo nabrojane neke sugestije koje mogu biti od koristi.

4.1 Unapređenje sastanaka

U mnogim organizacijama, sastanci oduzimaju mnogo vremena i uglavnom su loše organizovani ili vođeni. Evo nekoliko karakteristika kvalitetnih sastanaka:

- datum sastanka je najavljen znatno unapred, tako da zaposleni mogu da isplaniraju svoje prisustvo;
- materijali su unapred podeljeni, tako da zaposleni imaju vremena da ih pročitaju i pripreme se;
- cilj sastanka je svima sasvim jasan i svi ga prihvataju zato što su o tome i sami konsultovani;
- svi imaju podjednake šanse da govore;
- predsedavajući osigurava da se diskusija drži relevantnih tema.

Ukoliko sastanci u vašoj organizaciji nisu uvek dobro vođeni, možda treba nešto da preduzmete. Jedno jednostavno rešenje je izrada vodiča za sastanke uz podršku svih zaposlenih kojih se to tiče, kako bi stekli utisak da se radi o nečemu lično njihovom. Završeni vodič treba podeliti svim zaposlenima, sa zahtevom rukovodioca organizacije da ga se svi pridržavaju.

4.2 Sanduče za predloge

Ovo je jednostavna ideja koju je lako realizovati. Podrazumeva postavljanje sandučeta na zgodno mesto, uz poruku „Rukovodilac organizacije zahvaljuje na svim vašim sugestijama i sve će ih pažljivo pročitati. Vaše sugestije ostaće u tajnosti ako vi to želite, tako da ne morate navoditi ime.“

Sanduče treba postaviti na mesto koje nije previše prometno. Neki zaposleni možda ne žele da ih neko vidi dok ubacuju svoje sugestije u sanduče.

Ako se ova ideja dobro sprovede, zaposleni mogu dati korisne sugestije, a neke se nezadovoljstva mogu umanjiti. Zaposleni će imati utisak da se njihovo mišljenje uvažava.

Glavni problem sa sandučetom za sugestije je da će se možda malo koristiti. To ne znači da je beskorisno. Postoje prednosti – ako je to potrebno, možete u tajnosti stupiti u kontakt sa rukovodiocem organizacije, a sa druge strane, znate da je više rukovodstvo zahvalno na komentarima, ma kakvi oni bili.

Dobra ideja je štampanje svih sugestija, uporedo sa reakcijom od strane uprave.

4.3 Mentorstvo

Mentorstvo podrazumeva postavljanje iskusne osobe koja će pomagati mlađem kolegi da postigne lične ciljeve (a samim tim i ciljeve organizacije). Osoba koja daje savete se naziva „mentor“, a osoba koja je mlađi zaposleni se naziva „štićenik“. Mentor može pomoći na više načina:

- držanjem tehničke obuke jedan na jedan;
- davanjem saveta o ličnim pitanjima jedan na jedan;
- upoznavanjem mlađeg kolege sa drugim zaposlenima;
- davanjem uzora;
- davanjem motivacije.

Mentorstvo može biti neformalno i formalno. Pod formalnim se podrazumeva to da je uprava postavila mentora za svakog mlađeg zaposlenog pojedinačno i da su data jasna uputstva za način obavljanja mentorske funkcije.

Mentorstvo je dobra ideja. Naročito je korisno za mlađe zaposlene koji nemaju samopouzdanja ili se prirodno teže snalaze – kao npr. mlade žene u određenim društvenim zajednicama.

4.4 Otvorene sesije

Ovo je jednostavna ideja: uprava periodično poziva sve zaposlene na neformalni sastanak, gde se iznose ideje, postavljaju pitanja ili daju primedbe. Ovakvi skupovi mogu značajno da umanje tenziju i doprinesu timskom radu, ukoliko:

- uprava obeća da će saslušati sve predloge/primedbe;
- uprava stavi jasno do znanja da su sva pitanja potencijalno korisna.

Postoje određeni rizici. Mnogo toga zavisi od ličnosti direktora (i ostalih u okviru uprave). Ukoliko uprava nije spremna da prihvati sugestije ili primedbe, otvorene sesije neće biti od koristi.

4.5 Otvorena vrata

Ovo je takođe jednostavna ideja: uprava ostavlja svoja vrata otvorena, time dajući do znanja mlađim kolegama da su uvek dobrodošli.

Nije u potpunosti praktično vrata uvek držati otvorena. Nekada će npr. biti organizovani zatvoreni sastanci. Praktičnije je da svaki član uprave objavi tačno vreme i dan u nedelji kada će njegova vrata biti otvorena.

Organizacija koja uči

- ✓ ***Ohrabrivanje i uključivanje mlađih zaposlenih***
- ✓ ***Razmena ideja i informacija***
- ✓ ***Transparentnost i otvorenost***
- ✓ ***Učenje iz grešaka***
- ✓ ***Bez svaljivanja krivice***
- ✓ ***Podrška inovacijama i novim načinima rada***
- ✓ ***Naglasak na konsultacijama i na timskom radu***

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Jelena Đukić

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Literatura

Buse K, Mays N, Walt G (2005). *Making health policy*. Open University Press, Milton Keynes

Goodwin N, Gruen R, Iles V (2005). *Managing health services*. Open University Press, Milton Keynes

Green A, Collins C (2006). „Management and planning“. In Merson M, Black R, and Mills A. (ed.). *International public health: diseases, programs, systems and policies*. Jones and Bartlett, Sudbury MA

MONITORING I EVALUACIJA PERFORMANSI ZDRAVSTVENIH USTANOVA: ALATI I MERE UNAPREĐENJA MENADŽMENTA

Milena Šantrić-Milićević

Vesna Bjegović-Mikanović

Zorica Terzić-Šupić

U procesu reformisanja zdravstvenog sistema, unapređenje performansi¹⁰ zdravstvenih ustanova i zaposlenih je najčešće pitanje kojim se bave menadžeri i donosioci političkih odluka. Njihova društvena obaveza je da osiguraju najpravednije i najefikasnije korišćenje ograničenih ljudskih i finansijskih sredstava u sistemu zdravstvene zaštite. Ključni procesi za dostizanje unapređenja performanse odnose se na monitoring, evaluaciju i komunikaciju s ciljem detaljnog informisanja o različitim aktivnostima koji se sprovode za dostizanje osnovnih ciljeva zdravstvenog sistema (Smith PC, et al. 2009).

Početkom šezdesetih godina prošlog veka, u Srbiji je uspostavljen zdravstveni informacioni sistem kojim se zvanično, na nacionalnom nivou, izveštavalo o broju raspoloživih ljudskih resursa za zdravlje (đaka, studenata, diplomiranih zdravstvenih radnika i saradnika, zaposlenih po kategorijama i službama zdravstvenih organizacija, penzionisanih, honorarnih radnika), njihovoj distribuciji (teritorijalna raspoređenost, rad u državnim ustanovama, zajednici, samostalan rad, udružen rad i slično), a sredinom sedamdesetih godina izveštavalo se i o njihovim performansama (broj pacijenata na sat, na dan, vrste usluga, terenski rad i drugo) (Šantrić-Milićević i Simić 2009). Tokom vremena, više zakonodavnih promena uslovalo je promene u sadržaju rutinskih podataka zdravstvene statistike na nacionalnom nivou, ostavljajući na uvid javnosti one koje su smatrane prioritetnim. U Izveštaju Svetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2000. godine, od ukupno 191 mesta, Srbija je (u sastavu Jugoslavije) bila na 47. mestu prema procenjenim ishodima u zdravstvenom stanju stanovnika, a na 106. mestu prema procenjenim performansama sistema zdravstvene zaštite, odnosno kada se razmatrao odnos rezultata i uloženi sredstava (WHR 2000).

Danas su produktivnost zdravstvenih radnika i drugi aspekti menadžmenta ljudskim resursima ponovo na dnevnom redu javnozdravstvenih profesionalaca u Srbiji (Institut za javno zdravlje Srbije 2008, Šantrić-Milićević i sar. 2009, Simić i sar. 2010, Šupić i sar. 2010, Šantrić-Milićević i sar. 2010) i međunarodnih konsultanata (Svetska banka 2009, projekti Evropske unije 2007–2010).

Odgovornost prema javnosti odslikava se u postojanju nedvosmislenih standarda za funkcionisanje zdravstvenih ustanova i skupa planiranih intervencija kojima bi se u celini unapredio razvoj ljudskih resursa i stvorilo okruženje kompetentnih kadrova za zdravlje. Stvaranje prostora za razvoj preduzetništva na tržištu zdravstvenih usluga (kao što su sklapanje selektivnih ugovora sa zdravstvenim ustanovama u ime zdravstvenih osiguranika, agilnost privatnog sektora, dekoncentracija, ili delegacija odgovornosti poslovanja ustanovama u

10 Upotreba termina „preformansa“ postala je uobičajena za označavanje funkcionisanja i izvršenja, ili funkcionisanja i učinka u zdravstvenom sistemu.

javnom sektoru zdravstvenog sistema i slično) zahtevaju ustanovljen pouzdan sistem praćenja i procenjivanja performansi zdravstvenih ustanova i kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite. Naime, monitoring i evaluacija učinka su ponovo dobili na značaju kao alati za unapređenje performansi zdravstvenih ustanova i menadžmenta s ciljem postizanja i očuvanja njihove kompetitivne pozicije u budućnosti.

Prema Izveštaju SZO (WHR 2006), strateško unapređenje performansi zdravstvenih radnika omogućava da se željeni rezultati brže vide nego što bi to bilo moguće samo povećavanjem broja zaposlenih. Imajući u vidu male i ograničene mogućnosti za zapošljavanje novog osoblja, vrlo je verovatno da će razvoj motivisanog i visokoproduktivnog kadra obezbediti ostanak zdravstvenih radnika visokih performansi u ustanovi, ali i regrutovanje novih i motivisanih na duži rok. U naučnim i stručnim krugovima, velika pažnja se poklanja karakteristikama zdravstvenih radnika i njihovim interakcijama uz pomoć kojih se performanse (individualne, timske, organizacione i systemske) mogu podići na željeni nivo. Zdravstveni kadar je apostrofirao kao resurs koji se postepeno gradi i u koji treba ulagati, jer je podložan „trošenju“, ali i kao kapital organizacije koji joj obezbeđuje kompetitivnu prednost u savremenom poslovanju (WHR 2006).

Pre opisivanja strategija za unapređenje performansi, važno je pojasniti osnovne pojmove, podatke i pokazatelje koji se koriste za monitoring i evaluaciju dimenzija performansi zdravstvenih ustanova, menadžmenta i zaposlenih.

Definicije i osnovni pristupi

Monitoring je kontinuiran proces prikupljanja i korišćenja standardizovanih informacija (tj. dogovorenih podataka i pokazatelja), uz pomoć koji se prati kako se resursi upotrebljavaju i napredovanje ka ciljevima, postizanje željenih ishoda i uticaja (Dal Poz et al. 2009).

Evaluacija je sistematična i objektivna procena aktivnosti koje su u toku realizacije ili su završene i odnosi se na njihov dizajn, implementaciju i rezultate. Njena svrha je da se odredi značaj i ispunjenje ciljeva i, u tom smislu, stepen efektivnosti (tj. uspešnosti ili delotvornosti), efikasnosti (delotvornost u odnosu na ulaganja), uticaja i održivosti. Razvoj okvira evaluacije podrazumeva više stvari, uključujući pre svega identifikaciju podataka i pokazatelja evaluacije (Dal Poz et al. 2009).

Zajedno sa evaluacijom, dobar monitoring i izveštavanje bi trebalo da obezbede donosiocima odluka i zainteresovanim stranama znanje koje im je potrebno da identifikuju da li se implementacija aktivnosti ustanove, projekta, programa ili političkih intervencija odvijaju kao što je očekivano i da rukovode njima u kontinuitetu (Deloitte Insight Economics 2007; OECD 2009, Dal Poz et al. 2009). Zbog toga se smatra da su monitoring i evaluacija zdravstvenih radnika alati za razvoj lokalnih fondova znanja i kapaciteta, neophodnih za vođenje, ubrzavanje i unapređivanje zdravstvene zaštite u zemlji (Deloitte Insight Economics 2007; OECD 2009), odnosno menadžmenta zdravstvenih ustanova. S druge strane, evaluacija performansi nije lako izvodljiva, čak i kada postoji referentna vrednost za poređenje, reper, standard, odnosno *benchmark*. U zavisnosti od toga kakvi

i kako se podaci prikupljaju, kako se o njima izveštava, kao i načina njihove obrade, postoji mogućnost precenjivanja, odnosno potcenjivanja učinka kao i manipulacije u tumačenju unapređenja posmatranih dimenzija performansi. Rizici povezani sa tumačenjem u evaluaciji performansi su distorzija aktivnosti u pružanju zdravstvenih usluga, koja može da nastane kao posledica fokusiranja na jednu grupu pokazatelja i zapostavljanja drugih aktivnosti koje nije lako meriti, odnosno čiji su rezultati vidljivi na duži rok (Sheldon 1998).

Upravo zbog toga, ali ne samo zbog toga, nov metod Kaplana i Nortona, takozvani *The Balanced Scorecard Method* (Kaplan and Norton 1992), kojim se prikupljaju povratne informacije i ocene od strane svih korisnika usluga (unutrašnjih i spoljašnjih) i potom usklađuju, smatra se dobrim instrumentom da se obezbede osnove za stimulaciju odnosno kaznu, za unapređenje ponašanja i odnosa zdravstvenih radnika i menadžmenta prema poslu (Išoraitė 2008).

Indikatori (pokazatelji) su parametri koji informišu ili opisuju dato stanje u prostoru, vremenu i drugim „SMART“ karakteristikama. U idealnom slučaju, SMART indikatori bi trebalo da specifično tj. precizno mere rezultat; da su merljivi u smislu da se mogu pratiti rezultati tokom vremena; dostižni (*attainable/achievable*), tj. da je napredak moguć i uporediv sa postavljenim krajnjim ciljevima; zatim, relevantni odnosno logički povezani sa željenim ciljevima; i vremenski određeni (*time-bound*). Oni sami po sebi ne izazivaju promenu performansi, već služe za identifikovanje problema, uspeha i promena. Indikatori ukazuju na verovatnoću, a ne izvesnost promene i koriste se kao osnova za postavljanje standarda i za poređenje stvarnog učinka sa standardima, odnosno prethodnim merenjem. Zbog toga su indikatori važni za procenu performansi zdravstvenih ustanova i zaposlenih na lokalnom, nacionalnom i međunarodnom nivou.

Podaci su kvalitativne i kvantitativne karakteristike performansi zdravstvenih ustanova i opisuju potrebe stanovnika za njenim uslugama, ciljeve, ulaganja, proces, rezultate i ishode u zdravlju stanovnika. Prikupljaju se rutinski, popisom, poslovnom dokumentacijom (obrasci zavoda za zdravstveno osiguranje, za obračun zarada, i evidencije o žalbama), izveštajima (na primer, komisije za kvalitet u zdravstvenoj ustanovi), opservacijom, upitnikom, strukturiranim intervjuom, ekspertskom procenom, vođenjem dnevnika i u sklopu istraživanja zdravlja, zadovoljstva zaposlenih i korisnika itd. (Santric Milicevic et al. 2009). Obično se numerički izražavaju kako bi bili pogodni za obradu, analizu, tumačenje i komunikaciju (Deloitte Insight Economics 2007, OECD 2009).

Vodič za monitoring performansi zdravstvenih ustanova, zasnovan na dugogodišnjem i višenacionalnom iskustvu eksperata SZO, preporučuje prikupljanje 44 vrste osnovnih podataka za izgradnju pokazatelja (Hornby & Forte 2002). U tabeli 1 prikazan je skup osnovnih podataka, kojih zbog kulturološkog prilagođavanja ima 49.

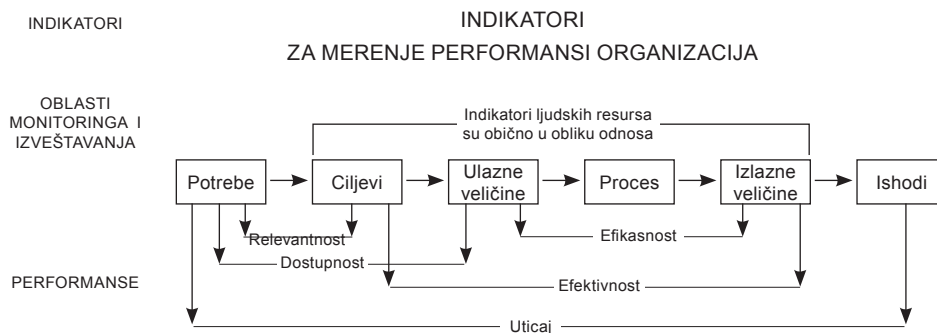
Tabela 1: Preporučeni skup osnovnih podataka za monitoring performansi zdravstvenih ustanova, zaposlenih i menadžmenta (adaptirano prema Hornby & Forte 2002)

1. Broj osoba za koje je dnevno odsustvo odobreno ili ne
2. Broj zaposlenih koji odsustvuju zbog bolovanja
3. Broj zaposlenih koji odsustvuju po odobrenju pretpostavljenog korišćenjem slobodnih dana i sl.
4. Broj osoba koje rade na poziciji za koju imaju ekvivalentne kvalifikacije ali ne i one koje su primarne (npr. na mestu za radnika bez specijalizacije radi specijalista i sl.).
5. Broj zaposlenih na puno radno vreme
6. Broj zaposlenih sa punim radnim vremenom po kvalifikacijama
7. Broj slobodnih radnih mesta po mesecu u odnosu na sistematizaciju radnih mesta
8. Broj potrebnih radnika u odnosu na opterećenje
9. Ukupni godišnji, zdravstveni budžet ustanove
10. Struktura prihoda ustanove
11. Broj osoba na budžetu ustanove (volonteri?)
12. Broj osoba koji je ugovoren sa RZZO
13. Broj osoba čiji je rad procenjen od strane kolega (npr. kolegijalna provera)
14. Planiran broj osoba za kolegijalnu procenu rada
15. Broj slobodnih dana za svako radno mesto
16. Broj treninga van ustanove
17. Ukupan broj organizovanih profesionalnih treninga
18. Planiran broj dana profesionalne obuke po kategorijama zaposlenih
19. Broj osoba po kategorijama za koje je profesionalni trening planiran
20. Broj osoba koje su pohađale profesionalni trening
21. Broj dana obuke po radniku
22. Najnoviji opis radnog mesta
23. Planiran broj osoba koji napušta službu
24. Broj sati prekovremenog rada po osobi u službi/odeljenju
25. Broj sati prekovremenog rada po zaposlenom
26. Visina platnih bodova za svakog člana osoblja
27. Minimalna vrednost boda plate po radnom mestu
28. Godišnje isplaćena suma po pojedincu
29. Broj onih koji su primili platu
30. Ukupan broj plaćenih radnih dana u izveštajnom periodu po zaposlenom
31. Broj osoba kod kojih je ustanova učestvovala u obezbeđivanju stana
32. Broj sati od ukupnog vremena provedenih na putu
33. Za svakog člana osoblja odnos broja sati na terenu sa ukupnim radnim vremenom
34. Planiran odnos broja sati rada na terenu i u ordinaciji
35. Ostvaren odnos broja sati rada na terenu i u ordinaciji

36. Nominalno radno vreme za svakog člana osoblja (uključujući i skraćeno radno vreme)
37. Broj sati rada po kategorijama osoblja (bolnica i odeljenja)
38. Broj intrahospitalnih infekcija po odeljenjima
39. Broj i vrsta dijagnostičkih usluga po službama/odeljenjima
40. Broj i vrsta naloga za farmaceutske usluge po odeljenjima
41. Broj receptata po lekarima
42. Ukupna gravitirajuća populacija (period)
43. Ukupan broj registrovanih pacijenata (period)
44. Broj ambulantno-polikliničkih poseta radi pregleda (broj konsultativno/specijalističkih pregleda u bolnici)
45. Broj zaposlenih koji pružaju zdravstveno-vaspitni rad
46. Izveštaj o zdravstveno-vaspitnom radu
47. Broj složenih operacija (od....bodova i više)
48. Broj manje složenih operacija (do....bodova)
49. Prosečna dnevna zauzetost bolnice

Pojam performansi se odnosi na učinak ili izvršenje koje je moguće meriti i analizirati tokom vremena, odnosno poređenje sa procenjenim potrebama, ulaganjima, postavljenim kratkoročnim, srednjoročnim i dugoročnim ciljevima i efektima koje se žele postići (slika 1).

Slika 1: Indikatori za evaluaciju performansi zdravstvenih ustanova i ljudskih resursa prema oblastima monitoringa i izveštavanja (adaptirano prema Hornby and Forte 2002)



Kada se pomenuti prikupljeni podaci o ciljevima zdravstvenih ustanova, ulaganjima, procesima rada i rezultatima rada stave u odnos sa brojem zdravstvenih radnika, dobijaju se pokazatelji performansi – uspešnosti i efikasnosti zdravstvenih radnika. O značaju i dostupnosti usluga zdravstvene ustanove (ili zdravstvenih radnika) govore pokazatelji dobijeni stavljanjem u odnos podataka o procenjenim potrebama stanovnika na gravitirajućoj teritoriji i

podataka o ciljevima zdravstvene ustanove (ili programima/projekta zdravstvene zaštite koji sprovodi ta ustanova), dok o uticaju zdravstvene ustanove (ili nekog njenog programa) govore pokazatelji izgrađeni na osnovu podataka o potrebama stanovnika i postignutih ishoda u zdravlju (slika 1).

U zavisnosti od ispitivanih karakteristika koje se odnose na korisnika (kao što su informisanost, pristupačnost zdravstvenih usluga, motivisanost i zdravstvena pismenost), zdravstvene radnike (tj. znanja, veština, iskustva, motivacije i socijalno-kulturnog miljea), odnosno zdravstveni sistem i okruženje (uslovi rada, lična sigurnosti, ostali resursi, organizacija, plaćanje, menadžment i supervizija karijere), zdravstvene ustanove se mogu manje-više razlikovati po performansama.

Tradicionalan način merenja učinka zdravstvenih ustanova zasniva se na podacima o broju slučajeva po dijagnozama, broju poseta, broju smrtnih ishoda i otpusta, dužini bolničkog lečenja, nivoima zauzetosti kapaciteta itd. Ovaj pristup nije davao dovoljno informacija o tome koliko dobro su se resursi koristili i, još važnije, kako bi trebalo da se koriste, jer se izveštavalo samo o funkcionisanju ustanove dok indikatori performansi ljudskih resursa nisu bili vidno izdvojeni. Procena produktivnosti kadra zahteva podatke o zdravstvenim rashodima (Hernandez et al 2006, Mays et al. 2006), potrebama za specifičnim zdravstvenim uslugama (Chopra et al. 2008), pored drugih informacija (Rowe et al. 2005). Vremenom se koncept merenja performansi unapredio da bi se poboljšalo merenje javnih rashoda, menadžerskih kompetencija i javne odgovornosti (Hornby & Forte 2002). Indikatori performansi ljudskih resursa zdravstvene ustanove ukazuju na kliničke aspekte njihovog rada, na naučno-bihevioralni aspekt kontrole produkcije usluga, planiranja, programiranja i budžetiranja, na kvalitet zdravstvenih usluga koje se pružaju tj. ishode u zdravlju, kao i na praćenje menadžerskih performansi i efekata političkih intervencija (Hornby & Forte 2002; Rowe et al. 2005, Mays et al. 2006, Chopra et al. 2008; Eldridge and Palmer 2009).

Savremeni pristup monitoringu i evaluaciji performansi zdravstvenih ustanova i zaposlenih zasnovan je na pokazateljima i proceni jednakosti u dostupnosti, efektivnosti (delotvornosti ili uspešnosti u dostizanju postavljenih ciljeva), efikasnosti¹¹ (tehničke i alokativne), kvaliteta i odgovornosti (Joint Learning Initiative 2004; Islam 2007). Indikatori performansi zaposlenih, međutim, omogućavaju analiziranje povezanosti radnih uslova, broja, veština i stručne sprema zaposlenih sa njihovim rezultatima rada (tabela 2).

U tabeli 2 prikazane su dve kategorije pokazatelja zdravstvenih ustanova (I - Uslovi rada i II- Povezanost zdravstvenih radnika i rezultata), u kojima je raspoređeno 12 skupova pokazatelja menadžmenta ljudskim resursima (A–L) i ukupno 53 pokazatelja na institucionalnom nivou (Hornby & Forte 2002).

11 Pokazatelji tehničke efikasnosti zdravstvene ustanove govore o tome kako se pružaju zdravstvene usluge, odnosno da li se zdravstvene usluge pružaju na pravi način, tj. prema profesionalnim standardima uz minimalne troškove ili ne. S druge strane, alokativna efikasnost govori o tome da li se pružaju prave zdravstvene usluge.

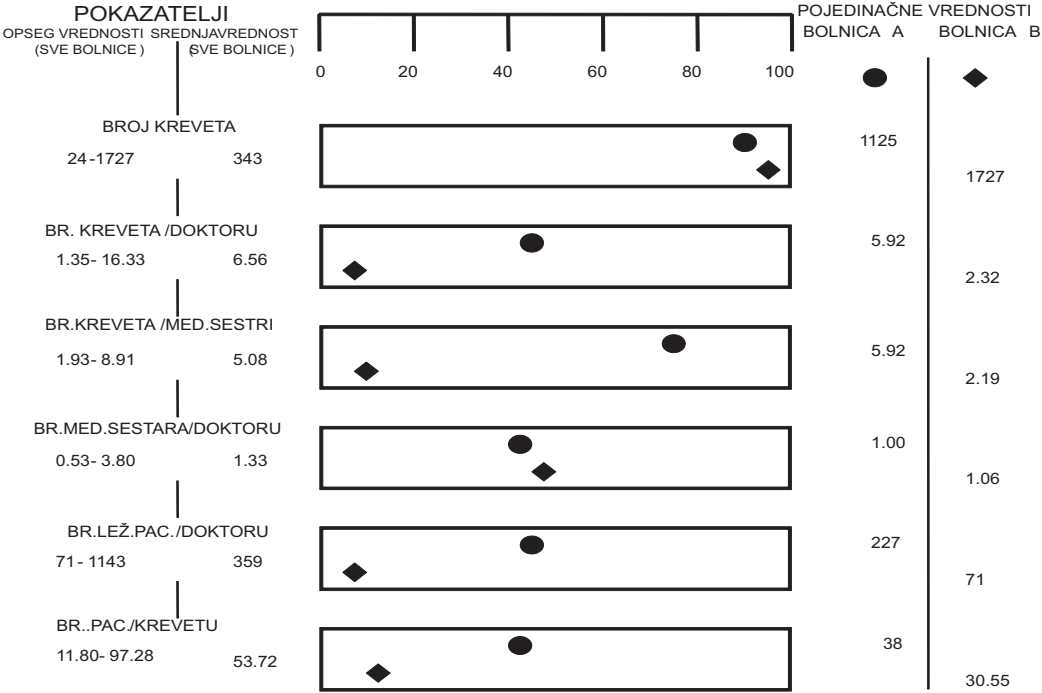
Tabela 2: Skupovi pokazatelja menadžmenta kadrovima na nivou ustanove

Kategorije	Skupovi pokazatelja	Karakteristike	Primeri
I Stanje zdravstvenih radnika	A Stepen dobrog menadžmenta kadrom B Nivoi obuke kadra C Motivacija D Usklađivanje zadataka sa sposobnostima E Radni uslovi	Zaposleni znaju svoje zadatke, kvalifikovani su, svakodnevno ih ima u dovoljnom broju, dobro komuniciraju, rade u timovima, redovno se usavršavaju, posvećeni su i fleksibilni, daju više nego što se od njih očekuje, rade u dobrim uslovima i okruženju.	- Stopa absentizma; - Procenat rashoda za zdravstvene radnike; - Broj kolegijalno procenjenih zdravstvenih radnika prema ukupnom broju zaposlenih; - Odnos broja radnika na obuci i ukupnog broja radnika; - Odnos broja radnika koji odlaze i ukupnog broja zaposlenih; - Broj sati rada i ukupnog radnog vremena;
II Povezanost zdravstvenih radnika i rezultata	F Usklađivanje kadra i radnog opterećenja G Morbiditet lokalnog stanovništva H Preventabilni mortalitet stanovništva I Poboljšan nivo zdravstvene posvećenosti u populaciji J Raspoloživost odgovarajućih veština K Odgovarajući odnos osoblja i broja slučajeva L Odgovarajući obezbeđenost stanovnika kadrom	- Dovoljno zaposlenih za obavljanje posla - Aktivnosti zaposlenih vode ka smanjenju obolevanja, odnosno umiranja; - Zdravstvene usluge koje se pružaju su odgovarajuće i delotvorne; - Javnost aktivno participira u zdravstvenim pitanjima i preuzima aktivnosti u sklopu promocije porodičnog zdravlja i zdravlja zajednice; - Profil, stručna sprema, nivo aktivnosti i druge karakteristike odgovaraju zdravstvenim uslugama koje taj kadar treba da pruža; - Korisnici vrednuju tj. smatraju da se pružaju svrsishodne usluge.	- Odnos broja pacijenata i broja zdravstvenih radnika; - Rashodi za prekovremeni rad prema ukupnim rashodima; - Procenat vakcinisanih u ciljnoj populaciji; - Procenat porođaja uz stručnu pomoć; - Stopa živorođenja na 1000 porođaja; - Stopa mortaliteta odojčadi; - Opšta stopa mortaliteta; - Broj slučajeva endemskih bolesti u populaciji; - Odnos broja ponovnih poseta i ukupnog broja pacijenata; - Odnos broja profesionalnog osoblja i ukupnog broja zaposlenih; - Odnos broja bolnički lečenih pacijenata i ukupnog osoblja; - Broj poseta prema broju ukupnog osoblja; - Odnos broja bolničkih dana i ukupnog osoblja; - Troškovi po pacijentu; - Odnos broja stanovnika i broja zdravstvenih radnika;

Dva pojma, menadžment performansama i performanse menadžmenta se često sreću i njihova povezanost je logična. Menadžment performansama se opisuje kao „integrirani proces koji spaja i objedinjuje procese menadžmenta koji se bave organizacijom i ljudskim resursima“ (Brierly 1993), odnosno sistem povezanih aktivnosti koji se posebno pravi za određenu organizaciju. Uspostavljanjem odgovarajućeg sistema monitoringa i evaluacije relevantnih podataka i pokazatelja dobija se uvid u to gde se, zašto i u čemu odstupa od referentnih, standardnih, ili očekivanih vrednosti, odnosno, koliko su značajna odstupanja i gde je prostor za unapređenje otkriven.

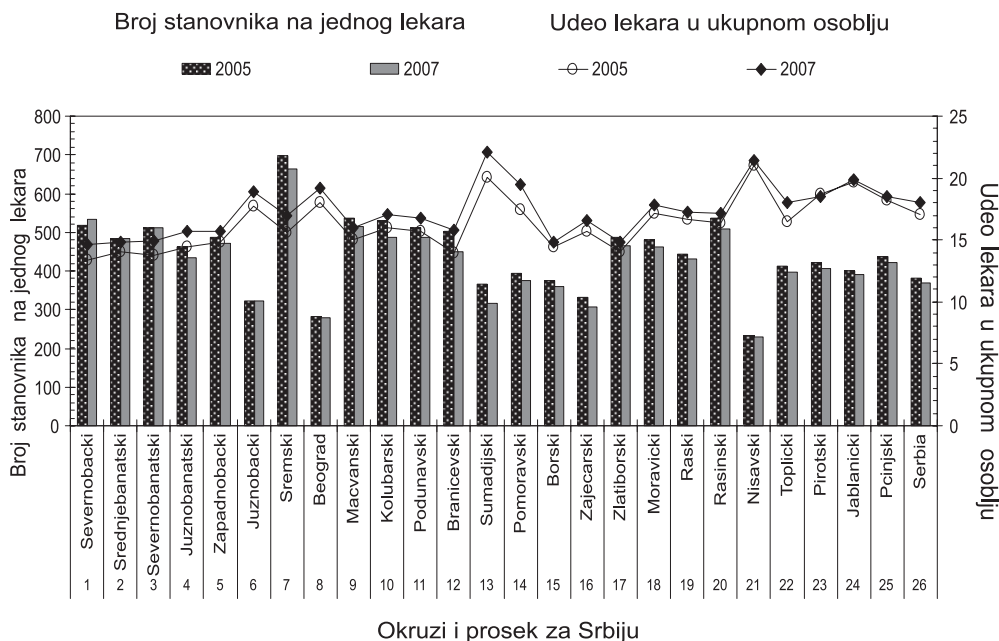
Najčešće se analiziraju performanse zdravstvenih ustanova u celini (slika 2), zdravstvenih radnika kao neposrednih pružalaca zdravstvenih usluga (slika 3), ili razlike između kompetencija i performansi menadžera (slika 4).

Slika 2: Učinak svih bolnica i dve univerzitetske bolnice (A i B) u Velikoj Britaniji



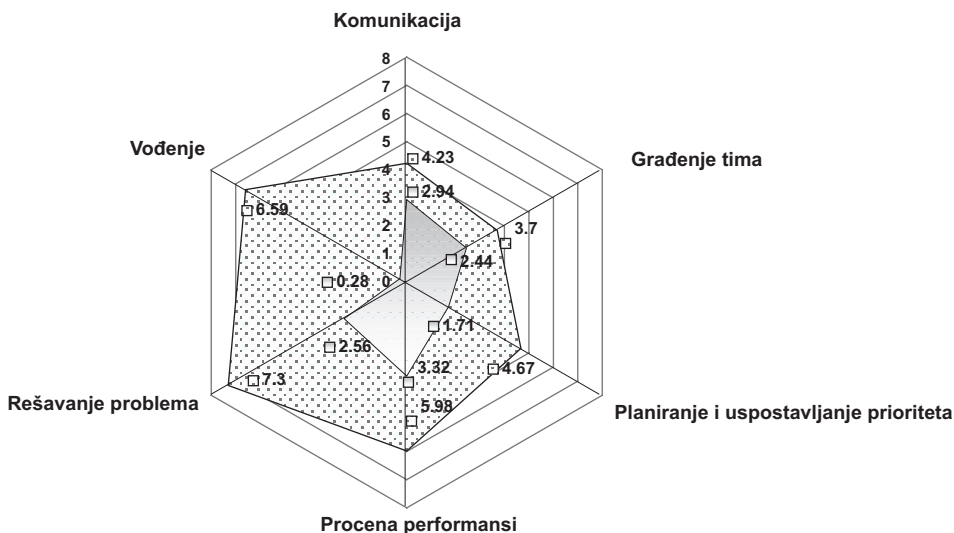
Izvor: Hornby & Forte 2002.

Slika 3: Dostupnost lekara po okruzima u Srbiji 2005. i 2007. godine



Izvor: Šantrić-Milićević i sar. 2009.

Slika 4: Ključne kompetencije i performanse glavnih sestara domova zdravlja u Beogradu pre i posle edukacije (tačkasta površina je deo kompetencija unapređen posle obuke)



Izvor: Šantrić-Milićević i sar. 2010.

Dimenzije i strategije za unapređenje performansi

Zaposleni koji imaju dobre performanse su oni koji u sklopu raspoloživih resursa i uslova postižu najbolje moguće ishode na odgovoran, pravedan i efikasan način (WHR 2006). Svetska zdravstvena organizacija (WHR 2006) je predložila da se razmatraju četiri dimenzije optimalne performanse zdravstvenih radnika:

- raspoloživost – u smislu adekvatne distribucije i prisustva zaposlenih u vremenu i prostoru;
- kompetencije – u smislu odgovarajuće kombinacije tehničkih znanja, veština i ponašanja;
- odgovornost – u smislu odgovornog ophođenja prema svim ljudima kojima se pružaju usluge i poštovanjem svih, bez obzira na njihovo zdravstveno stanje ili druge razlike; i
- produktivnost – u smislu najvećeg mogućeg obezbeđivanja delotvornih zdravstvenih usluga i ishoda, uzimajući u obzir postojeći raspoloživ kadar, odnosno smanjenje gubitaka u vidu raspoloživog radnog vremena, ili veština koje zaposleni poseduju.

Smatra se da postoji desetak faktora koji pozitivno, odnosno negativno deluju na performanse (WHR 2006). To su faktori specifičnosti posla (pod brojem 1–3), osnovni uslovi rada (pod brojem 4–7) i podsticajno okruženje (pod brojem 8–10), dati na sledećoj listi:

1. Jasan opis poslova;
2. Normativi, etički principi, protokoli rada i osnažujući faktori (profesionalna udruženja);
3. Usklađivanje sposobnosti sa zadacima;
4. Pozitivna supervizija;
5. Odgovarajuće nadoknade (nivoi zarade i mehanizam plaćanja);
6. Informisanje i komunikacija;
7. Infrastruktura i potrošni materijal;
8. Doživotno učenje;
9. Timski rad i menadžment;
10. Poslovna (tehnička i alokativna) i finansijska odgovornost.

Jedino mehanizam plaćanja zdravstvenih radnika za njihov rad može imati podjednako pozitivan i negativan efekat na sve dimenzije učinka zdravstvenih radnika (i to u najvećoj meri na produktivnost, u velikoj meri na raspoloživost, i nešto manjoj na kompetencije i odgovornost). Pored toga, najdelotvornija strategija za povećanje raspoloživosti kadra je povećanje nivoa zarada, dok su informisanje i putevi komunikacije, u tom smislu, bez efekta. Na poboljšanje kompetencija zdravstvenih radnika najveći efekat imaju pozitivna supervizija i doživotno učenje, a potom informisanje i način komunikacije.

Strategije za povećanje odgovornosti pre svega bi trebalo da se oslanjaju na faktore pod brojem 2, 4, 9 i 10. Produktivnost je najveća kada se usklade sposobnosti sa zadacima, uz uspešan tim menadžera i način vođenja, i u organizaciji koja neguje kulturu poslovne i finansijske odgovornosti. Od tih strategija, prema Izveštaju SZO (WHR 2006), najlakše se izvode opis poslova i doživotno učenje. Relativno najjeftinije su opis poslova, normativi, etički principi, udruženja, doživotno učenje i timski rad i menadžment.

Potencijalno najveći efekat imaju strategije: usklađivanje sposobnosti sa zadacima, pozitivna supervizija, nadoknade zdravstvenim radnicima, ulaganja u infrastrukturu i potrošni materijal, kao i za održivost poslovne i finansijske odgovornosti. Dugoročni efekat imaju normativi, etički principi, udruženja, kao i informisanje i komunikacija.

S obzirom da je fond znanja o uspešnim načinima da se raspoloživost, kompetencije, odgovornost, i produktivnost razviju još uvek mali, potrebno je još dosta rada. U tom smislu, pažljiv monitoring trendova i efekata omogućava proaktivno reagovanje i korigovanje, a evaluacija razmenu dragocenih iskustava u ciklusu stalnog unapređenja zdravstvene zaštite. Posebno je važno da se ustanove pokazatelji kojima bi se ove četiri dimenzije performansi bolje opisale.

Izgradnja kulture procenjivanja performansi zdravstvenih ustanova i zaposlenih

Zdravstvene ustanove i pružanje zdravstvenih usluga suštinski zavise od broja, veština i posvećenosti zaposlenih radnika. Postojanje sveobuhvatnih, pouzdanih i ažuriranih podataka, kao i usaglašenih definicija i alata za njihovu obradu i analize su preduslovi za praćenje i evaluaciju performansi zdravstvenih ustanova i zaposlenih, na svim nivoima u sistemu zdravstvene zaštite.

Da bi indikatori performansi bili uspostavljeni, potrebno je da su prepoznati kao korisni i za lokalnu i centralnu upravu, odnosno da su svrsishodni, kao i da postoje kapaciteti za analizu i tumačenje prikupljenih indikatora. Pokazatelji uglavnom treba da se zasnivaju na postojećim i dostupnim podacima i da ne zahtevaju novi informacioni sistem.

Istraživanja i praksa pokazuju da željene promene u menadžmentu ljudskim resursima kao i pomak u performansama zaposlenih i ustanove zavise od lokalnih menadžerskih kapaciteta u smislu legislativnih, regulatornih i finansijskih ograničenja (Rowe et al. 2005, Mays et al. 2006, Chopra et al. 2008). Stoga je potrebna jača volja i predanost menadžera i uspostavljanje odgovarajućih struktura (Rowe et al. 2005, Bashook 2005, Chopra et al. 2008). Postoje dokazi da se delegiranjem samo poslovne, bez finansijske, odgovornosti u toku decentralizacije umanjuje mogućnost brzog rešavanja lokalnih problema koji su nepoznati centralnoj vlasti. Samim tim, umanjuje se finansijska odgovornost prema javnosti – kako menadžera, tako i zaposlenih, odnosno zdravstvenih radnika (WHR 2006). Pored toga, neophodno je revidiranje, odnosno razvijanje institucionalne vizije, strategije, pisanih i nepisanih pravila, procedura i ustanovljavanje razumnog skupa pokazatelja performansi zdravstvenih ustanova (The Baldrige 2009-2010).

Način na koji će se indikatori performansi tumačiti zavisi od cilja evaluacije, a interes menadžera ljudskih resursa je da sagleda kompetencije zaposlenih u sklopu razvojnih kapaciteta sopstvene ustanove i okruženja. Prednost merenja performansi menadžmenta ljudskim resursima, s druge strane, ogleda se u tome da se radi na razvoju sigurnog, kooperativnog, efikasnog i svrsishodnog radnog okruženja u kom vlada poverenje (Hornby & Forte 2002) i u kom se pritisci, razlike, različite političke opcije ili asocijacije bolje shvataju i rešavaju (Rowe et al. 2005, Mays et al. 2006, Chopra 2008).

Osim motivacije i radnih uslova, u Srbiji su dostupni mnogi od preporučenih pokazatelja performansi za menadžment zdravstvenim ustanovama na nacionalnom nivou, tako da je moguća kontinuirana analiza performansi ustanova zdravstvene zaštite i zaposlenih (Šantrić-Milićević i sar. 2009). Neke podatke je moguće dobiti na zahtev od same ustanove, a neke posebnim istraživanjima (pokazatelje relevantnosti i uticaja). Aktuelan unutrašnji kontekst za merenje performansi ljudskih resursa čine stari i moderni zakoni i regulative, duga tradicija sa centralizacijom odgovornosti i kontrole s jedne strane, i politički pritisci, socijalna i ekonomska nestabilnost, migracije radne snage, kompetitivan privatni sektor, kao i niske stope produktivnosti i visoka nezaposlenosti kadrova s druge strane (Simić i sar. 2010, Šantrić-Milićević 2010). Pored toga, slabosti pomenutog konteksta – nedovoljno poznavanje oblasti, veština i nepostojanje odgovarajućih regulativa i struktura za merenje performansi zaposlenih i menadžera u ustanovama zdravstvene zaštite u javnom sektoru – istovremeno su izazovi za izgradnju kredibilnih, „omogućavajućih i osnažujućih“ edukativnih, konsultativnih, kontrolnih i promotivnih faktora.

Da bi se poboljšale performanse u Srbiji potrebno je da sve zainteresovane strane uvide da su praćenje i evaluacija performansi mehanizmi rukovođenja učinkom, odnosno da su im jasne dobiti od uspostavljanja sistema za kontinuirano merenje performansi, kao i da se slože oko odgovarajućih skupova podataka koje će se pratiti, meriti i evaluirati u odnosu na željene performanse (Šantrić-Milićević i sar. 2009). Formalna obuka za menadžment zdravstvenim ustanovama, sistemi monitoringa i evaluacije, regulative i ostali mehanizmi su neophodni za razvoj kulture merenja performansi zdravstvenih ustanova, kao i performansi menadžmenta u zemlji, odnosno za jačanje kolektivne i individualne odgovornost u zdravstvenoj zaštiti.

Milena Šantrić-Milićević, Vesna Bjegović-Mikanović, Zorica Terzić-Šupić

Institut za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Literatura

Bashook PG. (2005). Best Practices for Assessing competence and performance of the behavioral health workforce. *Administration and Policy in Mental Health*; 32(5):563-591.

Izgradnja kapaciteta Ministarstva zdravlja i implementacija zajma EIB u Srbiji. Nacionalna konferencija „Izgradnja kapaciteta u 20 srpskih bolnica“, 4. decembar 2006, Beograd, Srbija.

Chopra M, Munro S, Lavis J N, Vist G, Bennett S. (2008). Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*, 371: 668–74.

Dal Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat LBA. eds. (2009). *Monitoring and evaluation of human resources for health: challenges and opportunities with special applications for low- and middle-income countries*. Svetska zdravstvena organizacija. Ženeva

Deloitte Insight Economics. (2007). *Impact monitoring and evaluation framework: background and assessment approaches*. Barton, Cooperative Research Centres Association of Australia

Eldrige C, Palmer N. (2009). Performance – based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning* 24:160-166.

Hernandez P, Dräger S, Evans DB, Tan-Torres Edejer T, Dal Poz MR. (2006). *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. Evidence and Information for Policy, Svetska zdravstvena organizacija. Ženeva

Hornby P, Forte P (2002). *Guidelines for introduction of human resource indicators to monitor health service performance*. The Centre for Health Planning and Management. Svetska zdravstvena organizacija. Ženeva

Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut 2008“. (2008). *Zdravlje stanovnika Srbije – Analitička studija (1997 - 2007)*. Beograd.

Islam M, ed. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. (2007). Submitted to the U.S. Agency 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

Išoraitė M. (2008). The balanced scorecard method: From theory to practice. *Intellectual Economics*, No. 1(3), p. 18–28.

Joint Learning Initiative. (2004). *Human Resources for Health. Overcoming the Crisis*. Harvard University Press. Cambridge, MA

Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1992). „The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance,“ *Harvard Business Review* January–February, p. 71–79.

Mays GP, McHugh MC, Shim K, Perry N, Lenaway D, Halverson PK, Moonesinghe R. (2006). Institutional and Economic Determinants of Public Health System Performance *Am J Public Health*. 96:523–531.

Rowe AK, De Savigny D, Lanata CF, Victora CG. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 366: 1026–35.

Simić S, Šantrić-Milićević M, Matejić N, Marinković J, Adams O. (2010). Do we have primary health care reform? The story of the Republic of Serbia. *Health Policy* [Epub ahead of print] PMID: 20181406.

Sheldon T. (1998). Promoting health care quality: what role performance indicators? *Quality in Health Care* 7 (Suppl):S45-S50.

Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, ed. (2009). *Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge University Press. Cambridge

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. godine.

Šantrić-Milićević M, Bjegović-Mikanović V, Terzić-Šupić Z, Vasić V. (2010). Competencies gap of management teams in primary health care. *Europ J of Public Health*, 1-7. doi: 10.1093/eurpub/ckq010.

Šantrić-Milićević M, Simić S. (2009). Health workforce in Serbia in two periods: before and after 1950. *Med Pregl*. 62(7-8):379-83. PMID: 19902793.

Šantrić-Milićević M, Simić S, Ivanović I. (2009). 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.

Šupić ZT, Bjegović V, Marinković J, Šantrić-Milićević M, Vasić V. (2010). Hospital management training and improvement in managerial skills: Serbian experience. *Health Policy*. Jan 27. [Epub ahead of print] PMID: 20116126.

The Baldrige National Quality Program 2009-2010. *Health Care Criteria for Performance Excellence*. Gaithersburg: National Institute of Standards and Technology.

WHO(2006). *The world health report (WHR) 2006: working together for health*. Svetska zdravstvena organizacija. Ženeva

Svetska zdravstvena organizacija i Ministarstvo zdravlja Kenije (2005). *Service Availability Mapping: Kenya report*. Svetska zdravstvena organizacija i Ministarstvo zdravlja Kenije. Ženeva.

World Health Report. 2000. p:15-25. Svetska zdravstvena organizacija. Ženeva.

World Bank (2009). *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.

POLITIKA BOLNICE I BOLNIČKE PROCEDURE

Smernice za kreiranje politike u organizaciji

Majkl O'Rurk

Opšte napomene

Politika je odraz stava organizacije o nekom pitanju. U njoj su izložena očekivanja organizacije u datoj oblasti, odnosno težnje, kvantitativni ciljevi, ponašanje i učinak. Dakle, za bolnicu kao organizaciju kreiranje politike predstavlja dobar način da se jasno definišu ishodi i norme, kao i željeni način rada.

Procedure predstavljaju opis preporučenih ili obaveznih koraka u sprovođenju neke aktivnosti. Zajedno, politika (i propisi) i procedure pružaju praktičnu definiciju načina ostvarivanja vrednosti i opštih ciljeva organizacije.

Obrazac politike i procedura

Ne postoji jedinstveni, preporučeni obrazac za politiku i procedure. U nastavku teksta dat je niz primera kako bi se stekla ideja o tome kako se politika i procedure mogu razvijati u određenim oblastima.

Međutim, možda bi bilo jednostavnije kada bi u bolnici postojao jedinstveni obrazac za politiku u svim oblastima; tako bi ona mogla biti kreirana i revidirana na efikasniji način.

Politika se može kreirati za celu organizaciju. U tom slučaju rukovodstvo bolnice treba da preispita politiku i usvoji je, čime bi politika dobila na značaju i imala „pečat“ rukovodstva. Politika se može razvijati i tako da uređuje rad određeno sektora ili odeljenja.

U nastavku je navedeno nekoliko oblasti i primera najčešće razvijane politike.

Oblast politike	Primeri naziva politika u datoj oblasti
Ljudski resursi	Politika kontinuiranog obrazovanja osoblja
	Politika koja se odnosi na agresiju i nasilje
	Medicina rada
	Politika odsustvovanja sa rada u posebne svrhe
	Politika angažovanja i selekcije osoblja
Prava pacijenata	Politika i procedura podnošenja žalbi
	Poverljivost ličnih informacija o zdravlju

Oblast politike	Primeri naziva politika u datoj oblasti
Kliničke oblasti	Politika primenjivanja intravenskih lekova
	Politika prepisivanja, primenjivanja i kontrole lekova
	Politika plasiranja periferne venske kanile
Administracija	Važeća finansijska uputstva
	Nadležnost i prenošenje ovlašćenja
	Politika sukoba interesa i pravila ponašanja
	Politika i procedure nabavke računarske opreme
	Politika bezbednosti
Pomoćne službe	Higijensko rukovanje hranom
	Politika preventivnog održavanja
	Politika nabavke bolničke posteljine
Bezbednost	Zdravlje i bezbednost: rukovanje teretom
	Postupanje sa otpadom i odlaganje

Postoji, naravno, veliki broj oblasti u kojima bolnica može da razvije sveobuhvatnu politiku (za šta je potrebno odobrenje višeg rukovodstva), kliničku politiku (radi poboljšanja nege pacijenata i ispunjavanja odgovarajućih normi) i politiku odeljenja (u cilju definisanja najboljeg načina sprovođenja aktivnosti i procesa u određenoj oblasti).

Sprovođenje politike

Sprovođenje politike je najuspešnije ukoliko je osoblje uključeno u njeno kreiranje i preispitivanje, odnosno ukoliko je osoblju omogućeno da da svoje komentare o politici i predloge za njeno sprovođenje (besmisleno je razviti politiku sa kojom se osoblje ne slaže i koju, samim tim, nije moguće sprovesti!).

Zaposleni, takođe, treba da budu upoznati sa razlozima za definisanje neke politike, kao i da poseduju primerke konkretnih dokumenata politike i procedura koje im stoje na raspolaganju (jedan od načina postavljanje plakata na vidno mesto gde osoblje može na jednostavan način da se informiše o politici).

Politiku treba povremeno preispitivati i ažurirati kako bi se osiguralo da je uvek relevantna, da ne sadrži propuste koje treba otkloniti i da od trenutka kada je politika definisana nisu nastali novi problemi.

Politika treba da sadrži datum (koji pokazuje kada je poslednji put revidirana) i podatak o nivou na kome je usvojena (koji pokazuje da je npr. direktor saglasan sa njom).

Kako razvijati politiku i procedure u bolnici i zdravstvenoj organizaciji

- Rukovodstvo treba da bude posvećeno razvoju politike i procedura i da ga podstiče.
- To je moguće postići predstavljanjem koncepta razvoja politike i procedura celoj organizaciji – putem oglasnih tabli, dopisa, biltena itd.
- Pojedinačne službe i odeljenja, bez obzira na to da li su kliničke ili ne, treba da počnu sa razvojem politike, procedura i protokola u svojim oblastima.
- U procesu kreiranja, politika drugih institucija ili iz drugih zemalja (ili primeri politike dati u ovom dokumentu) mogu poslužiti kao smernice i izvor informacija.
- U svakoj službi ili odeljenju može biti oformljen mali tim sa zadatkom da definiše odgovarajuću politiku.
- Nacrt politike i procedura treba proslediti zaposlenima i od njih zatražiti komentare i sugestije.
- Komentare i predloge izmena treba uvažiti ukoliko je moguće.
- Neophodno je da politika i procedure budu realni i ostvarivi – nema svrhe postavljati nerazumne norme.
- Konačna verzija politike i procedura treba da bude izložena na vidnom mestu i predstavljena osoblju putem oglasnih tabli, pisanih saopštenja itd.
- Politiku i procedure treba redovno preispitivati i ažurirati (najmanje jednom godišnje) i na njima jasno istaći datum poslednje revizije.
- Rukovodstvo treba da osigura i prati sprovođenje politike i procedura. Neophodno je utvrditi jasna pravila za slučaj kršenja politike i procedura, kao i eventualne disciplinske mere koje se preduzimaju u slučaju ozbiljnog nepoštovanja politike.

Sledi niz primera iz različitih oblasti, koji mogu poslužiti kao smernice pri kreiranju politike.

**Primer: Operativna politika – nadzor, prevencija i kontrola infekcija
(odobrena od strane rukovodstva bolnice)**

Bezbedno rukovanje oštrim predmetima

SVRHA

Utvrđivanje smernica za bezbedno rukovanje oštrim predmeta i njihovo odlaganje.

POLITIKA

1. Ova politika se odnosi na igle, skalpele i ostale oštre predmete.
2. Sve igle, skalpeli i ostali oštri predmeti odlažu se u čvrste, neprobojne spremnike, posebno dizajnirane za bezbedno odlaganje.
3. Za čuvanje i odlaganje oštarih predmeta koji se koriste tokom hirurških intervencija koriste se sterilni spremnici.
4. Igle ne bi trebalo seći, savijati, lomiti, vraćati u omot, niti na njih vraćati poklopac.

PROCEDURA

NAJVAŽNIJE

1. Rukovanje oštrim predmetima treba u svakom trenutku da bude pažljivo.
2. Oštrice skalpela treba menjati za to predviđenim instrumentom.
3. Spremnici za oštre predmete treba da postoje u svim prostorijama u kojima se nalaze pacijenti i da se koriste za odlaganje svih oštarih predmeta.
4. Spremnike treba zameniti kada su 2/3 puni; oni ne smeju biti prepunjeni.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Politika odeljenja

(odobrena od strane načelnika odeljenja i rukovodstva bolnice)

Apoteka

SVRHA

Obezbeđivanje stručne farmaceutske podrške u postupku nabavke, upotrebe, skladištenja i primene lekova i intravenskih rastvora; obezbeđivanje izvora informacija za zaposlene u vezi sa farmaceutskim proizvodima.

CILJEVI

1. Savetovanje osoblja o pravilnom postupku nabavke, skladištenja i primene farmaceutskih proizvoda.
2. Uvek dostupan izvor informacija o lekovima.

POLITIKA

1. Osoblje apoteke sarađuje sa administrativnim osobljem, lekarima i medicinskim sestrama u bolnici kada je reč o obezbeđivanju farmaceutskih proizvoda.
2. Apoteka je odgovorna za adekvatno skladištenje, obeležavanje i kontrolu farmaceutskih proizvoda.
3. Apoteka uspostavlja i vodi evidenciju o lekovima (formular).
4. Apoteka daje lekarima i medicinskim sestrama informacije o farmaceutskim proizvodima.

MERE

- a. Redovna inspekcija objekta (prostorija).
- b. Praćenje postupka nabavke u cilju obezbeđenja kvaliteta.
- c. Sprovođenje postupka povlačenja lekova.
- d. Ažuriranje politike i procedura – redovna revizija svakih 6 meseci.
- e. Revidiranje evidencije/spiska lekova.
- f. Pružanje informacija o lekovima/stanju zaliha.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Operativna politika

(odobrena od strane direktora klinike i rukovodstva bolnice)

Kontrola infekcija tokom pripreme medikamenata

SVRHA

Primena odgovarajućih aseptičnih tehnika i procedurâ kontrole infekcija u cilju sprečavanja širenja ili prenošenja bakterija (kontaminanata) sa medikamentima na pacijente.

CILJEVI

- (1) Primena dobre aseptične tehnike.
- (2) Upotreba sterilnih rastvora, koji ne sadrže kontaminirajuće materije.

POLITIKA

- (1) Parenteralni proizvodi se moraju pripremati u čistom okruženju.
- (2) Pre pripreme parenteralnih proizvoda neophodno je temeljno oprati ruke sapunom i vodom, ili nositi rukavice.
- (3) Svaki proizvod ili materijal korišćen u pripremi sterilnih proizvoda mora biti odbačen ukoliko postoji sumnja da je kontaminiran.
- (4) Neophodno je koristiti izopropil alkohol za temeljno čišćenje gumenih čepova ili otvora.
- (5) Treba izbegavati kontaminaciju igala i špricova dodirom. Svaki proizvod ili materijal kontaminiran dodirom treba odbaciti.
- (6) Pre davanja intravenskog rastvora pacijentu treba proveriti da li rastvor sadrži nepoželjne čestice.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Operativna politika

(odobrena od strane direktora klinike i rukovodstva bolnice)

Procedura davanja medikamenata

CILJ

Obezbediti da sve medikamente pacijentima u bolnici daje registrovana ili za to kvalifikovana medicinska sestra, u skladu sa procedurom u daljem tekstu.

PROCEDURA

1. Nalog za davanje medikamenata izdaje lekar usmeno ili pismenim putem. Ukoliko je nalog za korišćenje medikamenta dat usmeno, medicinska sestra ga zapisuje, a lekar treba da ga potpiše u roku od 24 sata. Uputstva lekara o dinamici davanja lekova moraju imati datum, a lekar ih mora potpisati u roku od 24 sata. Doziranje i način primene svakog medikamenta moraju biti precizirani.
2. Uvek kada daje lek, medicinska sestra mora da sledi svih pet (5) koraka navedenih u nastavku. Dakle, mora da bude sigurna:
 - (a) da je uzela pravi lek;
 - (b) da ga daje pravom pacijentu;
 - (c) da je doza odgovarajuća;
 - (d) da ga daje u pravo vreme;
 - (e) da je način primene odgovarajući.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Politika odeljenja

(odobrena od strane načelnika odeljenja i rukovodstva bolnice)

Procedure čišćenja

SVRHA

Doprinos održavanju sterilnog okruženja u bolnici.

POLITIKA

I. Procedure u operacionoj sali (između hirurških intervencija)

1. Po završetku svake hirurške intervencije, otpad staviti u dvostruku crvenu kesu, zavezati i odložiti u odgovarajući spremnik. Spremnik prebrisati antibakterijskim rastvorom i postaviti plastičnom kesom.
2. Korišćene čaršafe ukloniti nakon svake intervencije, staviti u kese, vezati ih i odložiti u spremnik. Stolove prebrisati antibakterijskim sredstvom i zameniti kese za odlaganje.
3. Po završetku intervencije, prebrisati sav nameštaj i opremu/aparate u operacionoj sali anitbakterijskim rastvorom. Nakon svake intervencije koristiti čistu krpu. Uveriti se da su se nameštaj i oprema/aparati osušili.
4. Pod operacione sale brisati čistom krpom/sunđerom i antibakterijskim rastvorom. Nakon svake intervencije koristiti čistu krp/sunđer za čišćenje.
5. Očistiti operacioni sto čistom krpom i antibakterijskim rastvorom. Uveriti se da je celokupna površina stola čista. Kada se sto osuši, staviti čisti čaršaf.

II. Procedure za svakodnevne poslove

1. Za čišćenje površine pulta za medicinske sestre koristiti čistu krpu i antibakterijski rastvor. Temeljno prebrisati podove.
2. Sve lavaboe brisati antibakterijskim rastvorom. Tokom ovog postupka očistiti i sve slavine. Osušiti lavaboe i slavine.
3. Podove brisati čistom krpom/sunđerom i antibakterijskim rastvorom.
4. Sve pultove, stolove i radne površine brisati čistom krpom i antibakterijskim rastvorom.
5. Dopuniti dozatore za tečni sapun i dodati papirne ubruse u kućište.
6. Čistom krpom i antibakterijskim rastvorom svakodnevno brisati sve prostorije: sobu za anesteziju, prostorije za čist i korišćen materijal i prostorije za sterilizaciju i skladištenje.

III. Procedure za poslove koji se obavljaju nedeljno

1. Sve lampe, vrata, okvire vrata i zidove brisati čistom krpom i antibakterijskim sredstvom. Isto važi i za ventilacione otvore.
2. Kolica za čaršafe i unutrašnjost i spoljašnjost spremnika za otpad prati antibakterijskim rastvorom. Dobro osušiti.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Opšta politika bolnice

(odobrena od strane upravnog odbora i višeg rukovodstva bolnice)

Seksualno uznemiravanje

Bolnica zabranjuje seksualno uznemiravanje osoblja, pacijenata, volontera i posetilaca.

Seksualno uznemiravanje može da uključuje pokušaje približavanja nekoj osobi protiv njene volje, odnosno komentare i postupke seksualne prirode, traženje seksualnih usluga i druge oblike verbalnog ili fizičkog ponašanja koje ima namernu seksualnu konotaciju. Ovakvo ponašanje postaje uznemiravanje u sledećim slučajevima:

- kada se osobi saopšti (ili se podrazumeva) da mora da trpi takvo ponašanje ako želi da zadrži posao;
- kada takvo ponašanje utiče na učinak osobe na poslu; ili
- kada takvo ponašanje stvori zastrašujuću, neprijateljsku atmosferu, koja vređa dostojanstvo osobe.

Svaki slučaj seksualnog uznemiravanja treba prijaviti nadređenom. Ukoliko time problem ne bi bio rešen ili to iz nekog razloga nije izvodljivo, treba se žaliti direktno direktoru bolnice.

Bolnica mora odmah istražiti slučaj i preduzeti mere u cilju rešavanja problema prijavljenog seksualnog uznemiravanja. Bolnica može preduzeti disciplinske, zakonske ili druge mere u cilju rešavanja pomenutih problema.

Žalbe i istraga o uznemiravanju su poverljivi. Sve uključene strane moraju se striktno pridržavati pravila o poverljivosti informacija tokom istrage.

Odmazda zbog podnošenja žalbe o seksualnom uznemiravanju je zakonom zabranjena i može uključiti i prekid radnog odnosa. Osobi za koju se smatra ili za koju je dokazano da je kriva za seksualno uznemiravanje zabranjeno je da ispituje podnosioca žalbe ili svedoke.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Opšta politika bolnice

(odobrena od strane najvišeg rukovodstva bolnice)

Norme ponašanja

Bolnica je uspostavila opšte norme ponašanja, definišući time prava i dužnosti svih zaposlenih.

Norme predstavljaju smernice za ponašanje osoblja. Ove norme nisu konačne; bolnica zadržava pravo uvođenja novih normi i sprovođenja korektivnih mera, ukoliko proceni da je potrebno. Kršenje pravila bolnice, nepoštovanje politike i pomenutih normi razlozi su za preduzimanje korektivnih mera, koje uključuju i prekid radnog odnosa.

U nastavku teksta date su neke norme ponašanja koje se očekuje od zaposlenih. Bolnica može imati dodatna pravila, propise i politiku koji se odnose na ove i druge oblasti ponašanja osoblja.

Od osoblja se očekuje:

- da pacijentima pruži kvalitetnu negu;
- da odgovori na potrebe *svih* osoba u bolnici (pacijenata, posetilaca, lekara i drugih);
- da se pridržava usmenih ili pismenih uputstava nadređenih, kao i bolničke politike, procedura i prakse;
- da se s poštovanjem ophodi prema bolničkoj imovini, pacijentima, saradnicima, posetiocima i dr. Neovlašćena upotreba, iznošenje, krađa, ili namerno oštećivanje bolničke imovine je strogo zabranjeno. Zabranjeno je i uzimanje hrane ili pića namenjenih pacijentima;
- da bude lojalno bolnici, tj. da ne daje lažne ili zlonamerne izjave, niti izjave za koje nije ovlašćeno;
- da vodi preciznu evidenciju. Zabranjeno je davanje lažnih informacija u prijavi za posao, mesečnom izveštaju, ili bilo kojoj evidenciji bolnice;
- da se ponaša odgovorno na poslu. Zaposleni ne sme ugroziti ili povrediti kolege, pacijente i dr. i mora nastojati da ne ošteti imovinu bolnice;
- da poštuje druge. Pretnja ili uznemiravanje, fizičko nasilje, uvredljive izjave i slično ponašanje je zabranjeno, kao i grubo, nepristojno, ili opsceno ponašanje;
- da u krugu bolnice ne nosi oružje;
- da izbegava kockanje i neprimereno ili nemoralno ponašanje na bolničkom posedu ili dok radi za bolnicu;
- da ostane na radnom mestu i obavlja dodeljene zadatke tokom radnog vremena. Zabranjeno je napuštanje odeljenja (ili prostorija bolnice) tokom radnog vremena bez dozvole. Takođe, zabranjena je zloupotreba pauza, prekidanje posla pre kraja smene, spavanje u toku radnog vremena ili obavljanje drugih aktivnosti koje nisu deo posla;
- da izbegava neprimerene izjave o poslu ili privatnom životu.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Opšta politika bolnice

(odobrena od strane upravnog odbora i najvišeg rukovodstva bolnice)

Korišćenje i čuvanje bolničke imovine

Poslovna i medicinska oprema u našoj bolnici od suštinskog je značaja i za rad bolnice i, u nekim slučajevima, za spasavanje života. Od osoblja se očekuje da vodi računa o opremi na svom odeljenju, uključujući svu potrebnu dokumentaciju o opremi, njeno održavanje i kontrolisanje. Molimo vas da svaki uočeni kvar na opremi odmah prijavite za to nadležnoj osobi.

Sva oprema ili predmeti posebne namene, koji su vam dati radi obavljanja posla, vlasništvo su bolnice. Od vas se očekuje da pazite na bolničku imovinu koja vam je poverena, kao i da prijavite svaki kvar ili nestanak bez odlaganja. To se odnosi i na predmete kao što su identifikacione kartice, ključevi, pejdžeri, računarska oprema, uniforme i sl.

Osoblju je zabranjeno korišćenje bolničke opreme i materijala u privatne svrhe.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Opšta politika bolnice

(odobrena od strane upravnog odbora i najvišeg rukovodstva bolnice)

Prevoz*Održavanje vozila*

Sva vozila se održavaju, odnosno redovno servisiraju, u skladu sa planiranim rasporedom, tj. dana navedenog u Opštem formularu za evidenciju održavanja vozila.

Svaki uočeni kvar ili problem treba prijaviti osobi nadležnoj za prevoz ili nadređenom rukovodiocu.

Korišćenje vozila

Samo imenovani vozači mogu da upravljaju vozilima. Spisak imenovanih vozača utvrđuje se uz saglasnost rukovodstva i odbora bolnice.

Vođenje evidencije

Evidencija o korišćenju vozila vodi se uz pomoć formulara za evidentiranje kilometraže.

Formular treba popuniti nakon svakog korišćenja vozila; osoba nadležna za prevoz i/ili nadređeni rukovodilac jednom nedeljno pregleda/ažurira formular.

Datum	Početna kilometraža	Završna kilometraža	Broj pređenih kilometara	Svrha korišćenja vozila

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Primer: Izjava o politici u vezi sa konkretnom oblašću

(odobrena od strane direktora i rukovodstva klinike)

Kontrola infekcija

Infekcija je važan uzrok obolevanja i prerane smrti ljudi. Čak i relativno male infekcije uzrokuju ogromne finansijske gubitke i odsustvovanje sa posla ili iz škole. Zbog toga prevencija i kontrola infekcija predstavljaju pitanja od ogromnog praktičnog značaja za svakog zdravstvenog radnika.

Budući da direktno utiču na rad, osnovne činjenice koje treba imati na umu su sledeće:

- Najvažniji i često zapostavljeni aspekt kontrole infekcija je poštovanje osnovnog pravila za zdravstvene radnike o čestom i temeljnom pranju ruku. Studije pokazuju da zdravstveni radnici peru ruke samo 25–50% od poželjne učestalosti, tj. najbolje prakse.
- Drugi veoma ozbiljan i čest problem je nedovoljna briga o odlaganju igala i drugih oštih predmeta, koji su bili u dodiru sa krvlju ili drugim telesnim tečnostima.
- Treći veliki problem je nepotrebno odugovlačenje kada je reč o uklanjanju pomoćnih sredstava, kao što su urinarni kateteri ili intravenske linije, kada više nisu potrebni.
- Preterana upotreba antibakterijskih sredstava je značajan uzrok nekih vrsta bolničkih infekcija, na primer: antibioticima uzrokovana dijareja/pseudomembranozni kolitis ili kandida na sluzokoži usne duplje ili vagine.

Infekcija u bolnicama

Kontrola infekcija u bolnicama praćena je mnogim izazovima, iz više razloga.

- U njima se nalazi veliki broj ljudi koji su u stanju povećane osetljivosti na infekcije usled bolesti ili slabosti.
- Veliki je broj različitih izvora infekcije, budući da se hospitalizuju upravo osobe sa teškim infekcijama.
- Veliki je broj direktnih međuljudskih kontakata. Upravo ova vrsta kontakta je ključan deo nege koju pružaju zdravstveni radnici.

Iz navedenih razloga, bolnice su dužne da posebnu pažnju posvete kontroli infekcija. Program kontrole bolničkih infekcija uključuje sledeće elemente:

- formulisanje politike koja se odnosi na pravilno odlaganje potencijalno zaraženog otpada, politike izolacije zaraženih osoba i preventivne izolacije osoba kod kojih postoji povećan rizik od infekcije;
- sisteme za nadzor koji pomažu da se registruje pojava određenih vrsta bolničkih infekcija. Nadzor je izuzetno značajan za rano prepoznavanje povećane učestalosti infekcija;
- laboratorijski nadzor. Mikrobiološka laboratorija može da registruje povećanu učestalost određene vrste mikroorganizama ili bakterija otpornih na određena antibakterijska sredstva.

Odlaganje otpada

Pravilno odlaganje otpada je važan element kontrole infekcija. Neophodno je striktno kontrolisati transport kliničkog otpada i taj otpad pravilno odložiti. Oštri predmeti moraju biti odloženi u čvrste spremnike radi sprečavanja ubodnih povreda kod osoba koje rukuju otpadom. Klinički otpad se ne sme odlagati na isti način kao otpad iz domaćinstava.

Čišćenje, dezinfekcija i sterilizacija

Čišćenje

Higijenska mera uklanjanja vidljive nečistoće vodom i deterdžentom je ključni element kontrole infekcije.

Dezinfekcija

Pod dezinfekcijom se podrazumeva smanjenje broja patogenih mikroorganizama na nekom predmetu. Dakle, dezinfekcijom se ne uništavaju svi mikroorganizmi; konkretno, bakterijske spore najčešće opstaju.

Opšte je prihvaćeno da je dobro održavanje i temeljno čišćenje podova, zidova i plafonâ dovoljno, osim u nekim specifičnim slučajevima. Opšti pristup bi sada trebalo da podrazumeva dezinfekciju samo u slučajevima definisanim politikom institucije. Dezinfekcija nikada ne može biti alternativa čišćenju, bez obzira da li se radi o podovima, koži ili ranama.

- Ukoliko je potrebno izvršiti dezinfekciju, važno je da koncentracija sredstva za dezinfekciju bude odgovarajuća (u skladu sa uputstvom za pripremu rastvora). *Malo varikine sipati u kofu* nije prihvatljivo uputstvo za upotrebu. Rastvor za dezinfekciju treba da bude sveže pripremljen i treba ga menjati čim mu organske materije ili nečistoća promene boju.

Osnovni metodi dezinfekcije

- Izopropil alkohol. Široko se primenjuje za dezinfekciju kože pre davanja injekcije ili uzimanja krvi. Alkohol ubija mikroorganizme dehidratacijom, pa treba sačekati da ispari da bi imao efekat. Dakle, da bi dezinfekcija bila uspešna, koža treba da se osuši nakon što se preko nje pređe vatom natopljenom alkoholom.
- Jod. Dezinfekciona sredstva na bazi joda (povidon jod) široko se primenjuju u pripremi kože pacijenata za operaciju, kao i za dezinfekciju ruku medicinskog osoblja. Jod je veoma delotvorno sredstvo za dezinfekciju.

Sterilizacija

Sterilizacija podrazumeva uklanjanje svih mikroorganizama, uključujući spore. Postoji više načina strilizacije. Ona se može vršiti toplotom, zračenjem ili hemikalijama.

Toplota

Autoklaviranje (sterilizacija vlažnom toplotom)

Najčešće primenjivan metod sterilizacije toplotom je autoklaviranje, odnosno sterilizacija predmeta vrelom parom. Voda ključa na 100°C pri atmosferskom pritisku. Pri višem pritisku viša je i tačka ključanja. Autoklaviranje se može primeniti samo kod predmeta koji nisu osetljivi na visoke temperature i pritisak. Na primer, nije moguće na ovaj način sterilisati endoskop.

Prevenција infekcija koje se prenose putem krvi

Veliki broj infekcija može se preneti putem krvi i krvnih derivata, nakon uboda iglom ili prskanjem krvi na sluzokožu ili ranu na koži. Glavni razlozi za zabrinutost su HIV i virusi hepatitisa B i C.

- Igle i oštre predmete treba odmah odložiti u za to predviđen spremnik.
- Na igle nikada ne vraćati poklopac.
- Nikada ne menjati iglu na špricu u kome se nalazi krv ili telesna tečnost.
- Posekotine, abrazije ili ekceme na koži treba prekriti nepropustivom gazom (ili sl.) ili nositi rukavice.
- Nositi zaštitnu masku ili zaštitne naočare ukoliko postoji rizik od prskanja tečnosti.

Ukoliko dođe do povrede oštrim predmetom, rizik od infekcije zavisi od toga za šta je taj predmet korišćen, kao i od prirode same povrede. Kod osobe koja nije imuna i kod koje nije izvršena profilaksa, mogućnost da se zarazi virusom hepatitisa B je oko 40%, ukoliko je zadobila ubod iglom korišćenom kod osobe zaražene ovim virusom. Mogućnost da se osoba u sličnim uslovima zarazi virusom HIV je oko 0,4%.

Ukoliko je igla korišćena kod HIV pozitivne osobe, preporučuje se profilaksa lekovima protiv HIV. Preventivno uzimanje lekova treba da počne u roku od dva sata od zadobijenog uboda.

Aseptične tehnike na odeljenju

Aseptična tehnika podrazumeva niz postupaka koji se odnose na rukovanje sterilnom opremom i materijalima za previjanje rana, tako da se izbegne kontaminacija patogenim mikroorganizmima u periodu između trenutka otvaranja pakovanja i završetka procesa. Ideja je da se spreči da patogeni mikroorganizmi dođu u dodir sa ranom ili tkivima pacijenta. Najmanje što aseptična tehnika podrazumeva je temeljno pranje ruku, nošenje sterilnih rukavica, plastične kecelje ili uniforme i korišćenje sterilnih instrumenata. Aseptična tehnika se primenjuje kod lumbalne punkcije, prilikom plasiranja urinarnog katetera i u mnogim drugim postupcima.

Aseptične tehnike u operacionoj sali

U operacionoj sali neophodne su izuzetno visoke norme koje se odnose na prevenciju infekcije. Prevencija uključuje:

- svakodnevno čišćenje operacionih sala;
- korišćenje sterilne opreme i materijala za previjanje;

-
- dezinfekciju kože pacijenata pre reza, u cilju sprečavanja mikroorganizama da pređu sa kože pacijenta na ranu;
 - prekrivanje kože pacijenta da bi se sprečilo prenošenje mikroorganizama sa kože pacijenta na ranu tokom operacije;
 - barijere širenju mikroorganizama kontaktom – sa hirurškog tima (rukavice, sterilne kecelje/uniforme i kape);
 - prevenciju širenja putem vazduha. Uobičajeno je nošenje maske.

Izolacija izvora zaraze

Izolacija krvi, rane i telesnih tečnosti

Pojam koji se tradicionalno koristi je „izolovano lečenje“, osmišljeno radi sprečavanja širenja zaraze kontaktom.

Izolacija izvora zaraze podrazumeva sledeće:

- pranje ruku;
- upotrebu znakova i nalepnica u cilju upozoravanja osoblja i posetilaca na opasnost od zaražene osobe, odnosno izvora zaraze;
- ograničavanje pristupa osoblja i posetilaca na neophodni minimum;
- ograničavanje kontakta sa drugim pacijentima;
- svođenje kretanja zaraženih pacijenata kroz bolnicu (radi ispitivanja ili iz drugih razloga) na minimum;
- upotreba zasebnih instrumenata (stetoskopa itd.) za pregledanje pojedinačnih zaraženih osoba, koji se nakon otpuštanja tih osoba iz bolnice sterilišu ili bacaju;
- nošenje rukavica i zaštitne uniforme prilikom kontakta sa pacijentom, njihovo odlaganje i pranje ruku neposredno nakon kontakta;
- čuvanje medicinskih i drugih podataka/kartona na određenoj udaljenosti od kreveta pacijenta;
- posebne mere opreza pri odlaganju materijala za previjanje, telesnih tečnosti i fekalija zaražene osobe;
- u idealnim uslovima, izolaciju zaraženog pacijenta u zasebnu prostoriju sa umivaonikom i toaletom.

Datum izrade:

Datum poslednje revizije:

Odobrio:

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju,
Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Literatura

Beesley C (2004). *Guidelines for Developing Policies*. Policy for the Development and Management of Procedural Documents with KGH NHS Trust. Kettering UK

Brewer TF, Wenzel RP, Butzler JP (2004). *A guide to infection control in the hospital*. PMPH, USA

Donnelly PR (1994). *Guide for developing a hospital administrative policy manual*. Catholic Hospital Association in St. Louis. St Louis MO

Hargraves M (2001). *Developing and Implementing Guidelines for the Safe Handling of Cytotoxic Drugs and Related Waste: The Queensland Experience*. Cancer Council of Australia. Sydney

Johns Hopkins Hospital (2003). *Policies and Procedures*. Baltimore MD <http://insidehopkinsmedicine.org/hpo>

Lagarde F, (2009). *Guide to Develop a Health Promotion Policy and compendium of policies*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Montréal

Malik RE, Cooper RA, Griffith CJ (2003). Use of audit tools to evaluate the efficacy of cleaning systems in hospitals. *American Journal of Infection Control*

Smith PD (2004). *Developing & Implementing an Information Security Policy and Standard Framework* SANS Institute USA

Steinberg SK. (1980). The development of a hospital pharmacy policy and procedure manual. *Can J Hosp Pharm*. Nov-Dec; 33(6):194-5, 211

Shreveport Medical Centre (2002). *Hospital Policy and Procedure Manual*. Shreveport LA

http://www.medcom.lsuhsctshreveport.edu/cfdocs/policies/hospital_index2.html

Priručnici o politici u Novom Južnom Velsu: Australija
(<http://www.health.nsw.gov.au/policies/manuals/index.asp>)

Accounting Manual for Department of Health and Ambulance Service

Accounting Manual for Public Health Organisations

Accounts & Audit Determination for Public Health Organisations

Cleaning Service Standards, Guidelines and Policy for NSW Health Facilities

Health Infrastructure Delegations

Health Records and Information Manual for Community Health Facilities

Fees Procedures Manual for Area Health Services and Public Hospitals

Leave Matters Manual

Leave/Salaries

Patient Matters Manual for Health Service Areas

Purchasing and Supply Manual for Public Health Organisations

Protecting People & Property: Policy & Guidelines for Security Risk Management in Health Facilities

UGOVORNO ANGAŽOVANJE TREĆIH LICA ZA PRUŽANJE USLUGA U CILJU POVEĆANJA EFIKASNOSTI BOLNICA

Jacek Klič

Zorica Terzić

1 Uvod i obrazloženje

U današnje vreme, ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga je sve prihvaćenija poslovna strategija i u sektoru zdravstvene zaštite. Ugovorno angažovanje trećih lica usvojeno je u mnogim zemljama, kako u najrazvijenijim (SAD, Finska, Velika Britanija, Holandija, Novi Zeland, Kanada), tako i u zemljama koje nastoje da reformišu sistem zdravstvene zaštite (kao što je slučaj sa Poljskom). Aktivnosti ugovornog angažovanja trećih lica za pružanje usluga (spoljnih saradnika) kreću se od aranžmana „internog tržišta“ gde se pružaoci nadmeću za sredstva koja dodeljuju državni organi, do kupovine medicinskih i nemedicinskih inputa od strane samih pružalaca usluga.

Smanjenje troškova u cilju povećanja efikasnosti organizacije je glavni razlog za ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga. Ako pretpostavimo da je povećanje efikasnosti važan cilj nacionalnih zdravstvenih politika (makro nivo) i rukovodilaca u sistemu zdravstvene zaštite (mikro nivo), onda je logično razmotriti ugovorno angažovanje trećih lica kao jednu od mogućnosti u procesu restrukturiranja sektora zdravstvene zaštite. U ovom članku govori se upravo o ugovornom angažovanju trećih lica za pružanje usluga kao jednoj od mogućnosti za restrukturiranje i povećanje efikasnosti sistema zdravstvene zaštite u tranziciji.

Pored ideje ugovornog angažovanja trećih lica za pružanje usluga, izložene su i vrste aktivnosti za koje je moguće ugovorno angažovanje. Dat je i sveobuhvatni okvir za procenu troškova ugovaranja i koristi.

Ključni element ovog članka jesu smernice za bolnice za ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga, date u vidu „7 koraka za uspešno ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga“. Potencijalni problemi i rešenja ilustrovani su kroz primere iz iskustva Poljske u ugovornom angažovanju trećih lica za pružanje usluga u sektoru zdravstvene zaštite.

2 Ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga i kontekst reforme zdravstvenog menadžmenta

U mnogim zemljama u tranziciji koje nastoje da reformišu svoje sisteme zdravstvene zaštite, ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga smatra se jednim od instrumenata koji se mogu koristiti za restrukturiranje zdravstvenih ustanova u cilju povećanja njihove delotvornosti i poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga.

Ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga znači da neka organizacija (ugovarač) angažuje, po ugovoru, neku drugu organizaciju (izvršilac/dobavljač/

treće lice) da pruža usluge ili dobavlja robu za realizaciju neke funkcije ili aktivnosti. Rad koji se tradicionalno obavlja interno pomera se na treće lice ili izvršioca, odnosno drugu ugovornu stranu.

Postoje dva moguća scenarija u vezi sa budućnošću zaposlenih koji su taj rad obavljali ranije. Obično se zaposleni iz prvobitne organizacije prebacuju kod pružaoca tih usluga, ili se podstiču da osnuju sopstveno preduzeće i da, potpisivanjem ugovora, preuzmu na sebe pružanje usluga koje su ranije pružali kao zaposleni. U oba slučaja, neophodno je pažljivo i unapred planirati ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga. Angažovanje po ugovoru razlikuje se od saveza ili partnerskih odnosa ili zajedničkih ulaganja u tome što ovde postoji jednosmerni tok sredstava, od pružaoca ka korisniku.

U drugim granama privrede, izvan zdravstva, treća lica se uglavnom ugovorno angažuju za održavanje pogona i popravke, marketing i reklamiranje, obrazovanje i obuku, štampanje i objavljivanje, za isplatu zarada, kao i druge finansijske funkcije. U poslednje vreme, preduzeća ugovorno angažuju treća lica za ljudske resurse, informacione sisteme (baze podataka i razvoj aplikacija), kao i logistiku / upravljanje materijalnim sredstvima.

Treba napraviti razliku između dva nivoa ili tipa ugovaranja u sistemu zdravstvene zaštite:

- konkretno ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga u samo organizaciji, npr.: bolnica ugovorno angažuje treća lica za obavljanje analiza i dijagnostičke usluge
- podela na kupce (ugovarače) i pružaoce (treća lica/izvršioci) (često na regionalnom nivou), koja je prisutna u mnogim zemljama.

U sektoru zdravstvene zaštite, treća lica se tradicionalno angažuju za veliki broj usluga uključujući ishranu, održavanje higijene/čišćenje, rad pogona i održavanje, transport (pacijenata i robe), upravljanje materijalnim sredstvima, kao i logističke i laboratorijske usluge. U nekim zemljama (posebno u SAD) angažovanje trećih lica je prevazišlo tradicionalne okvire i ušlo u kliničke oblasti, kao što su hitna pomoć, zloupotreba supstanci i specijalizovana zdravstvena nega, održavanje opreme i različite menadžerskih aktivnosti.

Treća lica se često angažuju u sledećim bolničkim oblastima:

- usluge ishrane
- služba hitne medicinske pomoći (npr. ugovor sa određenim medicinskim osobljem)
- higijena/čišćenje
- pranje veša
- kliničke: održavanje dijagnostičke opreme
- apoteka
- rad pogona
- rehabilitacija: fizikalna terapija
- finansijski menadžment (npr. ugovor sa računovodstvenom firmom)
- psihijatrija (npr. ugovor sa određenim psihijatrima ili grupama specijalista)

-
- specijalizovana sestrinska nega: poluintenzivna nega obezbeđenje
 - radiologija
 - zloupotreba supstanci
 - naplata potraživanja
 - upravljanje materijalnim sredstvima
 - hirurške usluge (npr. ugovori sa privatnim specijalistima)
 - anestezija (npr. ugovori sa privatim specijalistima ili specijalizovanim grupama anesteziologa)

U zemljama kao što su Finska, Švedska i Velika Britanija, najveći porast ovakvog ugovaranja nastao je kao posledica podele na kupce i pružaoce usluga, gde glavni finansijer (obično državna agencija) plaća usluge koje pružaju bolnice – po ugovoru, konkretnim ugovorenim uslugama i utvrđenoj ceni.

Razlozi [Greaver 1999] za razmatranje ugovornog angažovanja trećih lica za pružanje usluga, kao instrumenta za restrukturiranje sektora zdravstvene zaštite, su:

Organizaciono vođeni razlozi:

- da se poboljša delotvornost tako što će se pružaoci fokusirati na ono u čemu su najbolji
- da se poboljša fleksibilnost i izađe u susret promenjenim organizacionim uslovima, potražnjom za proizvodima i uslugama, kao i tehnologijama
- da se organizacija transformiše ka efikasnijim, tržišno vođenim praksama
- da se poveća vrednost proizvoda i usluga, kao i zadovoljstvo potrošača/korisnika.

Razlozi vođeni težnjom ka poboljšanju:

- da se poboljša operativni učinak bolnice/organizacije
- da se obezbedi stručnost, veštine i tehnologije, koji inače ne bi bili dostupni
- da se poboljšaju menadžment i kontrola
- da se poboljša upravljanje rizikom (npr. da se uklone „problematične“ oblasti ili nađu rešenja za dugotrajne probleme)
- da se dobiju inovativne ideje
- da se poboljšaju kredibilitet i imidž povezivanjem sa najboljim pružiocima usluga.

Razlozi vođeni finansijskim aspektima:

Prihod

- da se smanji investiranje u imovinu i na taj način oslobode sredstva za druge namene
- da se generiše gotovina prenosom imovine na pružaoca
- da se obezbedi pristup tržištu i poslovnim prilikama preko mreže pružalaca
- da se ubrza širenje korišćenjem razvijenih kapaciteta, procesa i sistema pružalaca
- da se proširi pružanje usluga tokom perioda kada takvo širenje ne bi moglo da se finansira

-
- da se postojeće veštine u organizaciji iskoriste u komercijalne svrhe.

Rashod

- da se smanje rashodi poboljšanjem učinka pružalaca i angažovanjem onih koji nude niže cene
- da se fiksni troškovi pretvore u varijabilne (promenljive) troškove.

Razlozi vođeni radnom snagom/zaposlenima:

- da se zaposlenima obezbede veće mogućnosti za napredovanje u karijeri
- da se poveća predanost i zalaganje u oblastima koje nisu vezane za lečenje / negu pacijenata (npr. mogućnost za dobijanje bonusa i povećanje plate)

Svi navedeni razlozi povezani su sa procesom restrukturiranja organizacija. Ugovorno angažovanje trećih lica je instrument za preoblikovanje bolnica i promenu načina pružanja usluga.

Razlozi vođeni troškovima su ključni za planiranje i sprovođenje strategija ugovornog angažovanja trećih lica za pružanje usluga. U većini slučajeva, strategije ugovornog angažovanja trećih lica dovele su do smanjenja rashoda za 10% do 20% [Belcourt 2006].

Uprkos trendu rasta, mnogi kritikuju ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga. Glavni argument kritičara jeste da je, u mnogim slučajevima, konkurencija među pružaocima/dobavljačima ograničena, što ugovarače čini „žrtvama“ oportunističkog ponašanja dobavljača/pružalaca kada je reč o određivanju cene – medicinske usluge su često složene, pa je time njihova cena pogodna za manipulaciju (npr. korišćenje određenog leka ili primena određene procedure). Usled složenosti, javljaju se problemi pri ugovaranju:

- U nekim slučajevima, kada se ugovore usluge trećih lica, ugovarač više nema potrebnu stručnost i znanje da proceni kvalitet pružene usluge – tu informaciju ima samo pružalac (dakle, gubi se kontrola i kompetentnost)
- Pri sklapanju ugovora sa trećim licima, ugovarači su izloženi riziku da će ostati vezani za pružaoca, čak i kada njegov učinak nije zadovoljavajući.
- I sami pružaoci usluga (treća lica) su izloženi određenom riziku, budući da ponekad moraju da naprave kapitalne investicije kako bi pružili usluge koje traži ugovarač.

Dakle, kada se radi o ugovornom angažovanju trećih lica za pružanje usluga, potencijalni problemi su:

- neizvesnost
- gubitak kontrole
- gubitak kompetentnosti
- nezadovoljstvo i otpor zaposlenih
- teškoće pri opozivu ugovora
- rizik od neuspeha

3 Odluke o ugovornom angažovanju trećih lica za pružanje usluga

Različite aktivnosti za koje bolnice mogu ugovorno angažovati treća lica mogu se grupisati u dve opšte kategorije: medicinske i nemedicinske. Ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje nemedicinskih usluga pokazalo se uspešnim, dok je angažovanje trećih lica za pružanje medicinskih usluga nekada sporno. [Vining, Globerman 1999].

Budući da nije moguće postići izuzetan učinak u svim delatnostima organizacije, menadžeri moraju odlučiti kako će se fokusirati na ključne nadležnosti organizacije, kao što je, npr., pružanje usluga korisnicima; sekundarne, „neključne“ aktivnosti, kao što je, npr., održavanje higijene, treba poveriti organizacijama koje te funkcije obavljaju na ekonomičniji ili efikasniji način (ili, po mogućstvu, i jedno i drugo).

Prema tome, za bolnice koje razmatraju mogućnost ugovornog angažovanja trećih lica za pružanje usluga, ključni problem je prepuštanje kontrole ključnih aktivnosti trećim licima. Zato je neophodno temeljno promišljanje i strateška analiza (kao što je prikazano na slici 1, dole). Prema teoriji menadžmenta, ključne aktivnosti/funkcije ne bi trebalo prenositi na treća lica bez prethodne temeljne analize. U sektoru zdravstvene zaštite, to se odnosi na stručne medicinske aktivnosti, kao i na aktivnosti koje se tiču ljudskih resursa [Belcourt 2006].

Na osnovu svega navedenog može se zaključiti da, ukoliko se razmatra ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga, treba početi od sekundarnih, a ne ključnih aktivnosti (kao što su hitna medicinska pomoć, hirurgija, anestezija ili specijalizovana zdravstvena nega). Kada je reč o proceni izvodljivosti ugovornog angažovanja trećih lica, izuzetno je važna i ekonomska analiza, tj. analiza isplativosti troškova.

4 Troškovi ugovornog angažovanja trećih lica

Kao što je ranije pomenuto, ugovorno angažovanje trećih lica može da dovede do finansijskih dobiti u smislu smanjenja troškova. Međutim, samo ugovorno angažovanje podrazumeva određene troškove. Zato je neophodno izračunati ukupne troškove ugovornog angažovanja trećih lica.

Kada je reč o sveobuhvatnoj analizi troškova ugovornog angažovanja trećih lica za pružanje neke usluge ili obavljanje neke funkcije, treba uzeti u obzir tri vrste troškova koji su relevantni za izbor između internog pružanja usluga i angažovanja trećih lica:

- troškove proizvodnje
- troškove ugovaranja
- troškove neiskorišćene poslovne prilike

Ugovaranje i poslovna prilika su troškovi upravljanja. U troškove ugovaranja spadaju sledeći rashodi:

- Troškovi samog ugovaranja
- Troškovi pregovaranja o izmenama u ugovoru nakon potpisivanja ugovora, ukoliko dođe do nepredviđenih okolnosti

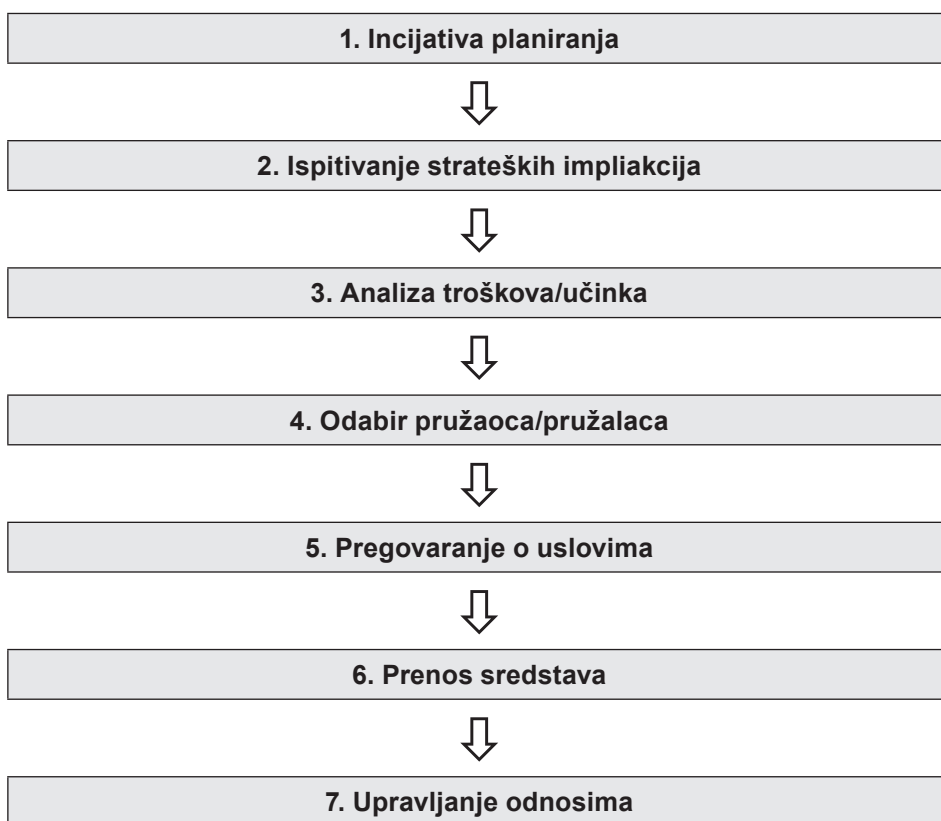
-
- Troškovi praćenja realizacije ugovora, odnosno utvrđivanja da li se ugovorne strane pridržavaju ugovora
 - Troškovi sporova do kojih dolazi ukoliko nijedna strana ne želi da primeni prethodno utvrđene mehanizme za rešavanja sporova, posebno mehanizme „raskida ugovora“.

Odgovorno odlučivanje da se neke funkcije delegiraju trećim licima podrazumeva jasno definisanje ciljeva i koristi. Na žalost, mnogi menadžeri pribegavaju ugovornom angažovanju trećih lica za pružanje usluga a da prethodno nisu definisali šta je pravi problem njihove organizacije.

5 Primeri i tehnike ugovornog angažovanja trećih lica

Pod pretpostavkom da ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga može da doprinese efikasnosti jedne organizacije, u nastavku su predstavljeni osnovni koraci za uspešno ugovorno angažovanje trećih lica – slika 1, dole.

Slika 1: Sedam koraka za uspešno ugovorno angažovanje trećih lica



Kada je reč o *inicijativi planiranja*, menadžer treba da:

- proceni rizike
- obavesti organizaciju o nameri pokretanja ove inicijative
- oformi projektni tim
- angažuje savetnike
- obučiti tim
- obezbedi dodatna sredstva (npr. bolje informacione tehnologije)
- reši pitanja kao što su
 - upravljanje resursima
 - upravljanje informacijama
 - upravljanje projektom
- Postavi ciljeve ovog poduhvata

Kada je reč o *ispitivanju strateških implikacija*, menadžer mora da:

- razume:
 - viziju organizacije
 - ključne nadležnosti organizacije
 - strukturu organizacije
 - instrumente za transformaciju
 - lanac vrednosti
 - strategije
- odredi:
 - prava odlučivanja (npr. koja prava ima treće lice / pružalac usluga)
 - trajanje ugovora
 - datum raskida

Kada je reč o *analizi troškova/učinka* menadžer treba da:

- izmeri troškove aktivnosti
- predvidi buduće troškove
- izmeri učinak (postojeći i budući) i proceni troškove lošeg učinka
- utvrdi repere za troškove/učinak
- odredi:
 - konkretne rizike
 - vrednost imovine
 - ukupne troškove
 - modele utvrđivanja cene
 - finansijske ciljeve

Kada je reč o *odabiru pružaoca/pružalaca usluga*, menadžer treba da :

- utvrdi kvalifikacije
- utvrdi kriterijume za procenu
- identifikuje pružaoce
- izvrši preliminarnu selekciju potencijalnih pružalaca
- izradi zahtev za podnošenje predloga/ponuda (RFP)
- proceni ponude u smislu potrebnih kvalifikacija i cene ponude
- sprovede temeljnu analizu prispelih ponuda
- utvrdi:
 - ukupnu cenu „kupovine“
 - spisak ponuđača koji su ušli u uži izbor
 - konačni spisak ponuđača koji su ušli u uži izbor na osnovu unapred utvrđenih kriterijuma
 - ponovo prođe kroz ceo proces sa visokim rukovodstvom

Pri izradi zahteva za podnošenje predloga/ponuda treba imati u vidu:

- razloge za ugovorno angažovanje trećih lica
- obim ovog angažovanja – specifikacija usluga
- kvalifikacije pružaoca
- željeni model utvrđivanja cene
- mere učinka
- zahtev za inovativnim idejama
- obaveštenja o sastancima/saopštenjima za ponuđače

Kada je reč o *ugovaranju uslova*, rukovodilac treba da:

- planira pregovore
- obuhvati važna pitanja
- pripremi dokumenta sa navedenim uslovima i rokovima
- utvrdi detalje ugovora kao što su:
 - područje primene
 - standardi učinka
 - modeli utvrđivanja cena/cenovnik
 - uslove i rokove
- obavesti sve zainteresovane strane o ugovornom odnosu.

Kada je reč o *prenosu sredstava*, neophodno je:

- prilagoditi uloge u timu
- uporediti/objediniti planove za prelazni period
- rešiti pitanja koja se tiču prenosa, kao što su:
 - komunikacija

-
- ljudski resursi
 - ostali faktori vezani za pružanje usluga
 - umrežiti se sa zaposlenima u organizaciji i pružaocem usluga
 - dati ponudu/raskinuti

Kada je reč o *upravljanju odnosima*, menadžer treba da:

- prilagodi stil rukovođenja, ukoliko je potrebno
- postavi nadzorni organ
- jasno komunicira svim stranama
- definiše strukturu i vrstu odnosa:
 - dnevni red sastanaka
 - plan sastanaka
 - izveštaji o učinku
- obavlja nadzornu ulogu
- kontroliše loš učinak
- rešava probleme
- gradi odnose.

Da bi se uspešno upravljalo odnosom ugovarača i pružaoca usluga, neophodno je izbegavati stare modele odnosa organizacija – pružalac usluga u kome organizacija:

- smatra pružaoca nužnim zlom i ima malo poverenja u njega,
- ekonomski kontroliše pružaoca tako što angažuje veći broj pružalaca i svakome daje mali deo posla
- komunicira sa pružiocima što je moguće manje, a svako obraćanje svodi se na suprotstavljanje
- neprestano vrši pritisak na pružaoca da smanji cenu
- nastoji da zameni pružaoca usluge drugim koji nudi i neznatno nižu cenu
- odbija da proceni kolika bi bila dobit ukoliko bi pružalac radio na beneficiran način (dodata vrednost), već se fokusira isključivo na negativne mere neuspeha pružaoca.

Stoga je neophodno da menadžeri koji razmišljaju o ugovornom angažovanju trećih lica za pružanje usluga promene način razmišljanja.

6 Iskustvo Poljske

Ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje bolničkih usluga u Poljskoj počelo je već početkom devedesetih godina dvadesetog veka, kada je zakonom omogućeno osnivanje nezavisnih jedinica za zdravstvenu zaštitu. Ove jedinice su bile odgovorne za sopstvene budžete i eventualne finansijske gubitke. To je bio podsticaj za smanjenje troškova i nastavak ugovornog angažovanja trećih lica. Najrazvijenije oblasti za ugovorno angažovanje trećih lica u sektoru zdravstvene zaštite u Poljskoj su:

- servisi za ishranu
- pranje veša
- obezbeđenje
- informacione tehnologije
- dijagnostika.

Iako je teško proceniti veličinu tržišta gore navedenih oblasti¹², nema sumnje da su ona velika i da i dalje rastu.

Iskustvo Poljske u ugovornim angažovanju trećih lica ukazuje na sledeće:

Postojanje konkurencije među pružaocima usluga je od ključnog značaja. Ugovorno angažovanje pružaoca koji ima monopol uvek dovodi do ponovnog pregovaranja o uslovima ugovora u roku od (prosečno) dve godine nakon potpisivanja.

Neophodno je da postoji transparentna i predvidljiva politika države/vlade o ugovornom angažovanju.

Postupak javnih nabavki, koji se primenjuje kada bolnice ugovorno angažuju treća lica za pružanje usluga, mora da bude jasan i transparentan da bi se smanjili troškovi transakcije.

Zaposlenima u bolnicama koje se pripremaju za ugovorno angažovanje trećih lica treba da budu date smernice i podrška, kako bi njihove organizacije dobile ugovor. Na taj način moguće je prevazići otpor zaposlenih prema ugovornom angažovanju.

12 Pouzdani podaci koji se odnose na bolničke dijagnostičke službe pokazuju da je vrednost ovog tržišta, uprkos ekonomskoj krizi, 2009. godine iznosila 250 miliona evra, a očekuje se da 2010. godine dostigne 300 miliona evra. http://www.inwestycje.pl/rynek_zdrowia/_polski_rynek_diagnostyki_laboratoryjnej_osiagnie_wartosc_1_4_mld_zl_w_2012_r_79210;0.html

7 Zaključci

Ugovorno angažovanje trećih lica za pružanje usluga je od koristi za sistem zdravstvene zaštite i organizacije (posebno bolnica). Taj proces može da bude složen, ali se, pažljivim razmatranjem i planiranjem, mogu napraviti aranžmani koji će biti prihvatljivi i korisni za obe strane – kupca (ugovarača) i pružaoca (treće lice sa kojim se ugovara).

U procesu reforme sistema zdravstvene zaštite Srbija će razmatrati niz potencijalnih strategija i intervencija u cilju postizanja maksimalne efikasnosti i delotvornosti sistema i u cilju pružanja odgovora na uočene potrebe. Ugovorno angažovanje može da utiče na troškove i efikasnost. Međutim, imajući u vidu okolnosti u Srbiji, neophodno je pažljivo identifikovati i razmotriti pravna, kadrovska, finansijska i druga pitanja pre nego što se ugovorno angažovanje trećih lica usvoji kao dugoročna strategija za sistem zdravstvene zaštite.

Jacek Klić

Profesor menadžmenta u zdravstvu
Jagelonski univerzitet,
Krakov, Poljska

Zorica Terzić

Asistentkinja na Institutu za socijalnu medicinu
Medicinski fakultet,
Univerzitet u Beogradu

Literatura

- Alexander M, Young D (1996). Strategic outsourcing. *Long Range Planning*, 29(1): 116–119
- Belcourt M (2006). Outsourcing - The benefits and the risks, *Human Resource Management Review*, 16:269–279
- Dranove D, Shanley M, White W (1993). Price and concentration in hospital markets: the switch from patient-driven to payer-driven competition. *Journal of Law & Economics*, 36(1):179–200
- Greaver MF (1999). *Strategic Outsourcing. A Structured Approach to outsourcing Decisions and Initiatives*, AMA Publications, New York
- Melnik GA, Zwanziger JA, Bamezai A, Pattison R (1992). The effect of market structure and bargaining position on hospital prices. *Journal of Health Economics*; 11(3):217–33
- Staten M, Umbeck J, Dunkleberg W, Pauly MD (1988). Market share: market power revisited: a new test for an old theory. *Journal of Health Economics*, 7(1):73–83
- Stinson J, Pollak N, Cohen M (2005) *The Pains of Privatization. How Contracting Out Hurts Health Support Workers, Their Families, and Health Care*, Canadian Center for Policy Alternatives, BC Office
- Vining A, Globerman S (1999). Contracting-out health care services: a conceptual framework, *Health Policy* 46; 77–96

TRANSFORMACIONO I TRANSAKCIONO LIDERSTVO U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Jacek Klič

Alan Meknot

1 Uvod

Konstatacija da je uspešnim organizacijama neophodno pravo liderstvo varljivo je jednostavna. Međutim, liderstvo jeste veoma značajno u sistemima zdravstvene zaštite – kako u razvijenim zemljama (poput SAD), tako i u zemljama u procesu privredne transformacije (kao što je Srbija ili Poljska) – zbog sve veće potražnje za boljim zdravstvenim uslugama, na šta utiču činioci kao što su: porast broja ili starenje stanovništva, duži životni vek i sve veći troškovi.¹³ Pored toga, zdravlje i sa njim povezana pitanja najčešće su na vrhu liste vrednosti i prioriteta pojedinaca i društva. Sve to navodi na zaključak da su burna dešavanja sasvim prirodna za sektor zdravstvene zaštite, kao i da su stalne promene i inovacije, uzrokovane promenama politike države i vodećih interesnih grupa, uobičajene karakteristike ovog sektora. Sami lekari, kao i korisnici zdravstvene zaštite koji su sve bolje obrazovani i bolje informisani o različitim bolestima i lečenju zahvaljujući Internetu, takođe mogu biti moćni pokretači promena i dodatnog usložnjavanja sistema zdravstvene zaštite.

Tradicionalne vrednosti koje se tiču zdravstvene zaštite dovode se u pitanje i često su u suprotnosti sa vrednostima koje nameće savremeno poslovanje, a koje su postale dominantne u pogledu uticaja na upravljanje u sistemu zdravstvene zaštite [Shaw, 2007]. Usled specifičnosti sistema zdravstvene zaštite, reformisanje ovog sektora zahteva specifične veštine, poznavanje konkretnog sistema i njegovih profesionalnih i kulturnih vrednosti, kao i izuzetne veštine strateškog upravljanja. U konceptualnom smislu, svi ovi zahtevi obuhvaćeni su pojmom transformacionog liderstva.

Ovaj dokument je sastavljen sa ciljem da ukaže na to da za uspešnu reformu sektora zdravstvene zaštite nije dovoljno samo liderstvo, već i transformaciono liderstvo. Pojmovi transformacionog i transakcionog liderstva predstavljeni su uporedo sa konceptom razvoja veština transformacionog liderstva.

13 Na primer, predsednik Saveta guvernera Saveznih rezervi SAD Ben Bernanke ističe da zdravstvena zaštita predstavlja 15% BDP u SAD i da može dostići 20% do 2020. godine.

2 Transformaciono liderstvo i kontekst reforme upravljanja u sistemu zdravstva

Reforma zdravstvenog sektora je prilično složen pojam koji se odnosi na pokušaje uvođenja strateških promena u sistem zdravstvene zaštite jedne države. Reforma zdravstvenog sektora može da podrazumeva:

- promenu obuhvata, pokrivenosti ili prava na korišćenje, kada je reč o uslugama zdravstvene zaštite;
- promene u načinu finansiranja zdravstva, uključujući sisteme plaćanja, nivoa participacija i subvencija za celokupno stanovništvo ili ciljne grupe;
- promene vrste, mreže i međusobnih odnosa pružalaca zdravstvenih usluga;
- promene u pogledu organizacije, upravljanja i pravnog statusa korisnika ili pružalaca zdravstvenih usluga.

Programi reforme zdravstva po pravilu imaju višestruke težnje i ciljeve. U tom smislu, treba da bude jasno to da su za dostizanje nivoa promena koje programi ili projekti treba da postignu neophodne izuzetne političke i upravljačke veštine i resursi.

U današnje vreme sve organizacije moraju da prate promene u okruženju i da se prilagođavaju promenljivim i sve većim zahtevima korisnikâ/klijenata. Uloga svih zaposlenih u organizaciji je veoma važna i podrazumeva sprovođenje promena menjanjem načina na koji se obavlja posao, kao i načina na koji se ophode prema unutrašnjim i spoljašnjim korisnicima i klijentima. Ipak, najznačajniju ulogu u transformisanju zdravstvenih organizacija imaju vođe tih organizacija, budući da se od njih očekuje da razviju viziju, osmisle strukturu željenog novog sistema i predvode promene u pogledu politike, procedura i prakse, čime će omogućiti da novi sistem postane nova kultura i način rada u organizaciji.

Kada je reč o menadžerima u sektoru zdravstvene zaštite, uglavnom se polazi od sledećih pretpostavki:

- vođa se ne rađa – vođa to postaje. Za to je potrebno prepoznati različite načine sticanja/razvoja pravih veština vođenja;
- vođe moraju da budu u stanju da se nose sa promenama i da iz osnova menjaju sopstvene stavove i pristupe, kako bi na najbolji način predvodili zaposlene;
- vođa treba da podstiče i pomaže, a ne samo da izdaje naređenja. To predstavlja veliki problem u zemljama čija je privreda u procesu transformacije, gde je nasleđena poslovna kultura više orijentisana ka nedemokratskom stilu upravljanja;
- vođe moraju imati sluha za potrebe zaposlenih i volontera, budući da se zadovoljavanjem potreba podstiče motivacija.

U suštini, potrebno je sve zaposlene i sve interesne grupe uključiti u proces promena, a vođe ne treba da postoje samo (i isključivo) na najvišim nivoima organizacije [Govier, Nash 2009]. To znači da i ostali zaposleni, a naročito medicinske sestre [Trofino 1995], [Shaw 2007], treba da budu uključeni u proces uvođenja promena i da budu spremni za preuzimanje liderske uloge u organizaciji. Transformaciono liderstvo ne samo da to dozvoljava, već i podržava zaposlene u tome.

3 Zašto je transformaciono liderstvo potrebno u sektoru zdravstvene zaštite?

Iako je pojam transformacionog liderstva uveden pre više od trideset godina [Burns 1978] i dodatno razrađen [Bass, Avolio 1993], [Rosenbach et al. 1996], [Bass, Riggio 2006], i dalje predstavlja koristan instrument za upravljanje procesom restrukturiranja zdravstvenog sektora [Robbins, Davidhizar 2007], [Barnes 2008].

Transformaciono liderstvo može krajnje pozitivno uticati na motivaciju zaposlenih, zadovoljstvo poslom, moral i kvalitet rada [Kari, Felker, 2004] putem konkretnih upravljačkih intervencija.

Transformacione vođe su potrebne jer *transakcione vođe* ne mogu garantovati uspešnu transformaciju sektora zdravstvene zaštite u postkomunističkim i tranzicionim privredama.

4 Transakciono liderstvo

Transakciono liderstvo je odgovorno za sprovođenje svakodnevnih aktivnosti organizacije, što je prilično složeno kada se radi o zdravstvenim organizacijama. S obzirom na vrstu delatnosti, motivacioni profil ključnog operativnog osoblja i složenost organizacije, nije moguće osloniti se na uopštene pretpostavke o motivaciji ljudi na poslu. Uspešnost transakcionog liderstva u zdravstvenom sektoru zavisi od saradnje u datom okruženju, za koje je karakteristično međusobno poverenje i poštovanje profesionalnih izazova i pojedinačnih sujeta. Zato je potrebno uspostaviti oblike i sisteme saradnje koji stručnjacima omogućavaju da uspešno rade sa kolegama i da tu saradnju vide kao dodatni doprinos kvalitetu rada, kao i da je, u idealnim uslovima, dožive kao podsticaj i inspiraciju u profesionalnom smislu. Primer takvog odnosa je sve češća upotreba spiskova stvari koje treba proveriti u operacionim salama. Ova ideja je zasnovana na praksi pilota da koriste spisak stvari koje treba proveriti pre poletanja. Slično tome, definisanje kvantitativnih ciljeva u Nacionalnoj zdravstvenoj službi Velike Britanije omogućilo je promenu kliničkih prioriteta i skoro nestajanje liste čekanja.

Tipične pretpostavke koje stoje u osnovi transakcionog liderstva su sledeće:

- ljude motiviše nagrada i kazna,
- društveni sistemi najbolje funkcionišu kada postoji jasan lanac komande;
- kada zaposleni prihvate neki posao, podrazumeva se da sva ovlašćenja ustupe svom menadžeru;
- osnovna dužnost podređenog je da radi ono što mu menadžer naloži.

Transakcioni vođa ima nešto tradicionalniji stav po pitanju izvršavanja zadataka:

- transakcioni vođa uspostavlja jasne strukture iz kojih je podređenima jasno šta se od njih očekuje i koje nagrade im slede za uspešno izvršenje zadatka. Kazne se ne pominju uvek, ali je prisutna svest o njihovom postojanju i obično se primenjuju formalni disciplinski sistemi;
- rana faza transakcionog liderstva podrazumeva pregovaranje o uslovima

ugovora, kojim se podređenom garantuje zarada i druge beneficije, dok preduzeće (a time i nadređeni/menadžer) stiče ovlašćenja u odnosu na podređenog;

- kada transakcioni vođa dodeli zadatak podređenom, podređeni snosi odgovornost za izvršenje zadatka, bez obzira na to da li ima potrebne sposobnosti i resurse. Kada nešto ne ide kako treba, podređeni snosi ličnu odgovornost i biva kažnjen za učinjenu grešku (kao što za uspešno obavljen posao dobija nagradu);
- transakcioni vođa često primenjuje upravljanje po principu izuzetka¹⁴, zasnovano na ideji da ako nešto funkcioniše u skladu sa definisanim (a time i očekivanim) učinkom, onda tome ne treba posvetiti dodatnu pažnju. Odstupanja od očekivanog povlače pohvalu i nagradu ukoliko učinak prevaziđe očekivanja, ili korektivnu meru ukoliko su očekivanja izneverena.

Kao što je ranije rečeno, ove pretpostavke su slika poslovne kulture tipične za plansku privredu, u kojoj je sve bilo stabilnije i predvidljivije. Imajući u vidu izazove sa kojima su suočavaju sistemi zdravstvene zaštite i organizacije uopšte, dolazimo do zaključka da transakciono liderstvo ne rešava probleme sistemâ zdravstvene zaštite u XXI veku. To se objašnjava složenijim motivacionim profilom zdravstvenih radnika, koji sebe ne smatraju podređenima, kao i činjenicom da oni o poslu znaju mnogo više nego oni koji bi trebalo da im budu rukovodioci.

5 Transformaciono liderstvo

Pomenuti primeri reforme zdravstvenog sektora su primeri strateškog upravljanja. Upravljanje je strateško jer željeni rezultati utiču na promenu osnovne strukture sistema. Takođe, od transformacionih vođa se očekuje da se bave svim važnim pojedinostima koje se tiču upravljanja promenama na nivou pojedinca i na nivou tima.

Ideja transformacionog liderstva se zasniva na sledećim pretpostavkama:

- ljudi slede osobu koja ih inspiriše;
- osoba koja ima viziju i koja je nadahnuta može da učini velika dela;
- entuzijazam i energija su ključni za postizanje željenih rezultata.

Shodno tome, transformacione vođe su osobe koje su sposobne:

- da razviju viziju;
- da komuniciraju;
- da nađu najbolji put ka cilju;
- da preuzmu odgovornost i budu predvodnici procesa promena.

Raditi za transformacionog vođu može biti inspirativno samo po sebi. Transformacione vođe stavljaju akcenat na energiju i napredak, usredsređuju se na zaposlene/jednake po rangu i žele da i oni uspeju.

¹⁴ Eng. Management by exception (prim. prev.)

Elementi transformacionih vođa:

Razvoj vizije

Trasformaciono liderstvo počinje razvojem vizije, viđenjem budućnosti koje će nadahnuti i motivisati zaposlene. Viziju može razviti vođa, tim stručnjaka sa iskustvom, a moguće je i da se ona rodi kao rezultat mnogobrojnih diskusija. Ono što je važno jeste da vođa prihvati viziju i veruje u nju do kraja.

Saopštavanje vizije

Ovaj zadatak iziskuje energiju i posvećenost, budući da je malo onih koji će odmah prihvatiti radikalnu viziju i da će, u svakom slučaju, neki znatno sporije nego drugi prihvatiti promenu. Prema tome, transformacioni vođa koristi svaku priliku i služi se svim sredstvima da ubedi druge u ispravnost vizije. Kako bi stekao sledbenike, transformacioni vođa mora veoma pažljivo da uspostavlja odnos poverenja, pri čemu je lični integritet najkritičniji deo *paketa koji oni prodaju*. U stvari, transformacione vođe prodaju i sebe i viziju.

Nalaženje puta ka cilju

Neke transformacione vođe znaju put i jednostavno žele da ih ostali slede. Drugi nemaju spremnu strategiju, ali su spremni da budu predvodnici istraživanja mogućih putanja ka boljem. Put ka cilju nekada nije očigledan i ne mora biti detaljno isplaniran, ali ukoliko postoji jasna vizija, znaće se i pravac kretanja. Prema tome, put ka cilju može biti proces stalnog traženja boljeg puta, a transformacioni vođa će prihvatiti činjenicu da su neki neuspesi na tom putu neminovni. Međutim, sve dok se ostvaruje napredak oni će biti zadovoljni. Izgleda da je ova funkcija transformacionog vođe od suštinskog značaja u postkomunističkim zemljama koje nastoje da reformišu sistem zdravstvene zaštite. Često se dešava da ministarstva zdravlja nisu u stanju da razviju jasne, dalekosežne strategije restrukturiranja sistema zdravstvene zaštite. Kao što iskustvo Poljske u reformi sistema zdravstvene zaštite pokazuje, koraci koje preduzimaju vođe nižeg ranga, koje imaju viziju neophodnih promena u svojim organizacijama, mogu značajno nadoknaditi nedostatak opšte vizije reforme. Za to je, sa druge strane, neophodna odgovornost i sposobnost transformacionih vođa.

Preuzimanje odgovornosti

Poslednja faza jeste, zapravo, ostati u *prvim borbenim redovima* tokom procesa promene. Transformacione vođe su uvek *vidljive* i spremne da preuzmu odgovornost – oni se ne skrivaju iza drugih radnika. Pored toga, oni neprestano moraju da nastoje da motivišu i podstaknu zaposlene, tako što će ih obilaziti, slušati, tešiti i inspirisati.

6 Osobine transformacionog vođe

Četiri ključna elementa transformacionog liderstva su sledeća [Barnes 2008]:

- harizma
- inspiracija
- uvažavanje pojedinca
- intelektualna stimulacija.

Harizma. Transformacioni vođa motiviše zaposlene da nadmaše uspostavljene standarde učinka i da, za dobro preduzeća, prevaziđu lični interes. Da bi to bilo moguće, neophodno je da se zaposleni identifikuju sa vrednostima i vizijom vođe. Ovaj proces zavisi od pažnje koju vođa poklanja zaposlenima i poverenja koje dobija zauzvrat. Transformacione vođe mogu da promene organizaciju prepoznavanjem potrebe za promenom, definisanjem nove vizije i pridobijanjem zaposlenih da se posvete novoj viziji.

Nekoliko osobina ličnosti se vezuje za harizmatične vođe, a to su sledeće:

- fizički i verbalno su izražajni;
- samouvereni su i to pokazuju;
- sami sebe usmeravaju i vode;
- znaju potrebe svojih sledbenika i u stanju su da te potrebe iskoriste za pridobijanje/ubeđivanje
- svojih zaposlenih;
- kod njih ne postoji unutrašnji konflikt;
- dobri su govornici.

Inspiracija. Inspirativne vođe motivišu zaposlene da sopstveni interes ostave po strani. Ova sposobnost je zasnovana na sposobnosti vođe da prenese viziju i motiviše zaposlene. Ključno je da zaposleni prihvate viziju inspirativnog vođe. Zaposleni moraju da žele da ostvare viziju; samim tim, promeniće se njihov fokus sa svakodnevnice na budućnost, tj. na ostvarenje vizije, što će delovati kao dodatni stimulans i inspirisati ih da daju sve od sebe.

Zaposleni smatraju da je za inspirativne vođe karakteristično sledeće:

- osećajnost, prosvećenost, obrazovanje i ponos na organizaciju;
- izuzetna aktivnost, samouverenost i odlučnost;
- svest o misiji;
- visoka očekivanja u pogledu učinka.

Ono što je važno za inspirativne vođe jeste da budu u stanju da prenesu značenje vizije i misije organizacije.

Inspirativne vođe moraju biti svesni utiska koji ostavljaju na druge, jer od toga zavisi koliko će biti poštovani, a time i koliki uticaj će moći da ostvare. Upravljanje ostavljanjem dobrog utiska¹⁵ je važno jer ljudi na osnovu ograničene količine

¹⁵ Eng. impression management (prim. prev.)

informacija izvode zaključke o nečijim karakternim osobinama. Poverenje zaposlenih u vođu zavisi od njihove percepcije vođe. Vođa može da utiče na to kakav utisak ostavlja načinom odevanja, govora i ophođenja sa ljudima. Posvećivanjem pažnje tome kakav utisak ostavljaju, vođe doprinose sopstvenom uspehu.

Uspešne inspirativne vođe imaju visoka očekivanja od zaposlenih u pogledu učinka, a zaposleni nastoje da ispune očekivanja koja nisu mala, ali su razumna. Istovremeno, zaposleni koji ispune visoka očekivanja se ostvaruju, ispunjavaju svoju svrhu, što se ogleda kroz osećaj vezanosti za organizaciju, njenu viziju i misiju. Vođe mogu povećati verovatnoću uspeha upravljanjem očekivanjima zaposlenih i njihovim doživljajem sopstvene svrhe.

Inspirativne vođe moraju razviti realnu viziju budućnosti, koja će motivisati zaposlene. Ta vizija određuje ciljeve prema kojima se usmeravaju aktivnosti organizacije. Vođe moraju biti sposobne da prenesu viziju na ubedljiv način, tako da zaposleni poželeva da je prihvate i da joj se posvete. Za uspešnu realizaciju vizije neophodna je odlučnost i upornost vođe.

Postoji razlika između harizme i inspiracije. Harizma se tiče ličnosti vođe – dakle, radi se o tome koliko se zaposlenima *dopada* vođa. Sa druge strane, kada je reč o inspiraciji, radi se o tome koliko se zaposlenima *dopada* vizija. Harizmatične vođe mogu i da se dopadnu zaposlenima i da imaju viziju. Inspirativne vođe nisu privlačne zaposlenima kao harizmatične vođe, ali imaju viziju koja se dopada zaposlenima.

Uvažavanje pojedinca. Uvažavanje pojedinca povezano je sa veštinama ophođenja. Vođe poklanjaju pažnju usavršavanju zaposlenih, dajući im zadatke koji pružaju mogućnost profesionalnog razvoja. Važni elementi ovakvog odnosa su uviđavnost i empatija. Uviđavne vođe su svesne koje potrebe za usavršavanjem ima svaki zaposleni; oni treba da znaju i šta zaposlene zanima i motiviše. Uvidom u stanje zaposlenih i poistovećivanjem sa njima vođe osiguravaju zainteresovanost zaposlenih za potrebe organizacije i prihvatanje vizije organizacije.

Intelektualna stimulacija. Intelektualna stimulacija se odnosi na podsticanje zaposlenih da budu inovativni i kreativni, što je naročito značajno u reformi sistema zdravstvene zaštite, budući da to može navesti zaposlene da na nov način razmotre situacije i pitanja od važnosti. Prepoznata su četiri metoda intelektualne stimulacije; vođe mogu primeniti bilo koji, ili sva četiri metoda istovremeno.

- Vođe mogu pokušati da logikom ubede zaposlene da reše probleme.
- Egzistencijalne vođe nude više rešenja problema. Do prihvatljivog rešenja dolazi se odgovarajućim kombinovanjem elemenata različitih rešenja.
- Vođe mogu da koriste naučne podatke sakupljene iz raznih izvora kako bi pronašli rešenje.
- Vođe idealisti se mogu osloniti na intuiciju i minimalnu količinu podataka u cilju nalaženja rešenja.

Aktivnosti transformacionog vođe u sistemu zdravstvene zaštite u Poljskoj – primer

U početnoj fazi promene (*odmrzavanje*):

Priprema plana transformacije nezavisne zdravstvene ustanove u društvo sa ograničenom odgovornošću. Ovde vođa treba da pokaže sposobnost razvoja vizije.

Intenzivne konsultacije i razgovori sa ključnim interesnim grupama. Nacionalni zdravstveni fond (kao kupac zdravstvenih usluga) i lokalne vlasti (kao osnivačko telo, vlasnik) treba da odobre transformaciju. Ovde vođa treba da pokaže da je inspirisan, harizmatičan i samouveren.

Saopštavanje plana transformacije zaposlenima - intenzivni pregovori sa zaposlenima i unutrašnjim interesnim grupama, u cilju dobijanja njihove saglasnosti za transformaciju nezavisne zdravstvene ustanove u privatno preduzeće. U ovoj fazi vođa treba da pokaže odlučnost, sposobnost ubeđivanja osoblja, kao i verbalnu i fizičku izražajnost.

U fazi sprovođenja procesa promene:

Inspirisanje unutrašnjih interesnih grupa, kako bi se aktivno uključile u proces promene, što je tesno povezano sa sledećim:

- **Nalaženje najboljeg puta ka cilju.** Vođa podstiče zaposlene da prepoznaju i reše probleme. Eventualni konflikti treba da budu rešeni nagodbom.
- **Komunikacija** – sa unutrašnjim i spoljašnjim interesnim grupama. Poseban akcenat je na komunikaciji sa lokalnom zajednicom kojoj treba objasniti da promena neće ograničiti dostupnost usluga zdravstvene zaštite, već doprineti poboljšanju kvaliteta usluga.

U realnosti, vođe mogu ispoljavati karakteristike transformacionog i transakcionog liderstva istovremeno. Transformaciono liderstvo čini transakciono liderstvo delotvornijim, budući da se ova dva stila međusobno ne isključuju. Transakciono liderstvo usmereno je na ispunjavanje različitih ciljeva vođa i zaposlenih, dok transformaciono osigurava tesnu povezanost pomenutih ciljeva.

Prepoznavanje najboljeg načina za razvoj veština transformacionog liderstva kod menadžera i zaposlenih predstavlja prioritet u državama koje žele da reformišu sistem zdravstvene zaštite.

7 Zaključci

Sistem zdravstvene zaštite sastoji se od složenih organizacija, visoko kvalifikovane radne snage koja radi u okruženju koje je izloženo očima javnosti u političkom i socijalnom smislu. Iako su pojmovi transakcionog i transformacionog liderstva primenljivi u teoriji, potrebno ih je u velikoj meri modifikovati u skladu sa kontekstom i okruženjem u kome dati sistem zdravstvene zaštite funkcioniše. Imajući to u vidu, može se zaključiti da su razlike između sistema zdravstvene zaštite u različitim društvima mnogo veće nego što se na prvi pogled čini.

Transakcione i transformacione vođe u sistemu zdravstvene zaštite, koji ne poznaju radnu snagu, radno okruženje i politički kontekst sistema, osuđeni su na neuspeh.

Transakciono i transformaciono liderstvo u zdravstvenom sektoru zahtevaju različite veštine, iako su neke od potrebnih veština zajedničke za obe vrste liderstva. Dok je transakciono liderstvo usmereno na poboljšanje unutrašnje produktivnosti i efikasnosti, transformaciono liderstvo je više usmereno na promene – bilo u okviru organizacije, bilo u okviru sektora zdravstva. Transformaciono liderstvo je više strateški i politički orijentisano. Sistemima zdravstvene zaštite potrebne su obe vrste liderstva, kako u okviru institucija/sluzbi tako i na nivou sistema, ukoliko se teži osposobljavanju sistema da ispune svoju svrhu.

Jacek Klič

Profesor menadžmenta u zdravstvu,
Jagelonski univerzitet, Krakov, Poljska

Alan Meknot

Profesor i šef Odseka zdravstvenog razvoja,
Škola zdravstvene i socijalne zaštite,
Univerzitet u Griniču, Velika Britanija

Literatura

- Burns J (1978). *Leadership*. New York: Harper and Row Publishers
- Govier I, Nash S (2009). Examining transformational approaches to effective leadership in healthcare settings. *Nursing Times*; 105: 18
- Khatri N, Felker A (2004). Impact of Transformational Leadership on Employee Motivation, Satisfaction, and Performance in Healthcare Organizations, *Academy Health Meet.* 21, abstract no. 1511
- Mintzberg H (1989). *Mintzberg on Management: Inside our strange world of organizations*, Free Press, New York
- Robbins B, Davidhizar R (2007). Transformational leadership in health care today, *The Health Care Manager*, 26 (3), 234-239
- Rosenbach W, Sashkin M, Harburg F (1996). *The leadership profile*. Seabrook, MD: Ducochon Press.
- Shaw S (2007). *International Council of Nurses: Nursing Leadership*. Oxford: Blackwell.
- Trofino J (1995). Transformational leadership in healthcare, *Nursing Management*, 26(8), 42-47

TRENING KAO MOGUĆNOST ZA UNAPREĐENJE MENADŽERSKIH ZNANJA I VEŠTINA. VAŽNOST MENADŽERSKIH VEŠTINA

Zorica Terzić-Šupić

Vesna Bjegović-Mikanović

Milena Šantrić-Milićević

1 Uvod

Zdravstvene ustanove se neprekidno prilagođavaju izazovima spoljašnjeg i unutrašnjeg okruženja, kao što su: demografska i epidemiološka tranzicija, primena novih i skupih tehnologija, promene na zdravstvenom tržištu, ekonomske promene, kao i konstantna reforma zdravstvenog sistema (Rechel, Dubois, McKee 2006; McKee and Healy 2002). Menadžeri reaguju na ove promene modifikovanjem i unapređenjem menadžmenta svojih ustanova, kao i unapređenjem svojih menadžerskih veština (Hanlon 2001). Istovremeno, savremene studije ukazuju na to da su osnovni principi menadžerskih timova uspešnih zdravstvenih ustanova efikasnost u korišćenju postojećih resursa i kvalitet u pružanju zdravstvenih usluga, kao i primena menadžerskih instrumenata i tehnika (Gregor and Baigelman, Wilson 2003).

Posle demokratskih promena u Srbiji 2000. godine, reforme u sistemu zdravstvene zaštite postaju mnogo više zasnovane na dokazima i predmet zakonskih regulativa, koje prati nepotpuna decentralizacija, šira lokalna autonomija i ugovori između državnog i privatnog sektora (Madoran and de Val Pardo 2004). Takođe, prepoznata je potreba za sistemskom intervencijom u oblasti menadžmenta i razvoja ljudskih resursa, što uključuje različite pristupe u edukaciji kao što su interdisciplinarni formalni oblici edukacije (poslediplomski akademski program i kontinuirana edukacija) i usavršavanja i kursevi (trening) (Orešković 1998; Matović Miljanović and Janković 2006; Tošić 2002; Terzić-Šupić, Bjegović, Marinković, Šantrić-Milićević and Vasić 2010). Istovremeno, edukacija u oblasti zdravstvenog menadžmenta smatra se važnim delom reformi (Šantrić-Milićević, Bjegović-Mikanović, Terzić-Šupić and Vasić 2010).

Pre početka reformi postojale su pojedinačne inicijative za edukaciju u oblasti zdravstvenog menadžmenta, ali to nije bilo dovoljno za postizanje vidljivog unapređenja u zdravstvenim ustanovama i performansama zdravstvenog sistema kao celine. Podržano međunarodnim donatorima, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije organizuje treninge za lekare i druge profesije na menadžerskim pozicijama kojima nedostaju menadžerska znanja i veštine. Na ovaj način, edukacija iz oblasti menadžmenta je prepoznata kao važna na državnom nivou, a ne samo kao odgovornost pojedinca. Takođe, istraživanja u oblasti zdravstvenog menadžmenta pre početka reformi su bila malobrojna (Bjegović, Marinković i Simić 1995), ali se taj broj poslednjih godina povećava (Bjegović 2001; Bjegović, Vuković, Terzić, Šantrić-Milićević and Laaser 2007; Vukašinović, Bjegović-

Mikanović, Janičić et al, 2009; Đukić, Janičić, Vukašinović and Terzić 2009; Bjegović-Mikanović, Vuković, Šantrić-Miličević, Terzić Z and Šipetić-Grujić 2009; Terzić, Vukašinović, Bjegović-Mikanović, Jovanović and Janičić 2010)

2 Trening kao mogućnost unapređenja znanja, veština i kompetetivne prednosti

Da bi se obezbedila konkurentnost i mogućnost da se odgovori brojnim izazovima spoljašnjeg okruženja, zdravstvene organizacije moraju da prekinu sa starim navikama, da dostignu savremen način razmišljanja i savladaju savremene veštine, kao i da razviju različita liderska i organizaciona ponašanja (Longenecker and Fink 2001; Longenecker and Ariss 2002). Prema tome, neke organizacije obezbeđuju komparativnu prednost kroz strateška planiranja, druge kroz tehnološka unapređenja, a najveći broj – putem investiranja u ljudske resurse (White and Mackenzie-Davey 2003).

Edukacija iz oblasti menadžmenta/trening je jedan od najvažnijih izvora konkurentne prednosti u svakoj organizaciji (White and Mackenzie-Davey 2003). Formalni oblici edukacije/treninga u oblasti menadžmenta su pristupi (iskustva) u učenju dizajnirani da pomognu zaposlenima da steknu odgovarajuća znanja i veštine, neophodne za izazove spoljašnjeg okruženja (Ligham, Richley and Rezanja 2006). Ovi oblici edukacije iz oblasti menadžmenta su akreditovani programi, koji omogućavaju sticanje sertifikata. To je tekući proces koji podržava organizacioni rast i napredovanje, npr. obezbeđuje forum za razgovore o strategijama organizacije, novim vrednostima, menadžerskim alatima i unapređenju performansi rada (Chen, Chang and Yeh 2004; White and Mackenzie-Davey 2003).

Takođe, edukacija/trening iz menadžmenta, menadžerima može da obezbedi znanje kroz aktivno učenje, mentorski rad, rešavanje zadataka iz prakse, kao i intenzivne povratne informacije (Chen, Chang and Yeh 2004; Crosson 2003). Očekivane dobiti od edukacije su razvoj i unapređenje postojećih menadžerskih veština, podsticanje drugačijeg načina razmišljanja o poslovanju i stvaranje novih ili boljih ideja i prakse, koje je moguće primeniti u organizacijama (White and Mackenzie-Davey 2003; Crosson 2003). Sve ovo može da vodi ka unapređenju poverenja i motivisanosti, što bi dalje vodilo unapređenju organizacionih performansi.

Dok se u mnogim zemljama (npr. u Americi, Holandiji, Velikoj Britaniji (Plochg, Lombarts and Witman 2003; Davies and Harrison 2003; Griffith, Warden, Neighbors and Shim 2002)) radi na približavanju relacije menadžer – lekar i pokušava da se lekari uključe u procese donošenja odluka, kao i da se povećaju njihove menadžerske veštine, u Srbiji je dugogodišnja praksa da su direktori zdravstvenih ustanova, bolnica, domova zdravlja obično lekari bez formalnog menadžerskog obrazovanja. Generalno, kao „top“ menadžeri, oni rukovode zdravstvenom ustanovom s veoma malim uključivanjem menadžera drugih, nižih nivoa (npr. šefova – načelnika odeljenja), zanemarujući vrednost multidisciplinarnog pristupa i timskog rada. U Srbiji, po mišljenju međunarodnih

eksperata, planiranje u zdravstvenim ustanovama nema strateški karakter (Orešković 1998; Matović Miljanović and Janković 2006). U prošlosti nije postojao pristup sveobuhvatnog planiranja. Ovo je rezultiralo nepovoljnom situacijom gde su direktori zdravstvenih ustanova kao glavni menadžeri rukovodili složenim ustanovama (bolnicama, kliničko-bolničkim centrima itd.) i vodili ih kroz promene, pri čemu su imali nedovoljno menadžerskih znanja i veština.

Istraživanja pokazuju da se veoma retko ulažu naponi da se promoviše sistematsko doživotno učenje među menadžerima u zdravstvenim ustanovama i da je neophodno da se promeni pristup u obrazovanju menadžera, u smislu da mora biti mnogo fleksibilniji. Pojedina istraživanja govore u prilog sticanju znanja edukacijom i iskustvom kombinovano, što može biti dobar metod za unapređenje menadžerskih veština, posebno ako se ima u vidu da pojedini stručnjaci navode da je sticanje fakultetskog obrazovanja nedovoljno za pripremu menadžera za posao koji ih čeka (Nag, Hambrick and Chen 2007).

Shodno trendovima u edukaciji, edukacija/treninzi organizovani za „top“ menadžere zdravstvenih ustanova u Srbiji podrazumevali su primenu aktivnih metoda učenja (rad u malim grupama, savetovanje, rešavanje problema, ishodi fokusirani na realnim događajima i interaktivni pristup) kao i test znanja i veština na kraju procesa učenja (kao što je izvođenje SWOT analize, razvoj strateških ciljeva i planova).

3 Uloge, veštine i nadležnosti u menadžerskim aktivnostima

Menadžeri, posebno oni u specifičnom sistemu zdravstvene zaštite, susreću se sa izazovima unapređenja kvaliteta i kontrole troškova. Kroz primenu standarda, koordinacijom i sastavljanjem različitih radnih grupa, donošenjem odluka i planiranjem menadžeri doprinose performansama svoje organizacije (Longest, Rakich and Darr 2004; Bonn 2001). Da bi se postigle bolje performanse, efikasni menadžeri kreiraju takvo radno okruženje primenom različitih menadžerskih funkcija, veština, uloga i nadležnosti (kompetencija) (Bonn 2001) (Shema 1).

Menadžerske funkcije

Pod menadžerskim funkcijama podrazumeva se set društvenih i tehničkih funkcija ugrađenih u proces menadžmenta, koji uključuje planiranje, organizovanje, kadrovsku politiku, vođenje i kontrolu. Donošenje odluka prožima svaku od ovih funkcija i predstavlja integralni deo menadžerskih funkcija, mada ga neki autori navode kao nezavisnu funkciju (Bonn 2001). Menadžerske funkcije pomažu u razumevanju šta menadžeri rade i prikazuju objekat njihovog rada (Mintzberg 1975).

Menadžerske veštine

Postoje tri posebne vrste menadžerskih veština koje uspešni menadžeri koriste. Te veštine su tehničke, orijentisane ka ljudima i konceptualne (Bonn 2001; Zuckerman and Dowling 1997).

Tehničke veštine podrazumevaju razumevanje, iskustvo i znanje o specifičnim aktivnostima, analitičke sposobnosti i lakoću u upotrebi alata i tehnika unutar određene specijalnosti. U poređenju sa drugim veštinama, tehničke veštine su najkonkretnije i zahtevaju se od najvećeg broja ljudi. *Veštine orijentisane ka ljudima* podrazumevaju sposobnosti menadžera da rade dobro sa ljudima, razumeju ih, motivišu ih i vode ih u radnom okruženju. *Konceptualne veštine* podrazumevaju mogućnost da se organizacija posmatra kao celina i da se razumeju različite interakcije koje postoje na radnom mestu među ljudima, odeljenjima, sa drugim organizacijama i sa okruženjem (zajednicom i društvenim, političkim i ekonomskim snagama zemlje kao celine).

Ove veštine su međusobno veoma bliske, tako da je u praksi nemoguće odrediti gde jedna veština prestaje, a druga nastaje. Iako su u interakciji, njihova važnost varira u odnosu na situaciju, nivo menadžerske odgovornosti i vrstu menadžera – menadžer prvog nivoa („supervizor“), menadžer srednjeg nivoa i „top“ menadžer. Tehničke veštine koriste pre svega menadžeri prvog nivoa, zatim menadžeri srednjeg nivoa – u planiranju i organizovanju, dok ih „top“ menadžeri koriste u finansijskom poslovanju organizacije. Veštine orijentisane ka ljudima su neophodne menadžerima na svim nivoima, dok su konceptualne veštine presudne za „top“ menadžere i sagledavanje tzv. „velike slike“. Konceptualne veštine su neophodne i menadžerima prvog i srednjeg nivoa da bi razumeli kako odeljenja rade i kako da što bolje organizuju timove.

Menadžerske uloge

Postoje dva modela koja objašnjavaju menadžerske uloge i mogu se primeniti na sve organizacije. Prvi je model Henrija Mintcberga (Henry Mintzberg) prema kome su uloge *organizovani set ponašanja menadžera*. Model obuhvata 10 uloga koje su svrstane u tri grupe: međuljudske, orijentisane na informacije i orijentisane na donošenje odluka. *Uloge u međuljudskim odnosima* povezuju celokupan rad jednog menadžera i obuhvataju osnovne međuljudske odnose i omogućavaju menadžerima da kroz ovu ulogu prikupljaju informacije. *Uloge orijentisane na informacije* osiguravaju da informacije budu obezbeđene. *Uloge orijentisane na donošenje odluka* osiguravaju da informacije budu upotrebljene. Primena menadžerskih uloga zavisi od okolnosti, radnih uslova i menadžerskih odgovornosti (Bonn 2001; Mintzberg 1975; Zuckerman and Dowling 1997). Drugi model opisuje promenljivu kombinaciju uloga koje menadžeri moraju da preuzmu ako žele da dostignu optimalne performanse. Ovaj model obuhvata tzv. „trojnu“ ulogu – dizajnera, stratega i lidera (Bonn 2001, Mintzberg 1975; Zuckerman and Dowling 1997).

Menadžerske nadležnosti (kompetencije)

Menadžerske nadležnosti predstavljaju opšti opis ponašanja i osnovne karakteristike menadžera koje su potrebne za uspešno ispunjavanje određene menadžerske uloge na određenoj menadžerskoj poziciji. Menadžerske nadležnosti obuhvataju konceptualne, tehničke/kliničke, međuljudske/saradničke, političke, komercijalne i upravljačke nadležnosti. Prve tri nadležnosti nastale

su na Kacovom (Katz) modelu veština. Poslednje tri nadležnosti predstavljaju dodatnu nadležnost koja se posebno zahteva od „top“ menadžera (Katy 1974).

4 Razvoj menadžerskih veština – unapređenje u praksi

Menadžeri u sistemu zdravstvene zaštite ispunjavanju različite uloge za koje moraju posedovati veštine i specifične sposobnosti (kompetencije) da bi ostvarili željene rezultate. Potreba za menadžerskim veštinama, kao i procena njihove važnosti menjala se tokom vremena.

Osamdesetih godina se smatralo da su veštine donošenja odluka i veštine ophođenja sa ljudima najvažnije za menadžere u zdravstvenim ustanovama (McConnell 2005). Krajem devedesetih godina i početkom 21. veka, od menadžera se zahtevalo da savladaju tehnike inicijative, samouverenosti i preuzimanja rizika, da imaju sposobnost motivisanja i nadgledanja rada svojih kolega, kao i da upravljaju i vode organizacione promene. Pored toga, od njih su se zahtevale dobre veštine vođenja, upravljanja promenama i mentorskog rada (McConnell 2005; Walsh, Borkowski 2000; Courtney, Yacopettis, James and Walsh 2002). Menadžment finansijama, kao što je kontrola budžeta, planiranje (*forward planning*), poslovi ugovaranja i ponuda i praćenje troškova i kvaliteta rezultata, smatrale su se ključnim sposobnostima uspešnih menadžera, posebno „top“ menadžera (tabela 1) (Liang, Short and Brown 2006; Shewchuk, O'Connor and Fine 2005).

U novije vreme od menadžera u zdravstvenim ustanovama zahtevaju se političke veštine, koje se ogledaju u razumevanju organizacione strukture ustanove i njene filozofije, savlađivanju kulturnih obeležja i radu za dobrobit pacijenata. Takođe, od modernih menadžera se očekuje da imaju sposobnost usklađivanja sa promenama, što podrazumeva fleksibilnost i prilagodljivost, sposobnost rada sa ograničenim resursima, kao i sposobnost rada u neizvesnim i dvosmislenim situacijama (Wenzel, Grady and Freedman 1995).

Studije sprovedene u Americi, Kanadi i Australiji pokazuju da poslovi koje menadžeri obavljaju danas, zahtevaju mnogo veće obrazovne kvalifikacije. Edukacija se smatra značajnim preduslovom za postajanje „top“ menadžera (Litchfield 1993). U literaturi se sreće širok spektar mogućih načina obuke menadžera: pristup po nivoima veština, planovi individualnog razvoja, kontinuirana edukacija, mentorstvo, trening – eksperimentalno učenje, podrška različitosti i specijalne pripreme za „top“ menadžere i „master“ edukacije (McCall 1998; Griffith 2007; Anderson and Pulich 2002).

5 Mišljenje menadžera o važnosti menadžerskih veština

Prema istraživanju sprovedenom 2006. i 2007. godine u Centru – Školi javnog zdravlja Medicinskog fakulteta u Beogradu u kome su učestvovali menadžerski timovi iz 20 opštih bolnica iz Srbije, najvažnije menadžerske veštine su: koordiniranje, stvaranje vizije, slušanje, sposobnost konceptualizacije i organizacione sposobnosti menadžera, a nešto manje važne: vođenje i uticanje,

pisana komunikacija, planiranje i organizovanje, usmena komunikacija i veštine učenja (Terzić-Šupić, Bjegović, Marinković, Šantrić-Milićević and Vasić 2010).

Istraživanja pokazuju da su menadžeri koji imaju razvijenu sposobnost koordinacije u stanju da integrišu zadatke svojih odeljenja sa zadacima drugih odeljenja i da istovremeno imaju dobro razvijene timske veštine (Sberryl 2005). Međutim, menadžeri u bolnicama u Srbiji smatraju liderske veštine malo važnim, iako su ove veštine – uticanje na zaposlene i druge zainteresovane strane radi ispunjavanja radnih i organizacionih ciljeva – neophodne za uspešan menadžment (Sberryl 2005; Terzić-Šupić, Bjegović, Marinković, Šantrić-Milićević and Vasić 2010). U istraživanju sprovedenom tokom 2007. godine, u kome je učestvovalo 14 menadžerskih timova iz beogradskih domova zdravlja, veština koja je ocenjena kao važna i koja je najviše unapređena posle treninga je procena perforamnsi (Šantrić-Milićević, Bjegović-Mikanović, Terzić-Šupić and Vasić 2010).

Istraživanje sprovedeno među menadžerima koji imaju reputaciju dobrog menadžera pokazalo je da su najcenjenije menadžerske veštine sposobnost definisanja vizije i ciljeva bolnice, kao i planiranje. Veštine rada sa ljudima su na sledećem mestu, dok se preuzimanje rizika smatra najmanje važnom veštinom (Kumpsadlo, Virjo, Mattila and Halila 2003). U Finskoj, 85% menadžera bolnica izrazilo je potrebu za unapređenjem svojih menadžerskih veština (Hancock, Capbell, Bignell and Kilgour 2005). Studije pokazuju da se veštine koje menadžeri bolnica žele da unaprede odnose na donošenje odluka, planiranje, organizacione promene, rešavanje problema, preuzimanje rizika, „benčmarking“, komunikacija, efektivno slušanje i sistemsko razmišljanje (Kumpsadlo, Virjo, Mattila and Halila 2003; Hancock, Capbell, Bignell and Kilgour 2005).

Jedno istraživanje sprovedeno u Americi pokazalo je da se tehničke veštine mogu unaprediti kroz formalne oblike edukacije, veštine ophođenja sa ljudima – putem treninga, ali i kroz iskustvo, mentorski rad i planirane nastupe, dok se strateške veštine grade uporedo sa tehničkim veštinama i veštinama ophođenja sa ljudima (Nag, Hambrick and Chen 2007; Kitchener 2000). Takođe, u istraživanju sprovedenom u Americi među menadžerima iz različitih delova zdravstvenog sistema, došlo se do zaključka o najvažnijim oblastima i, u okviru njih, pet do sedam znanja ili veština koje menadžeri moraju posedovati. Jedna od oblasti je *operativni zdravstveni menadžment* (najvažnije veštine su komunikacija i veština izgradnja tima). Sledeća oblast se odnosi na *pacijente ili korisnike*, a veština je razumevanje zdravstvenog sistema i znanje o zajednici. Treća oblast je *oblast političkih, zakonskih i etičkih pitanja*, a neophodna su znanja iz etike i demografije. Četvrta oblast su *finansijska i ekonomska pitanja*, a najvažnije veštine su znanja o javnozdravstvenoj politici i vođenje, kao i briga o ekonomičnosti – domaćinskom poslovanju (*stewardship*). Poslednja oblast je *oblast odnosa medicinske struke* i lekara, a neophodna znanja se odnose na razumevanje zakonskih procesa i zloupotrebe položaja, kao i na veštine upravljanja i rešavanja konflikta. U svakoj pomenutoj oblasti, kao neophodna su navedena znanja i veštine iz oblasti zakona (Shewchuk, O'Connor and Fine 2005).

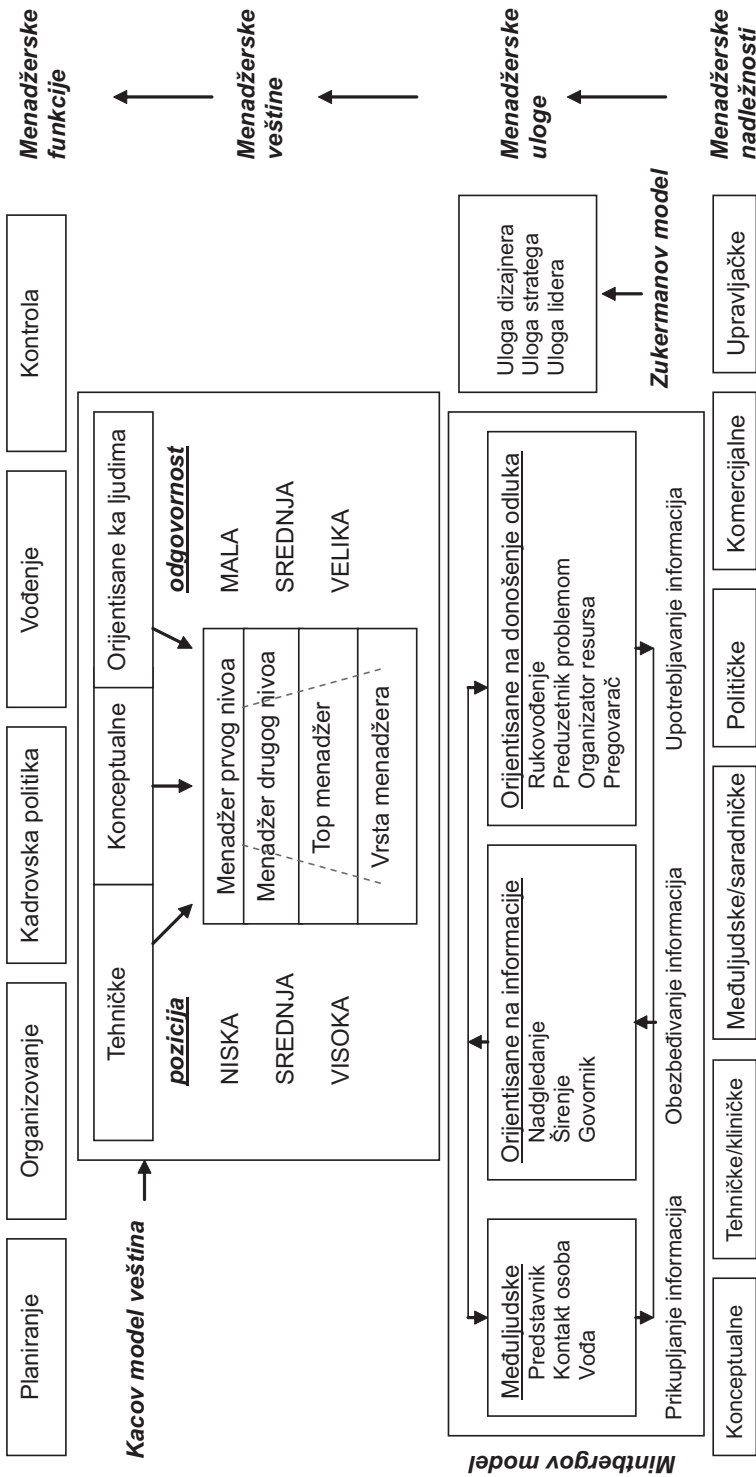
6 Zaključak

U mnogim zemljama reforma zdravstvenog sistema je uveliko sprovedena. Shodno promenama u zdravstvenom sistemu evropskih zemalja, i naša zemlja mora da se prilagodi novim zahtevima i pritiscima koji se nameću. Ti pritisci su: promene u zdravstvenoj zaštiti, specijalizacijama, promene u praksi zaposlenih, broju pruženih usluga i ishodima, bezbednosti i kvalitetu usluga i rastućoj ulozi korisnika. U ovakvim uslovima, javlja se sve veća potreba za formalnim i neformalnim programima edukacije/treninga menadžera, posebno za lekare na liderskim pozicijama, kojima su potrebne bolje menadžerske i liderske veštine. Da bi bili potpuno uključeni u kreiranje sistema zdravstvene zaštite, menadžeri moraju da unaprede svoje znanje i veštine u oblasti politike i političkih procesa, ekonomike u zdravstvu, da nauče kako je zdravstvena politika formulisana i kako utiče na njihove ustanove, kao i da savladaju veštinu izrade delotvornih strategija.

Zorica Terzić-Šupić, Vesna Bjegović-Mikanović, Milena Šantrić-Milićević

Institut za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Shema 1: Menadžerske funkcije, veštine, uloge i nadležnosti



Izvor: Modifikovano prema: Longest BB, Rakich JS, Darr K. *Managing Health Services organization and Systems*, četvrto izdanje, Baltimor, Health Professions Press, Ins. 2004.

Tabela 1: Menadžerske veštine i potreba za edukacijom menadžera u zdravstvenim ustanovama

Zemlja i godina	Autor/ autori	Cilj studije	Metod
Australija, 1986	Rawson G.	Karakteristike i potrebe za edukacijom „top“ menadžera	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 506)
Australija, 1988	SHAPE	Potrebe profesionalnog razvoja „top“ menadžera	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 312)
Australija, 1990	Lawson J	Lična iskustva „top“ menadžera u ustanovama zdravstvene zaštite u Novom Južnom Velsu između 1983. i 1985. godine	Istraživanje upitnikom (trening) (n = 100)
Australija, 1991	Harris & Bleakley	Istražiti zahteve za nadležnostima menadžera u zdravstvenim ustanovama Australije devedesetih godina	Fokus grupa (n=30) i upitnik, istraživanje putem pošte
Kanada, 1993	Kazanjian & Pagliccia	Karakteristike, uloge i nadležnosti menadžera u zdravstvenim ustanovama	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 1203)
Kanada, 1994	Lemeux – Charles et al.	Karakteristike, znanja, očekivanja, težnje, iskustva menadžera zdravstvenih ustanova u Kanadi i definicije uspeha	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 3010)
SAD, 1995	Dalston & Bishop	Određivanje potreba za učenjem i daljim usavršavanjem „top“ menadžera u bolnicama	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 547)
SAD, 1996	Wallace P.E.	Istraživanje načina na koji se različito upravljanje primenjuje i implementira među izvršnim menadžerima bolnica	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 202)
SAD, 1996	Eynde & Tucker	Istraživanje sličnosti i razlika između „top“ menadžera u zdravstvenim ustanovama i industriji u odnosu na njihove godine, pol, obrazovanje, godine radnog staža, godine menadžerskog staža, lične crte, uloge i potrebe	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 62)
SAD, 1998	Ballein K.	Pogled na preduzetničke liderske karakteristike medicinskih sestara u izvršnoj vlasti	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 116)
Australija i Novi Zeland, 1998	Harris et al.	Uticaj promena (1992–1998) na uloge i karijeru dela menadžera zdravstvenih ustanova u Australiji i Novom Zelandu i šta profesionalni programi edukacije mogu da urade za prospektivno napredovanje karijere ovih menadžera	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 443)

Zemlja i godina	Autor/ autori	Cilj studije	Metod
Australija, 2002	Courtnez et al.	Uloge i potrebe profesionalnog razvoja medicinskih sestara u izvršnoj vlasti u bolnicama i Kvinlendu	Istraživanje upitnikom putem pošte (n = 147)
SAD, 2002	Griffith et al.	Upotreba alternativnih metoda u testiranju nadležnosti (kompetencija) i rezultata menadžera u zdravstvenim ustanovama	Istraživanje putem telefona (n = 31)
SAD, 2003	Guo K.L.	Razvoj instrumenta za procenu koji bi pomogao menadžerima u zdravstvenim ustanovama da identifikuju snage i slabosti, unaprede nedovoljno razvijene oblasti, promovišu kompetencije (sposobnosti) u svim oblastima prema zahtevima tržišta i organizacije	Polustrukturirani intervju (n = 10)
Australija, 2003	Farrell M.	Liderske prakse administracije u bolnicama u Viktoriji	Polustrukturirani intervju (n = 15)

Literatura

Anderson, P. and Pulich, M. (2002). Managerial competencies necessary in today's dynamic health care environment, *The Health Care Manager*, Vol. 21, No.2, pp. 1–11.

Bjegović, V., Marinković, J., Simić, S. (1995). Stepen informisanja lekara, klinička autonomija i efikasan menadžment, *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo* Vol. 123, No. 2, pp.27–30.

Bjegović, V. (2001) Odgovarajući menadžment u zdravstvenom osiguranju. U: Simić, S. i sar. (urednici), *Osnove za reformu sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji*, Centar za proučavanje alternative / Samizdat B92, str. 157-172.

Bjegović, V., Vuković, D., Terzić, Z., Šantrić-Milićević, M. and Laaser, U. (2007). Strategic orientation of Public Health in Transition: An Overview of South Eastern Europe, *Journal of Public Health Policy*; Vol. 2, No. 1, pp. 94–101.

Bjegović-Mikanović, V., Vuković, D., Šantrić-Milićević, M., Terzić, Z. and Šipetić-Grujičić, S. (2009). Strategic orientation of public health in transition: challenges in Serbia, *Italian Journal of Public Health*, Vol. 6, No. 1, pp. 52-61.

Bonn, I. (2001). Developing strategic thinking as a core competency, *Management Decision*; Vol. 39, No.1, pp.63–71.

Chen, T.Y., Chang, P.L. and Yeh, C.W. (2004). Research note: a study of career needs, career development programmes, job satisfaction and the turnover intentions of R&D personnel, *Career Development International* Vol. 9, No. 4, pp. 424-437.

Courtney, M., Yacopettis, J., James, C. and Walsh, A. (2002). Queensland public sector nurse executives: professional development needs, *Australian Journal of Advanced Nursing* Vol. 19, No.3, pp. 8–14.

Crosson, F.K. (2003). Permanente: a propensity for partnership. *British Medical Journal*; Vol. 326, pp.654.

Davies, H. and Harrison, S. (2003). Trends in doctor-manager relationships, *British Medical Journal*; Vol. 326, pp. 646-649.

Đukić, N.D., Janičić, R.R., Vukašinić, Z.S. and Terzić, Z.J. (2009). Collaboration between users and the institution of public health as the basis in successful strategic management. *Italian Journal of Public Health*; Vol. 6, No. 1, pp.16-20.

Gregory, D., Baigelman, W. and Wilson I.B. (2003). Hospital Economics of the Hospitalist, *Health Services Research*, Vol. 38, No. 3, pp. 905-918.

Griffith, J.R. (2007). Improving preparation for senior management in healthcare, *The Journal of Health Administration Education*, Vol. 24, No.1, pp. 11–32.

Griffith, J.R., Warden, G.L., Neighbors, K. and Shim, B. (2002). A new approach to assessing skill needs of senior managers, *The Journal of Health Administration Education*, Vol. 20, No.1, pp.74–93.

Hancock, H., Capbell, S., Bignell, P. and Kilgour, J. (2005). The impact of leading empowered organisations (LEO) on leadership development in nursing, *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, Vol. 18, No. 2–3, pp. 179–92.

Hanlon, N.T. (2001), Sense of place, organizational context and the strategic management of publicly funded hospitals, *Health Policy*, Vol. 58, No. 2, pp. 151-173.

Katy, R.L. (1974). Skills of an effective administration, *Harvard Business Review*, Vol. 52, No.5, pp. 90–102.

Kitchener, M. (2000). The 'bureaucratization' of professional rules: the care of clinical directors in UK hospitals, *Organisation*, Vol. 7, pp. 129–154.

Kumpsadlo, E., Virjo, I., Mattila, K. and Halila, H. (2003). Managerial skills of principal physicians assessed by their colleagues. A lesson from Finland, *Journal of Health Organisation Management*, Vol. 17, No.6, pp. 457–62.

Liang, Z., Short, S.D. and Brown, C.R. (2006). Characteristics and employment status of senior health managers in the 1980s, 1990s and early 21st Century: implication for future research and education development, *The International Journal of Health Administration Education Summer*, Vol. 23, No.3, pp.1-20.

Ligham, T., Richley, B. and Rezanian, D. (2006). An evaluation system for training programs: a case study using a four – phase approach, *Career Development International*, Vol. 11, No.4, pp. 334–351.

Litchfield, R. and Canan, M.B.A. (1993). *Run your company*. Canadian Business, Toronto, Ontario Canada; pp. 30-32.

Longenecker, C.O. and Fink, L.S. (2001). Improving management performance in rapidly changing organizations. *Journal of Management Development* Vol. 20, No.1, pp. 7-18.

Longenecker, C.O. and Ariss, S.S. (2002). Creating competitive advantage through effective management education, *Journal of Management Development*; Vol. 21, pp. 640-654.

Longest, B.B., Rakich, J.S. and Darr, K. (2004) Managing health services organization and systems. Forth edition, Health Professions Press, Baltimore.

Madoran, G.C. and de Val Pardo, I. (2004), Strategies and performance in hospitals, *Health Policy*, Vol. 67, No.1, pp.1-13.

Matović Miljanović, S. and Janković, S. (2006), The international community and the reconstruction of health care in South Eastern Europe, *Journal of Public Health* Vol. 14, No. 4, pp. 246-256.

Mintzberg, H. (1975). Skills of an effective administrator, *Harvard Business Review*, Vol. 53, pp. 49–61.

McCall, Jr.M.W. (1998). *High flyers: developing the next generation of leaders*. Ma. Harvard Business School Press, Boston.

McConnell, C.R. (2000). The changing face of health care management, *The Health Care Manager*, Vol. 18, No.3, pp.1–17.

Nag, R., Hambrick, D.C. and Chen, M.J. (2007). What is strategic management, really? Inductive derivation of a consensus definition of the field, *Strategic Management Journal*; Vol. 28, pp. 935–955.

Orešković, S (1998). New priorities for health sector reform in Central and Eastern Europe. *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, No. 3, pp. 225-233.

Plochg, T., Lombarts, K. and Witman, Y. (2003). Problems in Dutch hospitals resemble those in British hospitals, *British Medical Journal*; Vol. 326, No.657.

Rawson, G. (1986). Senior health services managers: characteristics and educational needs, *Australian Studies Health Services Administration*, pp.57.

Rechel, B., Dubois, C.A. and McKee, M. (2006), *The health care workforce in Europe. Learning from experience*, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies.

Sberryl, W.J. (2005). Characteristics of effective health Care managers, *The Health Care Manager*, Vol. 24, No.2, pp. 124–128.

Shewchuk, R.M., O'Connor, S.J. and Fine, D. (2005). Building an understanding of the competencies needed for health administration practice, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 50, No.1, pp.32–47.

Šantrić-Milićević, M., Bjegović-Mikanović, V., Terzić-Šupić, Z., Vasić, V. (2010). Competencies gap of management teams in primary health care, *European Journal of Public Health*. 2010 (ckq010v1-ckq010).

Terzić-Šupić, Z., Bjegović, V., Marinković, J., Šantrić-Milićević, M., Vasić, V. (2010). Hospital management training and improvement in managerial skills: Serbian experience, *Health Policy*, Vol. 96, No.1, pp. 80-89.

Terzić, Z., Vukašinović, Z., Bjegović-Mikanović, V., Jovanović, V. i Janičić, R. (2010). SWOT analiza, analitički metod u procesu planiranja i njena primena u razvoju ortopedskog bolničkog odeljenja. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, Vol. 138, No.7-8, pp. 473-479.

Tošić, O. (2002). New Serbian health minister appointed at least, *The Lancet* Vol. 360, No.9327, pp. 149.

Vukašinović, Z., Bjegović-Mikanović, V., Janičić, R., et al. (2009). Planning in a highly specialized orthopedic institution. **Srpski arhiv** za celokupno lekarstvo; Vol. 137, No. (1-2), pp. 63-72.

Zuckerman, H.S. and Dowling, W.L. (1997) The Managerial Role. In Shortell, S.M. and Kaluzny, A.D. (eds.), *Essentials of Healthcare Management*. Delmar, New York, pp. 34-62.

Walsh, A.M. and Borkowski, S.C. (2000). Cross-gender mentoring and career development in the health care industry, *Health Care Management Review*, Vol. 24, No. 3, pp. 7–17.

Wenzel, F.J, Grady, R. and Freedman, T.J. (1995). Competencies for health management practice: A practitioner's perspective, *Journal of Health Administration Education*, Vol. 13, No. 4, pp.611–630.

White, M. and Mackenzie-Davey, K. (2003). Feeling valued at work? A qualitative study of cooperative training consultants *Career Development International*, Vol. 8, No. 5, pp. 228–234.

POGLAVLJE 2

FINANSIJSKI MENADŽMENT ■

PREGLED SISTEMA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Majkl O'Rurk

Nina Lukić

1 Uvod

Reforme finansiranja sistema zdravstvene zaštite čine ključan deo razvoja zdravstvenog sektora u srednje razvijenim zemljama. Međunarodna debata orijentisana je ka nastojanju da se odbaci sistem neposrednog plaćanja usluga kao izvora finansiranja u zdravstvenom sektoru i okretanju ka sistemu koji podrazumeva viši stepen objedinjavanja rizika (na primer, putem zdravstvenog osiguranja), i time obezbeđuje viši stepen zdravstvene zaštite za siromašne.

Kombinacija načina i izvora finansiranja veoma se razlikuje od zemlje do zemlje. U nekim situacijama, osnovni cilj reforme finansiranja zdravstvene zaštite jeste da se obezbede viši, odnosno izvesniji prihodi u zdravstvenom sistemu. Pravičnost u postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite je najčešće na drugom mestu. Sa druge strane, neke zemlje su više usredsređene na reformu fragmentiranog i nepravednog sistema finansiranja zdravstvene zaštite.

Tabela 1: Glavni trendovi u finansiranju sistema zdravstvene zaštite

Trend	Ciljevi
Uvođenje ili povećavanje ličnog učešća korisnika u plaćanju (participacije) u zdravstvenom sistemu koji se finansira oporezivanjem	• Uvećanje prihoda • Podsticanje efikasnijeg korišćenja resursa • Uspostavljanje višeg nivoa odgovornosti prema korisniku usluge
Uvođenje društvenog zdravstvenog osiguranja u sisteme koji su trenutno zasnovani prevashodno na plaćanju participacije i poreza	• Umanjenje finansijskih ograničenja koja nastaju usled plaćanja participacije • Podsticanje efikasnijeg korišćenja resursa • Uvećanje prihoda
Prelazak sa osiguranja zasnovanog na oporezivanju na socijalni tip zdravstvenog osiguranja	• Kreiranje nezavisnog, održivog izvora finansiranja zdravstvene zaštite • Uvećanje prihoda

Ovaj članak se bavi analizom glavnih sistema finansiranja zdravstvene zaštite i ukazuje na pozitivna (odnosno negativna) rešenja koja se odražavaju na pravičnost, solidarnost i efikasnost u sistemu zdravstvene zaštite.

Ciljevi ovoga članka su:

- identifikovanje optimalnih sistema finansiranja zdravstvene zaštite koji doprinose unapređenju zdravlja i blagostanja stanovništva

- identifikovanje ključnih elemenata koje treba obuhvatiti da bi se u sistemu zdravstvene zaštite obezbedila solidarnost (za siromašnu populaciju), održivost i finansijska pristupačnost .

2 Ciljevi sistema finansiranja zdravstvene zaštite

U tabeli 2 prikazani su neki opšti utvrđeni ciljevi finansiranja sistema zdravstvene zaštite (Witter 2002).

Tabela 2: Ciljevi sistema finansiranja zdravstvene zaštite

Cilj	Šta se želi postići
Bolje zdravlje	Viši kvalitet zdravstvenih usluga, naročito za siromašniju kategoriju stanovništva Stavljanje akcenta na primarnu zdravstvenu zaštitu Stavljanje akcenta na preventivne i ekonomične usluge
Pravičnost	Viši nivo objedinjavanja rizika Alokacije resursa prema potrebi Pravednija distribucija plaćanja Viši udeo javnog finansiranja
Solidarnost	Otelotvoruje ideju da su različite grupe u društvu međuzavisne i trebalo bi da pomognu jedne drugima. Ovakav pristup je u osnovi razvoja većine nacionalnih zdravstvenih sistema
Efikasnost	Povećanje efikasnosti korišćenja finansijskih sredstava Veća izdvajanja za zdravstvenu zaštitu

3 Šta sistem finansiranja zdravstvene zaštite treba da uzme u obzir (Witter 2002)

Disperzija rizika. Raspodela rizika tokom vremena, tako da domaćinstva mogu da planiraju troškove zdravstvene zaštite.

Objedinjavanje rizika. Sistemi finansiranja treba da imaju cilj da objedine rizike različitih članova zajednice, tako da oni sa malim potrebama za zdravstvenom zaštitom mogu da dotiraju one sa velikim potrebama. Drugi oblik unakrsnog subvencionisanja mogao bi biti između siromašnijih i bogatijih grupa u društvu ili između starih i mladih.

Veza između bolesti i siromaštva znači da treba obezbediti da siromašni imaju pristup sistemu zdravstvene zaštite i da za to ne plaćaju nesrazmerno mnogo. Gde to nije slučaj, siromašnije porodice odvajace viši udeo svog raspoloživog prihoda na zdravstvenu negu i često dobijati niži standard zdravstvene zaštite nego što je to slučaj kod bogatijih domaćinstava.

4 Primeri sistema finansiranja zdravstvene zaštite

Osnovni mehanizmi finansiranja (Bennett i Gilson 2001)

Finansiranje iz poreza: Zdravstvene usluge se plaćaju iz opštih javnih prihoda, kao što su porez na dohodak, porez na dobit preduzeća, porez na dodatu vrednost, uvozne dažbine ili posebni namenski porezi (npr. porez na cigarete) za zdravstvenu zaštitu.

Socijalno osiguranje: Zdravstvene usluge se plaćaju uplatama doprinosa u zdravstveni fond. Najčešći osnov za doprinos je zarada; i poslodavac i zaposleni plaćaju određeni procenat od ostvarene zarade. Zdravstveni fond je obično nezavisan od Vlade, ali radi u skladu sa jasno definisanim propisima. Premije su povezane sa prosečnim troškovima pružanja usluga grupi u celini, a ne sa očekivanim troškovima pružanja usluga pojedincu. Otuda postoji eksplicitno unakrsno subvencionisanje između zdravih osoba i onih kojima je zdravlje narušeno. U principu, učešće u programu zdravstvenog osiguranja je obavezno, iako za određene grupe (kao što su samozaposleni) može biti dobrovoljno.

Privatno osiguranje: Korisnici plaćaju premije u skladu sa očekivanim troškovima usluga koje će im biti pružene. Tako korisnici koji se nalaze u visokorizičnim zdravstvenim grupama plaćaju više, a oni sa nižim rizikom plaćaju manje. Unakrsno subvencionisanje između korisnika sa različitim rizicima od bolesti je ograničeno. Članstvo u fondovima privatnog osiguranja je obično dobrovoljno.

Fondom za osiguranje najčešće upravlja privatna kompanija (često profitno orijentisana).

Naknade od korisnika - lično učešće u plaćanju: Pacijenti plaćaju direktno, u skladu sa tarifama definisanim za usluge zdravstvene zaštite. Nema elemenata osiguranja ili međusobne podrške. Ovo je najčešći način plaćanja za usluge pružene u privatnom sektoru u zemljama u razvoju, ali se takođe koristi i kao komponenta finansiranja usluga javnog sektora.

Društveno zdravstveno osiguranje: Kao i kod socijalnog osiguranja, premije se najčešće utvrđuju na osnovu rizika sa kojim se suočava prosečan član zajednice, odnosno ne postoji nikakva razlika u premijama između visokorizičnih i niskorizičnih grupa. Međutim, za razliku od socijalnog zdravstvenog osiguranja, uključivanje je obično dobrovoljno i nije vezano za radni odnos osiguranika. Fondovi su u vlasništvu privatnih neprofitnih organizacija.

4.1 Direktna plaćanja

Opis

Direktna plaćanja zasnivaju se na ideji da su pojedinci direktno stimulisani da se staraju o sopstvenom zdravlju. Malo je verovatno da će oni koristiti usluge neodgovorno, budući da su upravo oni ti koji i snose troškove lečenja.

Negativna strana takvog pristupa leži u činjenici da će biti problema u pravičnosti i dostupnosti usluga u sistemu koji se finansira direktnim uplatama, osim u slučaju kada država može da finansira socijalno ugrožene grupe. U sistemima direktnog plaćanja, nema većeg objedinjavanja rizika, ali u nekim od njih dolazi do disperzije rizika tokom vremena.

Pacijenti direktno, iz svog džepa, plaćaju korišćenje zdravstvenih usluga, kako javnih, tako i privatnih. Za razliku od neformalnih plaćanja, ona su zvanično uređena, tako da se mogu pratiti naplaćeni iznosi i njihovo korišćenje. Može se utvrditi politika o tome koliko se plaća i ko je eventualno oslobođen plaćanja.

Analiza

Naknade od korisnika mogu igrati važnu ulogu u ublažavanju nedostataka određenih resursa zbog kojih se smanjuje efikasnost zdravstvenih službi. Ovakav vid plaćanja nije idealan kao glavni metod prikupljanja sredstava, budući da se, u načelu, na taj način ne vrši disperzija rizika tokom vremena; uglavnom ne dolazi do objedinjavanja rizika među pacijentima; ne garantuje se pristup zdravstvenim uslugama; regresivne su budući da finansijsko opterećenje pada na bolesne, koji su često i siromašni; ne obezbeđuju se adekvatni i pouzdani izvori sredstava; često oduzimaju dosta vremena i podrazumevaju visoke administrativne troškove; ne podstiču na aktivno učešće korisnika u razvoju zdravstvenih službi.

Povećanje sredstava namenjenih zdravstvenoj zaštiti treba da omogući vladama proširenje ili unapređivanje mreže primarne zdravstvene zaštite u seoskim oblastima, a time i poboljšanje dostupnosti takvih usluga siromašnoj populaciji.

Niski prihodi domaćinstva znače da je potencijalni prihod po osnovu naknada od korisnika u zemljama u tranziciji nizak, što svakako ograničava mogućnost za poboljšanje kvaliteta i dostupnosti usluga primarne zdravstvene zaštite u seoskim oblastima.

U gotovo svim slučajevima gde je došlo do uvođenja ili povećanja direktnih plaćanja, došlo je do istovremenog smanjenja broja pruženih zdravstvenih usluga.

4.2 Neformalna plaćanja

Opis

Ključna karakteristika neformalnih plaćanja jeste to da su u pitanju plaćanja pacijenata – obično zdravstvenom osoblju, ali nekad i pomoćnom osoblju u zdravstvenim ustanovama – koja nisu zvanično priznata niti odobrena.

Analiza

Raspravlja se o tome da li neformalna plaćanja treba „legalizovati“ u formi zvaničnih naknada od pacijenata. Argument u prilog tome jeste da bi bilo lakše kontrolisati ta sredstva i koristiti ih na adekvatan način, pa bi i troškovi za pacijente bili daleko predvidljiviji. Međutim, postoji rizik da bi naknade od korisnika predstavljale dodatni izdatak, umesto da zamene neformalna plaćanja.

Neformalna plaćanja su u načelu simptom nedovoljno finansiranog i loše regulisanog sistema. Postoji više mogućnosti za njihovo smanjivanje ili ukidanje (Conn i Walford 1998):

- obezbediti da zdravstveno osoblje bude adekvatno plaćeno;
- razmotriti kvalitet usluga, kako pacijenti ne bi smatrali da treba da „doplate“ da bi dobili adekvatno lečenje. Uvesti podsticaje za zdravstvene radnike da pružaju kvalitetne usluge. Podsticaji bi mogli bi da obuhvataju sistem unapređenja zasnovan na zaslugama, ili bonuse za dobar učinak;
- regulacija struke (npr. otpuštanje onih koji traže dodatna ili neformalna plaćanja);
- uključivanje tih neformalnih plaćanja u plaćenu premiju (po sistemu društvenog sistema finansiranja) i informisanje korisnika usluga da dodatna plaćanja više nisu potrebna.

4.3 Opšte oporezivanje

Opis

Ključne karakteristike finansiranja zasnovanog na opštem oporezivanju jesu sledeće:

- objedinjava se rizik celokupnog stanovništva;
- doprinosi se ne utvrđuju na osnovu zdravlja ili korišćenja usluga, već na osnovu neke mere ostvarenog prihoda, bogatstva ili potrošnje (u zavisnosti od poreskog sistema),
- doprinosi nisu namenjeni isključivo sektoru zdravstva, već se prikupljena sredstva objedinjavaju i onda raspodeljuju različitim sektorima u skladu sa političkim prioritetima.

Vlade često nisu u stanju da poboljšaju naplatu javnih prihoda u meri potrebnoj da obezbede opštu pokrivenost usled:

- niskih prihoda i nejednakosti u raspodeli dohotka,
- niske gustine naseljenosti i udaljenosti seoskih područja,
- poljoprivredne proizvodnje za sopstvene potrebe u seoskim područjima i neformalnih aktivnosti u gradskim područjima,
- loših administrativnih kapaciteta.

To ograničava sistem javnih finansija u celini – opšte oporezivanje, porezi na zarade i socijalno osiguranje trpe u ovakvim uslovima.

Analiza

Finansiranje zdravstvene zaštite sistemom opšteg oporezivanja može biti jedan od najefikasnijih i najpravednijih metoda, ali su brojni problemi koje treba rešiti da bi se poboljšao njegov učinak u zemljama sa niskim ili srednjim bruto nacionalnim dohotkom. Glavni problem je unapređenje prikupljanja prihoda, a mehanizmi za to obuhvataju: uključivanje grupa koje trenutno izbegavaju plaćanje poreza (npr. putem poreza na bogatstvo, kapitalnu dobit, zemljište, dohodak za zaposlene);

zatvaranje rupa u sistemu i uspešnije izvršenje naplate; manji broj poreza koji obuhvataju širu populaciju i imaju jednostavniju strukturu stopa, pa su u celini jednostavniji za uvođenje i sprovođenje.

Postoje dobri argumenti za tezu da je finansiranje zasnovano na oporezivanju bolje za siromašnije stanovništvo.

- Sistemi zasnovani na oporezivanju obično su progresivni (tj. domaćinstva sa višim prihodima obično plaćaju viši procenat svojih prihoda kao porez).
- Siromašni su zaštićeni od finansijskih potresa koji su u vezi sa visokim troškovima zdravstvene zaštite.
- Finansiranje isključivo zasnovano na oporezivanju ne dovodi do troškova za korisnika u trenutku plaćanja, tako da finansijska dostupnost može biti visoka.

Noviji radovi (Witter, 2002) sugerišu da je, uopšteno posmatrano, finansiranje zdravstvene zaštite putem opšteg oporezivanja u zemljama u razvoju blago progresivno, dok je finansiranje putem direktnih poreza (na primer, poreza na dohodak) progresivnije od drugih mehanizama finansiranja. To sugerise da ljudi sa većim prihodima plaćaju veći procenat svojih prihoda kao podršku finansiraju sistema zdravstvene zaštite putem poreza.

4.4 Socijalno osiguranje

Opis

Karakteristike socijalnog osiguranja su sledeće:

- obavezno uključivanje (bar za određene profesionalne grupe),
- doprinosi na osnovu ostvarene zarade,
- pravo na usluge na osnovu doprinosa,
- određeni paket beneficija,
- nezavisni zdravstveni fondovi za upravljanje sredstvima,
- često pripada širem sistemu socijalnog osiguranja (uključujući penzije, naknade za bolovanja i sl.),
- unakrsno subvencionisanje premija.

U načelu, socijalno zdravstveno osiguranje zasniva se na uzajamnoj podršci i podrazumeva prenos sredstava od relativno bogatije, zdravije populacije ka relativno siromašnjoj, bolesnijoj populaciji da bi im se obezbedio odgovarajući paket primarne i sekundarne zdravstvene zaštite.

Kada je pokrivenost socijalnog zdravstvenog osiguranja opšta, onda ne bi trebalo da se javljaju nejednakosti usled razlika u statusu osiguranika i siromašni bi trebalo da imaju istu korist od osiguranja kao i oni bogatiji.

Analiza

- Socijalno zdravstveno osiguranje često funkcioniše uporedo sa drugim programima koje finansira vlada. Ako je u kombinaciji sa drugim fondovima (npr. penzije i sl.) teže je obezbediti održivost zdravstvene komponente.

-
- Ukoliko socijalnim zdravstvenim osiguranjem upravlja nezavisno telo, ono se često takmiči sa ministarstvom zdravlja i umanjuje njegovu ulogu, te su neophodni mehanizmi za koordinaciju kako bi se objedinili zdravstvena politika i planiranje.
 - Podela između korisnika i davaoca zdravstvenih usluga omogućava ugovaranje kojim se obezbeđuju efikasnost i kvalitet, a u tom procesu davaoci usluga mogu imati veću autonomiju.
 - Veća zastupljenost korisnika usluga pomaže u definisanju beneficija i prava.

Kad je samo deo stanovništva obuhvaćen socijalnim zdravstvenim osiguranjem, to će verovatno povećati razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite između siromašnih i bogatih.

Najvažniji zaključci o socijalnom zdravstvenom osiguranju (WHO-SEARA 2003) su sledeći:

- Osiguranje može biti koristan mehanizam za privlačenje resursa za finansiranje zdravstvene zaštite i povećanje efikasnosti i delotvornosti zdravstvene zaštite.
- U nerazvijenim zemljama izuzetno je teško i skupo naplatiti doprinose od velikog broja zaposlenih u sivoj ekonomiji, kao i od velikog broja onih koji se bave poljoprivredom, i mnogi pripadnici tih grupa će imati teškoće sa plaćanjem. To može dovesti do razvoja delimičnog socijalnog osiguranja kojim su obuhvaćene samo neke grupe stanovništva. Opasnost kod ove strategije je to da se sistem nikada ne proširi tako da obuhvata i druge ljude osim zaposlenih.
- Socijalno osiguranje zahteva razvoj velikog broja institucija, sistema i upravljačkih kapaciteta.
- Čvrsto upravljanje, delotvorno ugovaranje i adekvatni mehanizmi za plaćanje davaoca usluga od suštinskog su značaja za uspešnu primenu svih tipova zdravstvenog osiguranja (uključujući i socijalno zdravstveno osiguranje).

4.5 Dobrovoljno društveno osiguranje i druge društvene finansijske inicijative

Opis

Glavna razlika između socijalnog i društvenog osiguranja jeste to što je uključivanje u društveno osiguranje obično dobrovoljno. Shodno tome, programi društvenog osiguranja su često zastupljeni u manjoj meri u odnosu na programe socijalnog osiguranja i orijentisani su na drugu ciljnu grupu (najčešće seosko stanovništvo, radnike na privremenim i povremenim poslovima i samozaposlene). Društveno osiguranje je često dopunski način finansiranja zdravstvenih usluga za stanovništvo koje nije obuhvaćeno sistemom socijalnog osiguranja. Pristupi društvenog osiguranja su veoma različiti, pa je teško izložiti jedinstven model.

Beneficije obično obuhvataju određeni broj konsultacija kod lekara godišnje, a ponekad i lekove sa liste koju osiguranje pokriva (lekovi obično čine najveći deo troškova zdravstvene zaštite, a taj udeo je još i veći kod siromašnih) (Witter 2002).

Analiza

Sa aspekta pravičnosti, društveno osiguranje proširuje pokrivenost uslugama na marginalizovane grupe stanovništva, ali isto tako može produbiti regionalne nejednakosti (Conn i Walford 1998).

Ako je alternativa naplata naknada od korisnika ili neformalno plaćanje (kao što je najčešće slučaj), onda je društveno osiguranje bolje zbog disperzije rizika i objedinjavanja rizika u okviru ograničene grupe. Naravno, nije garantovan pristup uslugama za sve, ali korišćenje usluga će verovatno biti poboljšano.

Pre primene ovog tipa osiguranja, posebnu pažnju treba posvetiti osmišljavanju paketa usluga, određivanju premije za određenu grupu – iznosu koji se naplaćuje, obuhvatu i sl.

4.6 Privatno zdravstveno osiguranje

Opis

Privatno osiguranje je uglavnom ograničeno na određenu grupu koja je na neki način elitna i politički određena. U većini zemalja srednjeg ili nižeg nivoa razvijenosti, ne postoji dovoljna opšta sposobnost za plaćanje privatnog zdravstvenog osiguranja i zato, čak i kada je regulatorno okruženje liberalno, tržište privatnog zdravstvenog osiguranja je često ograničeno.

Analiza

Često se navodi da je privatno zdravstveno osiguranje mehanizam kojim se mogu ograničiti zahtevi grupa sa visokim prihodima za kvalitetnijim zdravstvenim osiguranjem, čime bi se oslobodilo više državnih finansijskih sredstava za siromašnije stanovništvo. Međutim, nije jasno da li se eventualna „oslobođena“ sredstva zaista koriste za finansijsku podršku zdravstvenoj zaštiti siromašnih.

Drugo važno pitanje jeste to da li se oni koji kupe privatno zdravstveno osiguranje oslobađaju obaveze da uplaćuju sredstva u primarni mehanizam finansiranja ili moraju da nastave sa uplatama doprinosa u solidarni fond. Ako se srednjoj klasi dozvoli da se oslobodi primarnog mehanizma finansiranja (kao što je socijalno zdravstveno osiguranje), može doći do poremećaja u subvencionisanju zdravstvene zaštite siromašnih.

Privatno zdravstveno osiguranje koje obuhvata bogatije grupe često dobija znatne državne subvencije, čak i kada vlade neposredno ne subvencionišu privatno zdravstveno osiguranje (Bennet i Gilson 2001).

5 Poželjne karakteristike sistemâ finansiranja zdravstvene zaštite

Iz izloženog se može utvrditi više činilaca koje doprinose pravičnosti i solidarnosti (kao i efikasnosti i dobrom upravljanju) u programima finansiranja zdravstvene zaštite.

Dobra praksa i poželjne karakteristike sistemâ finansiranja zdravstvene zaštite

Veća disperzija troškova zdravstvene zaštite tokom vremena.

Raspodela rizika na veću populaciju (na osnovu realnih projekcija preuzimanja rizika).

Povećanje broja ljudi koji imaju pristup zdravstvenim uslugama u skladu sa potrebama, bez obzira na njihove sposobnosti plaćanja.

Povećanje socijalne solidarnosti među različitim grupama u društvu.

Prebacivanje finansijskog opterećenja sa siromašnijih domaćinstava na bogatija (tj. veća progresivnost putem povezivanja doprinosa i visine prihoda).

Posebna politika orijentisana ka najsiromašnijima – na primer, uvođenje izuzeća za najsiromašnije ili podsticaja da se uključe (manje uplate, i sl.).

Ostvarivanje dovoljnog prihoda da pokrije operativne troškove usluga, uključujući troškove amortizacije i održavanja.

Zaštita od negativne selekcije (postoje li podsticaji za zdravu populaciju da se uključi?).

Zaštita korisnika od moralnog hazarda (da li postoje metodi kojima se sprečava prekomerno korišćenje usluga, npr. plaćanje participacije?).

Zaštita davalaca usluga od moralnog hazarda (da li postoje ograničenja visine novčanih nagrada za zdravstveno osoblje i zdravstvene ustanove?; da li postoji sistem licenciranja novih medicinskih tehnologija?).

Promocija ekonomične zdravstvene zaštite (npr. jačanje primarne zdravstvene zaštite, jačanje mreže upućivanja koja omogućava pristup sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, promovisanje preventivnih mera).

Pružanje usluga koje su privlačne korisnicima (npr. zdravstvena zaštita u slučaju katastrofa, poboljšanje dostupnosti lekova).

Poboljšanje kvaliteta usluga (npr. da li će se sredstva koristiti za prevazilaženje najvećih prepreka, da li će korisnici usluga moći da biraju davaoce usluga, da li će se vršiti kontrola kvaliteta pruženih usluga?).

Dobro upravljanje (odnosno, da li davaoci usluga imaju odgovarajuće veštine i da li su motivisani).

Jednostavno funkcionisanje, za koje su potrebne veštine i tehnologija koje su dostupne u datim uslovima. Da li će operativni troškovi u tom slučaju biti na prihvatljivom nivou (5–10% prihoda)?

Uključivanje korisnika u osmišljavanje sistema zdravstvene zaštite i praćenje njegovog funkcionisanja.

U tabeli 3 dalje u tekstu dat je pregled delotvornosti glavnih mehanizama finansiranja u odnosu na utvrđene kriterijume poželjnih karakteristika i dobre prakse.

Sa aspekta disperzije/objedinjavanja rizika, pristupa, solidarnosti, jednostavnosti i sl., najadekvatniji sistemi za zemlje u tranziciji i srednje razvijene zemlje su sledeći:

- opšte oporezivanje,
- socijalno zdravstveno osiguranje,
- društveno osiguranje.

Najmanje su adekvatni (regresivni, nema disperzije rizika, malo solidarnosti, nema participativnosti i sl.) sledeći:

- direktna plaćanja,
- privatno osiguranje.

6 Važni zaključci o finansiranju solidarnih zdravstvenih sistema povoljnih za siromašno stanovništvo u zemljama u tranziciji

- Država treba da igra važnu ulogu u zaštiti siromašnih finansiranjem usluga zdravstvene zaštite.
- Veoma siromašni nisu u mogućnosti da daju značajniji finansijski doprinos za zdravstvene usluge: ukoliko vlada ne može da obezbedi finansiranje zdravstvene zaštite za njih, a posebno za korišćenje primarne zdravstvene zaštite, bilo putem direktnih plaćanja iz poreskih prihoda ili unakrsnim subvencionisanjem u okviru sistema osiguranja, treba usvojiti alternativne mere solidarnosti.
- Naplata naknada neposredno od korisnika verovatno neće doprineti pravičnosti, niti održivosti sistema zdravstvene zaštite, naročito ako je to glavni izvor finansiranja sistema zdravstvene zaštite.
- S obzirom na znatne probleme vezane za pravičnost sistema privatnog osiguranja i teškoće uspostavljanja delotvornog zakonskog okvira za te usluge, privatno osiguranje ne bi smelo da bude glavni mehanizam finansiranja u zemljama u tranziciji.
- Pristup siromašnije populacije zdravstvenoj zaštiti u nekim zemljama često je ograničen zbog lošijeg kvaliteta usluga, visokih transportnih troškova, dugog čekanja i neodgovarajućeg radnog vremena. Finansijske reforme koje donose unapređenja u tim aspektima kvaliteta po umerenim cenama doneće veće koristi siromašnjima.
- Mehanizmi izuzeća od obaveza potrebni su radi zaštite siromašnih, društveno isključenih i ugroženih.

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Nina Lukić

Menadžer projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Tabela 3: Analiza sistema finansiranja zdravstvene zaštite u odnosu na poželjne karakteristike

Sistem finansiranja	Disperzija rizika	Deobla rizika	Pristup za sve	Pravičnost/ solidarnost	Adekvatnost sredstava	Jednostavnost	Uključivost korisnika	Ostvarenje profita	Progresivnost	Dobrovoljnost
Plaćanje korisnika (direktna plaćanja)	Ne	Ne	Ne	Regresivno	Nedovoljno sredstava za finansiranje zdravstvenog sistema	Odnos troškova i prihoda je često veoma nizak	Ne	Obično usmereno na stvaranje profita	Ne	Ne
Neformalna plaćanja	Ne	Ne	Ne	Regresivno (plaćanje u zavisnosti od bolesti)	Ne	Gotovinske transakcije	Korisnik usluga je u nepovoljnoj situaciji	Dopunjavanje prihoda davaoaca usluga	Ne	Ne
Opšte oporezivane	Da	Da	Da	Da ako je progresivno	Ako privreda raste, obično je moguće	Kada se postavi, u pitanju je ekonomija obična	Ne	Ne	Obično da	Ne
Socijalno osiguranje	Da	Da	Obično povezano sa zaposlenošću	Progresivno ako je povezano sa prihodima	Ako privreda raste, obično je moguće	Može biti složeno	Ne	Ne	Da	Obično ne (ponekad moguće)
Društveno osiguranje	Da	Da	Ne	Da, ako je stopa jedinstvena ili je niska premija	Zavisí od obima i rasta prihoda	Potrebno je da funkcionisanje bude jednostavno	Uključivost korisnika usluga je prioritet	Ne	Ne (ali izuzeće može pomoći siromašnima)	Da
Privatno osiguranje	Da	Ne	Ne	Regresivno i zasnovano na proceni rizika	Orijentisano na sticanje profita	Obično kompleksno sa mnogo uslova	Ne	Da	Ne	Da

Literatura

- Bennett S, Gilson L (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policies*. DFID Health Systems Resource Centre, London
- Conn CP, Walford V (1998). *An introduction to Health Insurance for Low Income Countries*. DFID Health Systems Resource Centre, London
- Jakab M, Krishnan C (2001). *Community Involvement in Health Care Financing: Impact, Strengths and Weaknesses. A Synthesis of the Literature*. World Bank, Washington DC
- WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva.
- WHO-SEARA (2003). *Technical Discussions on Health Insurance*. CCPDM. New Delhi
- WHO (2004). *Health Sector Development Report*. Geneva
- Witter S (2002). *Health financing in developing and transitional countries*. Oxfam GB. York

FINANSIJSKI MENADŽMENT U BOLNICAMA: OBRAČUN TROŠKOVA I UTVRĐIVANJE CENA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Majkl O'Rurk

Majk Iso

1 Uvod

Pri svakoj kupovini i prodaji dobara i usluga, javljaju se tri finansijska pojma: trošak, vrednost i cena. Mora se napraviti pažljiva razlika između ovih termina, jer su oni usko povezani i često se mešaju.

2 Trošak

Trošak je ekonomska vrednost resursa koje organizacija troši kako bi pružila uslugu i odnosi se na resurse kao što su zaposleni, dobavljači i opšti resursi.

Na primer, trošak neke operacije može sadržati sledeće komponente:

- zaradu, bonuse, naknade i doprinose za socijalno osiguranje za zdravstveno osoblje koje neposredno učestvuje u operaciji,
- rashode za naučna istraživanja i obuke,
- lekove, krv, transfuziju, traku, potrošni materijal koji se neposredno koriste za pacijenta,
- rashode za vodu, električnu energiju, telefon i ostalu logistiku,
- rashode za administrativno upravljanje,
- održavanje i opravku opreme i zgrada,
- amortizaciju zgrada i opreme.

Obračun troškova zdravstvenih usluga je složen. Temeljno sagledavanje troškova bolničkih usluga je izuzetno važno i pomaže bolničkom rukovodstvu da nadgleda i procenjuje efektivnost i određuje cenu usluga.

3 Klasifikacija troškova

Postoji nekoliko načina kako se troškovi mogu klasifikovati. Najčešći su opisani u nastavku.

3.1 Direktni i indirektni troškovi

Direktni troškovi su neposredno povezani sa proizvodnjom i uslugama i obično se sastoje od zarada i naknada, lekova i potrošnog materijala. Indirektni troškovi nisu neposredno povezani sa proizvodnjom dobara i usluga, kao što su troškovi opšte uprave i održavanja objekata i opreme.

3.2 Kapitalni i tekući troškovi

Kapitalni troškovi obično nastaju jednom, na početku projekta ili intervencije. Kapitalna sredstva su vrlo značajna (oprema i objekti) i troše se na nešto što se može koristiti jednu ili više godina. Primeri kapitalnih troškova su izgradnja kapitalnih objekata, nabavka osnovnih sredstava (vozila, mašina i opreme) i inicijalne obuke. Tekući troškovi se ponavljaju i nastaju redovno u periodu od jedne ili više godina. Neki primeri tekućih troškova su zarade i naknade, održavanje i opravka opreme, nabavka rezervnih delova, materijala, lekova itd.

3.3 Fiksni troškovi

Na fiksne troškove obično ne utiče obim aktivnosti tokom određene godine. Na primer, klinika sa pet zaposlenih može ostvariti maksimalno 100 kontakata sa pacijentima dnevno. Bilo da klinika primi dva ili 100 pacijenata dnevno, fiskni troškovi (za izgradnju klinike ili nabavku opreme) ostaju manje ili više isti.

Fiksni troškovi, koji se često nazivaju i troškovima perioda, nastaju tokom određenog vremena i u okviru određenih granica i ne menjaju se sa promenom nivoa aktivnosti tokom tog perioda. Oni obuhvataju, na primer, troškove održavanja zgrade, troškove zaduživanja i zarade rukovodstva.

Pružaoци usluga u zdravstvu često će navoditi da je većina njihovih troškova fiksnog karaktera, zbog čega treba da se finansiraju po „**blok ugovoru**” sa kupcem. U **dodatku 1** utvđene su glavne vrste ugovora i ugovaračkih sistema između pružalaca i korisnika usluga u zdravstvu.

3.4 Varijabilni troškovi

Varijabilni troškovi, sa druge strane, variraju u skladu sa obimom pruženih usluga. Na primer, troškovi vate i zavoja potrošenih za pružanje usluge za desetero ljudi biće drugačiji nego za usluživanje pedesetero ljudi.

Varijabilni troškovi obično variraju u direktnoj srazmeri sa promenama nivoa aktivnosti, npr. troškovi lekova ili krvi u odnosu na broj lečenih pacijenata.

Aktivnim kupcima u sistemu zdravstvene zaštite zasnovanom na osiguranju prema obimu aktivnosti više odgovaraju varijabilni troškovi po jedinici aktivnosti, npr. broj tretmana u pojedinoj dijagnostičkoj grupi, kako bi plaćali samo za obim usluga pruženih pacijentima. Ovo je osnova za ugovore „**troškovi po slučaju**” (videti dodatak 1).

Semivarijabilni troškovi: To su troškovi koji će varirati sa različitim nivoom aktivnosti, ali ne u direktnoj srazmeri sa njim. Oni sadrže i fiksne i varijabilne elemente i stoga su samo delimično pod uticajem fluktuacija prema nivou aktivnosti.

Ovim sistemom obračuna troškova, uzima se u obzir da neki troškovi pružalaca usluga ostaju fiksni tokom datog perioda, ali da menadžement može uticati na druge elemente troškova koji će varirati prema različitim nivoima aktivnosti.

Ovaj sistem obračuna troškova je široko prihvaćen između kupaca i pružalaca usluga u zdravstvu u ugovorima „**troškovi i obim**” (videti dodatak 1).

3.5 Marginalni obračun troškova

Ovo je tehnika koja pomaže rukovodstvu u organizacijama za pružanje zdravstvenih usluga da donose odluke o budućim dodatnim aktivnostima. Marginalni troškovi su dodatni troškovi koji će nastati pri proizvodnji dodatne jedinice iznad postojećeg nivoa, na primer, još jedan dijagnostički test iznad uobičajenog broja, ili jedna hirurška intervencija više. Jedini troškovi koji će porasti pri ovim marginalnim odlukama jesu varijabilni troškovi, što omogućava rukovodstvu da proceni posledice odluke o politici cena za različite nivoe aktivnosti.

3.6 Doprinos

Doprinos je razlika između prodajne cene (ili ugovorne cene) po jedinici aktivnosti i marginalnih troškova te jedinice.

Npr.	Prodajna cena	= 3000 dinara
Marginalni troškovi –	direktni rad	1000
	direktni materijal	500
	opšti varijabilni troškovi	<u>500</u> = 2000 dinara
DOPRINOS		<u>= 1000 dinara</u>

Drugim rečima, ova jedinica aktivnosti daje doprinos od 1000 dinara za pokriće fiksnih troškova (i profitabilnosti, ako je reč o privatnom sektoru) organizacije za pružanje zdravstvenih usluga.

4 Odnos fiksnih i varijabilnih troškova u kontekstu prihoda i praga rentabiliteta

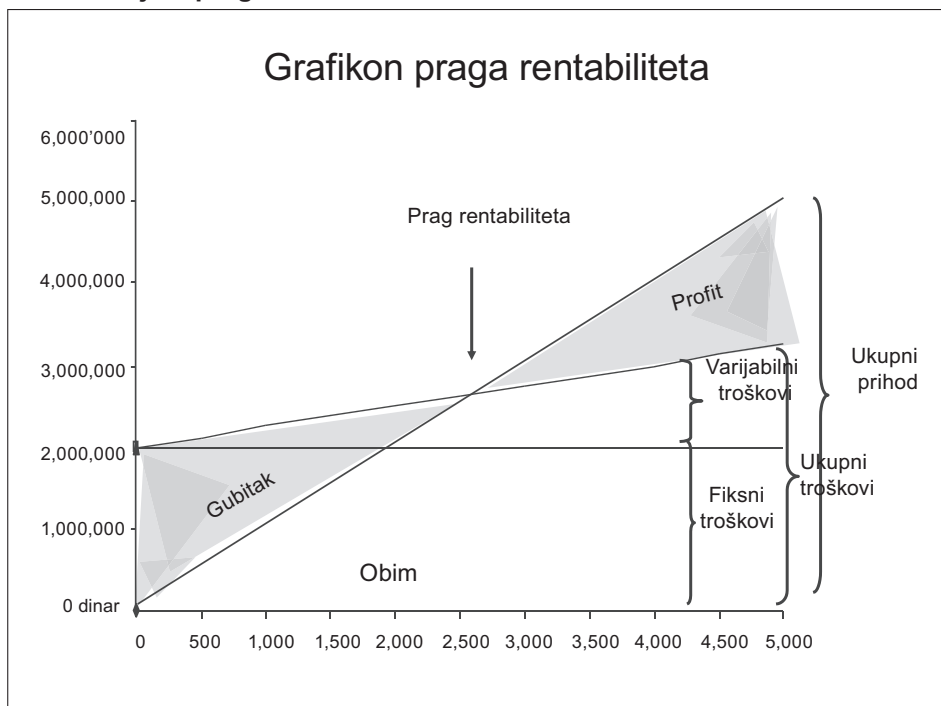
Fiksni i varijabilni troškovi moraju biti obračunati kako bi se dostigao prag rentabiliteta, posle čega svaki dodatni prihod postaje profit.

4.1 Prag rentabiliteta

Analiza praga rentabiliteta može se grafički prikazati kako bi se objasnio efekat ponašanja fiksnih i varijabilnih troškova u odnosu na ukupan ostvareni prihod.

Ako su fiksni troškovi poseta pacijenata bili 2.000.000 dinara, varijabilni troškovi 250 dinara, a ukupan prihod 1000 dinara po poseti, sledeći grafikon ilustruje kako se troškovi ponašaju u odnosu na prihod i kako se može koristiti da bi se izračunao prag rentabiliteta.

Slika 1: Pojam praga rentabiliteta



Ukupni fiksni troškovi od 2.000.000 dinara prikazani su kao horizontalna linija koja seče osu Y pri iznosu od 2.000.000 dinara. Varijabilni troškovi od 250 dinara po poseti mogu biti zaračunati iznad linije fiksnih troškova kao pravolinijska funkcija koja sada predstavlja liniju ukupnih troškova, jer je nacrtana na osnovu linije fiksnih troškova.

Slično tome, ukupni prihodi po jediničnoj ceni od 1000 dinara po poseti mogu da se zaračunaju od nulte tačke; u tački gde ukupni prihodi seku ukupne troškove nalazi se prag rentabiliteta, odnosno broj poseta potreban da bi se pokrili troškovi zdravstvenog centra za ovu uslugu.

Ako se iz ove tačke spusti linija do ose X, to bi iznosilo 2667 poseta. Sa manjim obimom aktivnosti od tog, zdravstveni centar bi ostvarivao gubitak na ovoj usluzi, a iznad tog nivoa bi ostvarivao dobitak kao što je prikazano na osenčenim oblastima na grafikonu.

4.2 Marginalni dobitak

Grafikon praga rentabiliteta koristan je kao ilustrativni metod kojim se objašnjava ponašanje troškova. Za manje vremena i na jednostavniji način može se koristiti jednostavna jednačina poznata kao odnos marginalnog dobitka, kao što je prikazano u sledećem primeru, u kom se koriste isti podaci kao u prethodnom grafikonu.

Jednačina za određivanje tačke praga rentabiliteta je:

Obim aktivnosti pri pragu rentabiliteta = fiksni troškovi/marginalni dobitak po jedinici

Marginalni dobitak = cena usluge po aktivnosti – varijabilni troškovi po aktivnosti

Slika 2: Marginalni dobitak

Izračunavanje obima aktivnosti na pragu rentabiliteta korišćenjem pristupa marginalnog dobitka:

Prihodi po poseti	1000 dinara
Varijabilni troškovi po poseti	250 dinara
Marginalni dobitak po poseti =	750 dinara
Fiksni troškovi	2.000.000 dinara

$\frac{\text{Fiksni troškovi}}{\text{Marginalni dobitak po jedinici}} = \frac{2,000,000}{750} = 2,667 \text{ poseta}$

5 Vrednost

Vrednost predstavlja iznos za koji pacijent ili kupac smatra da usluga toliko vredi — koliko misle da im je bolje kada prime uslugu. Vrednost je subjektivan pojam i nije uvek srazmeran troškovima. Zavisi od brojnih faktora, kao što su kvalitet života i koristi ostvarene kao ishodi. Primera radi, barijatrijska hirurgija za patološku gojaznost je relativno skupa, ali određenom pacijentu može doneti značajnu korist. Rutinska upotreba novih antihipertenzivnih lekova je skupa iako pojedini pacijenti mogu osetiti koristi, jer stvarna klinička korist u poređenju sa drugim sličnim lečenjem često je marginalna.

6 Cena

Cena je iznos koji je pojedincu naplaćen pri kupovini ili pružanju usluga. Cena nekog dobra ili usluge zavisi od mnogih faktora, kao što su troškovi, potreba za takvom uslugom (ponuda i potražnja), prodajne strategije. U zdravstvu, ona takođe zavisi od društvenih ciljeva i odluka vlade.

7 Obračun troškova – metoda „step-down“

Obračun troškova je metodologija koja pomaže u identifikovanju troškova za pružanje definisane jedinice usluga ili proizvoda. Pod jedinicom se podrazumeva pojedinačna usluga ili nekoliko usluga koje se obično grupišu, kao što su apendektomija, laboratorijski test ili porođaj. Kada se utvrde troškovi po jedinici,

oni se mogu koristiti (zajedno sa drugim faktorima koji se uzimaju u obzir) u određivanju cene koja će se naplaćivati za tu jedinicu i sve slične jedinice. Kao što je prethodno opisano, troškovi su ili fiksni ili varijabilni. Troškovi se, takođe, mogu podeliti na osnovu toga da li su direktni ili indirektni. Direktni troškovi se direktno mogu pripisati svakoj pruženoj jedinici usluge i obično uključuju direktne zarade i materijal. Indirektni troškovi se ne mogu neposredno pripisati pruženoj jedinici usluge, nego obuhvataju troškove za održavanje zgrade, komunalnih usluga i opšte uprave, i često se nazivaju opštim troškovima.

Opšti troškovi se mogu pripisati različitim jedinicama usluga primenom računovodstvene metode koja se naziva step-down alokacija troškova ili distribucija opštih troškova. Metodologija step-down je opšti pristup za obračun bolničkih troškova, a u SAD (na primer), ona je obavezna za pripremu izveštaja o troškovima za programe Medicare i Medicaid (dva državna programa za stare i za siromašne).

Osnova metode „step-down“ je to da svi troškovi moraju biti pripisani mestima (centrima) troškova, koja mogu biti pomoćna mesta troškova ili prihodni centri (prihodni centar podrazumeva mogućnost zarađivanja ili privlačenja finansijskih sredstava po ugovoru za svoje usluge). S obzirom na to da troškovi nastaju u svakoj bolnici ili odeljenju u zdravstvenoj ustanovi, svako odeljenje se smatra mestom troškova. Pomoćni centri su mesta troškova koja podržavaju glavne funkcije lečenja u zdravstvenoj organizaciji i obično obuhvataju administraciju, prijavnicu, naplatu, ishranu, finansije, čišćenje, informacioni sistem, održavanje, zavođenje medicinskih kartona, obezbeđenje i slično. Prihodni centri su mesta troškova koja pružaju usluge pacijentima (nezavisno od toga da li su pacijentu stvarno naplaćene usluge), kao što su kliničke jedinice akušerstva, pedijatrije, hirurgije i opšte medicine, kao i laboratorija, radiologija, apoteka i slično. U slučaju centara zdravstvene zaštite, odeljenja i/ili zdravstveni programi mogu predstavljati određene centre.

Bolnica ili zdravstveni centar mogu imati izvesnu fleksibilnost u određivanju kriterijuma koji se koriste u odlučivanju koja odeljenja su pomoćna mesta troškova, a koja su prihodni centar. Da bi odeljenje bilo prihodni centar, mi moramo imati mogućnost da merimo količinu usluga koje koriste različiti pacijenti. Na primer, operaciona sala se može smatrati za prihodni centar. Mi možemo: utvrditi broj i vrstu izvršenih hirurških zahvata, odrediti da li je neki pacijent imao hirurški zahvat ili ne i naplatiti u zavisnosti od toga. Način plaćanja bolnici ili zdravstvenom centru, takođe, ima uticaj na definisanje prihodnog centra. Na primer, ako osiguranje plaća apoteku, rendgen i laboratoriju, onda će ta odeljenja biti prihodni centri.

„Step-down“ alokacija se sastoji iz tri koraka: (1) akumuliranje direktnih troškova za sva mesta troškova, (2) određivanje osnove (ključa) za alokaciju i (3) alokacija opštih troškova. Metod izložen u ovom dokumentu pokazao se vremenom kao vrlo pouzdan, ali postoje i druge metode. Glavna prednost ovog metoda je što raspoređuje indirektne troškove na ostala pomoćna područja pre alokacije na prihodne centre. Ovaj metod je mnogo precizniji u poređenju sa ostalim metodama alokacije.

Korak 1: Akumuliranje direktnih troškova za sva mesta troškova

Metoda „step-down” počinje tako što osiguramo da svi troškovi bolnice ili zdravstvenog centra budu pripisani određenom mestu troškova. Razmotrimo, primera radi, operacionu salu. Direktni troškovi operacione sale (OS) uključuju zarade za redovno osoblje, uključujući i rukovodioce i izvršioce koji rade u OS i uključeni su u budžet OS. Rukovodilac OS, medicinski tehničari u OS i ostali medicinski tehničari, tehničari OS, bolničari, činovnici i sekretari, zajedno sa bonusima, su uključeni. Ostali direktni troškovi uključuju troškove materijala, lekova, seminara za osoblje OS i sve ostale elemente koji su pod direktnom kontrolom odeljenja OS i koji se uobičajeno smatraju njihovim troškovima. U ovom pristupu, svi troškovi nastali direktno u ovom odeljenju smatraju se direktnim troškovima, čak i kada nisu direktno pripisani konkretnom pacijentu. U sledećoj tabeli prikazani su direktni troškovi za nekoliko odabranih mesta troškova.

**Tabela 1: Kumulativni direktni troškovi za sva mesta troškova
(u 000 standardnih jedinica)**

Mesto troška	Zarade	Ostali troškovi zaposlenih	Materijal	Ostali direktni troškovi	Ukupni direktni troškovi
Čišćenje	40.000	12.000	5.000	3.000	60.000
Administracija	50.000	15.000	8.000	7.000	80.000
Restoran	35.000	10.500	25.000	4.500	75.000
Intenzivna nega	350.000	105.000	35.000	10.000	500.000
Operaciona sala (OS)	275.000	82.500	85.000	7.500	450.000
UKUPNO					1.165.000

Korak 2: Utvrđivanje osnove za alokaciju

Sledeći korak je alokacija troškova sa pomoćnih mesta troškova na različite prihodne centre, ali pitanje je po kom ključu. Osnovni princip za alokaciju je sledeći: ako prihodni centar koristi veći deo usluga pomoćnog mesta troškova, onda veći deo troškova tog pomoćnog mesta troškova treba pripisati datom prihodnom centru.

Ako su troškovi sa pomoćnih mesta troškova podjednako distribuirani, nekim prihodnim centrima će biti pripisani viši ili niži troškovi od onih koje zapravo stvaraju. Ako troškovi nisu pravično distribuirani, menadžer bi mogao pogrešno zaključiti da neko odeljenje gubi novac ili bi pacijenti usluženi u jednom odeljenju mogli da dotiraju pacijente uslužene u drugom odeljenju. Kao alternativa, mogu se odrediti kriterijumi za svako pomoćno mesto troškova kao osnova za alokaciju njegovih troškova. U sledećoj tabeli prikazani su neki alternativni kriterijumi za alokaciju troškova za nekoliko reprezentativnih mesta troškova.

Tabela 2: Primeri dva različita kriterijuma za alokaciju

Mesto troška	Dva različita kriterijuma za alokaciju	
Vešernica	Masa (kilogram)	Količina (broj komada)
Čišćenje	Površina (m ²)	Vreme (časovi rada)
Administracija	Akumulirani troškovi	Broj zaposlenih
Kartoteka	Pacijent-dan	Časovi unosa
Restoran	Broj usluženih obroka	Pacijent-dan
Održavanje	Površina (m ²)	Vrednost opreme

Kao što je prikazano, postoje različite osnove za alokaciju troškova. Svaka alternativa će imati određene snage i slabosti, a konačni izbor zavisi od konkretnih uslova. U našoj ilustraciji, osnova za raspodelu troškova je prikazana u sledećoj tabeli. Sada imamo sve potrebne informacije za alokaciju troškova.

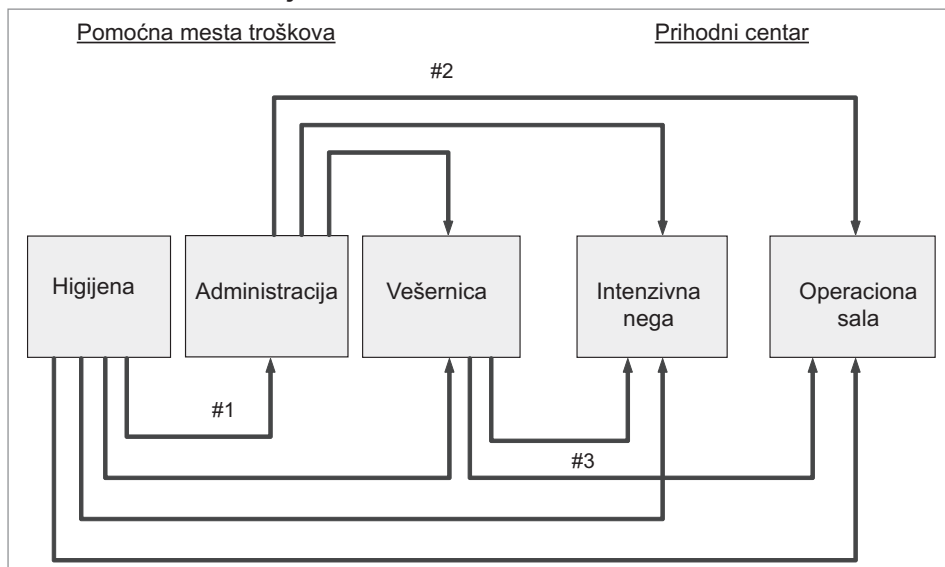
Tabela 3: Određivanje učešća troškova za svako mesto troška

Mesto troška	Direktni troškovi (u 000 standardnih jedinica)	Kriterijum za alokaciju		
		Čišćenje (m ²)	Administracija (broj osoba)	Restoran (broj usluženih obroka)
Pomoćno mesto troška				
Čišćenje	60.000	---	---	---
Administracija	80.000	1.400 = 35%	---	---
Restoran	75.000	1.400 = 35%	10 = 20%	---
Prihodni centar				
Intenzivna nega	500.000	1.000 = 25%	20 = 40%	4.000 = 80%
Operaciona sala	450.000	200 = 5%	20 = 40%	1.000 = 20%
Ukupno	1.165.000	4.000 = 100%	50 = 100%	5.000 = 100%

Korak 3: Alokacija opštih troškova

Poslednji korak u metodi „step-down“ je alokacija troškova sa svih pomoćnih mesta troškova na različite prihodne centre koristeći kriterijume za alokaciju definisane u drugom koraku. Međutim, proces alokacije nije tako jednostavan. Pored usluživanja prihodnih centara, pomoćna mesta troškova uslužuju i druga pomoćna mesta troškova. Na primer, služba za održavanje čisti administrativne objekte i kuhinju, kao i radiologiju i OS. Rešenje je osnova metodologije „step-down“. Korak po korak, svaki centar troškova alocira sve svoje troškove na ostale centre troškova koje uslužuje, kao što je prikazano na sledećoj slici.

Slika 3: Ciklus alokacije troškova



Kada se troškovi u celosti alociraju, mesto troškova se „zatvara”. Kada se jednom zatvori, na mesto troškova se više ne mogu alocirati troškovi sa drugih mesta. Shodno tome, izbor pravog redosleda mesta je značajno i delom je umetnost. Obično se počinje sa centrom koji pruža usluge najvećem broju ostalih centara (na primer, održavanje) i ide se ka ostalim mestima troškova koja pružaju usluge sve užem krugu centara. Konačno, kao što je ilustrovano u sledećoj tabeli, ostaju samo prihodni centri.

Tabela 4: Alocirani troškovi (u 000 standardnih jedinica)

Mesto troška	Direktni troškovi	Čišćenje	Ukupno	Admin.	Ukupno	Ishrana	Ukupno
Pomoćno mesto troška							
Čišćenje	60.000	(60.000)	0	0	0	0	0
Administracija	80.000	21.000	101.000	(101.000)	0		0
Ishrana	75.000	21.000	96.000	20.200	116.200	(116.200)	0
Prihodni centar							
Intenzivna nega	500.000	15.000	515.000	40.400	555.400	92.960	648.360
Operaciona sala	450.000	3.000	453.000	40.400	493.400	23.240	516.640
Ukupni troškovi	1,165 M	0	1.165.000	0	1.165.000	0	1.165.000

8 Obračun nosilaca troškova i politika cena

Kada se svim prihodnim centrima dodele ukupni troškovi koji im pripadaju, korišćenjem step-down distribucije ili nekog drugog metoda, moguće je odrediti koje troškove treba pripisati svakoj jedinici usluge u okviru svakog prihodnog centra. Obračun nosilaca troškova podrazumeva, prvo, identifikaciju jedinica usluga koje odeljenje pruža, a zatim merenje njihovog obima. Svi troškovi u okviru prihodnog centra (direktni i indirektni) zatim se pripisuju jedinicama, na osnovu odgovarajućih kriterijuma. Na primer, troškovi u operacionoj sali mogu se alocirati na svaki hirurški zahvat na osnovu vremena potrebnog za zahvat. U radiologiji, troškovi se mogu alocirati prema broju iskorišćenih rendgenskih filmova. U apoteci, indirektni troškovi mogu se alocirati na osnovu direktnih troškova svakog recepta. Nekada se koriste mnogo razvijeniji sistemi alokacije (nazivaju se sistemi jedinačne vrednosti), u kojima se kombinuju dva ili više faktora, kao što su vreme i materijal. U laboratoriji, na primer, troškovi za svaki test mogu se alocirati na osnovu vremena potrebnog tehničaru, vremena potrebnog patologu i troškova reagenasa i ostalih materijala.

Isto se može uraditi za svaku inicijativu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, zdravstveni program ili mali centar ili jedinicu za primarnu zdravstvenu negu.

Konačni rezultat obračuna nosilaca troškova je trošak po jedinici usluge, koji se može koristiti u određivanju cena. Važno je zapamtiti da politika cena ne sledi nijedno čvrsto pravilo. Cena može biti direktno naplaćena pacijentu, preko nivoa plaćanja zahtevanog od osiguravajuće kompanije ili preko nivoa budžetske podrške o kojoj se pregovara sa vladom. Određivanje cene može se svesti na jednostavno utvrđivanje troškova, dodavanje željene operative marže i naplaćivanje. Međutim, često drugi faktori igraju ulogu u određivanju cena. Socijalna politika se, na primer, često uzima u obzir kada se usluge pružaju besplatno ili sa visokim popustima za novorođenčad, hronične bolesnike ili siromašne. Konkurencija može, takođe, imati uticaj na određivanje cena, na primer, kada obližnja bolnica ili zdravstveni centar pružaju iste usluge po nižoj ceni. Veći klijenti, kao što su vlada ili neko osiguravajuće društvo, mogu uticati na cene propisivanjem ili pregovorima. Rukovodstvo može, takođe, da se odluči za veoma nisku cenu usluge kako bi privuklo pacijente ili za veoma visoku cenu kako bi se smanjila tražnja za često korišćenom uslugom.

Pri utvrđivanju cene, menadžer mora na kraju da razmotri prihode ostvarene za svaku uslugu pojedinačno i za organizaciju u celini. Ako je cena neke usluge preniska da pokrije sve troškove, onda se manjak mora nadoknaditi naplaćivanjem viših cena za druge usluge, uvođenjem nove usluge koja može stvoriti prihode veće od troškova ili smanjenjem troškova pružanja date usluge.

Bolnice su vrlo slične hotelima po strukturi utvrđivanja cena. Hoteli imaju visoke naknade za vanprenoćišne usluge (hrana, piće, telefon, internet, vešernica, usluge masaže itd.). Hoteli jedva da dostižu rentabilitet ili čak gube novac na prenoćištima (zavisno od popunjenosti), ali nadoknađuju gubitak visokim maržama za prateće usluge. Bolnice su slične hotelima po tome što oni često gube novac na bolničkim krevetima, ali gubitak mogu da nadoknade visokim

naknadama za laboratoriju, rendgen, kardiologiju i ostale parakliničke usluge. Kada utvrdite koliki su vam troškovi korišćenjem metode „step-down“ prikazane u ovom modulu, možete odlučiti kako da utvrdite cene svih svojih usluga. U podučavanju, možete koristiti primer utvrđivanja cena u hotelu za razumevanje određivanja troškova i cena bolničkih usluga.

9 Dijagnostički srodne grupe (Diagnosis-Related Groups - DRG) kao mehanizam naplate u ugovaranjima u zdravstvu

9.1 Osnova

Dijagnostički srodne grupe (DRG) postaju sve popularnije na međunarodnom planu kao platni sistem za kupce zdravstvenih usluga (zdravstveno osiguranje) koji zaključuju ugovore sa bolnicama u poslednjih 10 godina. One omogućavaju kupcu da odredi fiksnu cenu za sve slučajeve iz iste dijagnostičke kategorije; kupac određuje visinu naknade prema prosečnim troškovima za svaku DRG, a bolnica – pružalac usluga je zatim slobodna da odlučuje o broju slučajeva koje želi da leči (ugovor je, prema tome, zasnovan na troškovima po slučaju).

9.2 Cilj

Svrha DRG je da se troškovni rizik prebaci na pružaoca usluga, čime pružaoci postaju efikasniji jer se visina naknada zasniva na obimu obavljenog posla u smislu broja pacijenata lečenih u okviru određene dijagnostičke grupe tretmana i plaća se po fiksnoj prosečnoj ceni za svakog pacijenta koji je tretiran, nezavisno od stvarnih bolničkih troškova.

9.3 Metodologija

Cene se izračunavaju korišćenjem sistema troškovnih pondera. Svaka DRG je povezana sa troškovnim ponderom koji odražava upotrebu resursa shodno ozbiljnosti oboljenja i složenosti korišćenih postupaka. Obično se prosečni troškovi svih DRG uzimaju za referentnu vrednost koja se zove bazna naknada.

Primer

Ako je prosečna bazna naknada u Srbiji 20.000 dinara i prosečni troškovi lečenja određenog oboljenja 40.000 dinara, onda će troškovni ponder za tu DRG biti 2,0, pošto su troškovi lečenja tog oboljenja dvostruko viši od prosečnih slučajeva.

DRG za koje je potrošnja resursa ispod prosečne imaće troškovni ponder < 1 , a DRG sa korišćenjem resursa iznad proseka imaće troškovni ponder > 1 .

Na međunarodnom planu, sistemi DRG variraju u pogledu pristupa i visoko su zavisni od razvijenosti i složenosti njihovih informacionih sistema. Neke zemlje imaju manje od 20 DRG, dok druge imaju i do 1000. Da bi mogli da pregovaraju o cenama, kupcima su potrebne informacije o troškovima i miksu slučajeva kojima je pružena usluga; u te svrhe, oni često koriste indeks miksa slučajeva (CMI).

Indeks miksa slučajeva je prosečna mera ozbiljnosti bolesti za sve slučajeve lečene u okviru specijalnosti svakog odeljenja. Odeljenja imaju više od jedne vrste

slučajeva i moraju da ih grupišu u kategorije sa radnim opterećenjem definisanim pomoću broja autputa za svaku vrstu slučaja; CMI se onda izračunava kao prosečni troškovni ponder koji predstavlja taj miks radnih opterećenja.

Ovo se najbolje može objasniti jednostavnom ilustracijom prikazanom u nastavku, gde je korišćeno odeljenje opšte hirurgije (za potrebe metodologije, pretpostavlja se da je samo apendektomija reprezentativna za sve vrste operacija) sa troškovnim ponderom od 1,078 za „normalnu” apendektomiju sa autputom od 100 slučajeva i troškovnim ponderom od 2,375 za komplikovani apendicitis sa autputom od 25 slučajeva, što daje CMI od 1,337 za to odeljenje:

Odeljenje ima više od jedne vrste slučaja,

npr. normalna apendektomija = 1,078,

ali komplikovani apendicitis = 2,375,

prosečan miks slučajeva ... 100 normalnih + 25 komplikovanih,

pa je prosečni ponderisani prosek za odeljenje =

$(1,078 \times 100) + (2,375 \times 25)$ za 125 slučajeva

Prosečan CMI (indeks miksa slučajeva) za odeljenje hirurgije 1,337

Da bi se utvrdili ukupni prihodi bolnice po osnovu ugovora za DRG, CMI svakog odeljenja množi se brojem slučajeva i baznom naknadom kao što je prikazano u sledećoj tabeli (za potrebe ilustracije, pretpostavljamo da je bazni indeks 1,00 = 50.000 dinara).

Odeljenje	CMI	Br. slučajeva	Prihod od DRG pri osnovnom indeksu 1,000 = 50 (000) dinara
(A) Opšta hirurgija	1,3	3000	3.900
(B) Respiratorna medicina	1,1	4000	4.400
(C) Pedijatrijska hirurgija	2,7	1000	2.700
(D) Pedijatrija	1,7	2000	3.400
<u>Ukupan prihod bolnice od DRG =</u>			<u>14.400 (000) dinara</u>

9.4 Problemi sa primenom DRG

- Prikupljanje podataka i potrebe sistema za informacijama su vrlo visoke i podrazumevaju visoke opšte transakcione troškove.
- Praćenje i kontrolisanje evidentiranja podataka takođe nosi veliki teret za kupca/regulatora.
- Opasnost od „skrivanja DRG”, gde bolnice evidentiraju svoj miks slučajeva kao kompleksnije slučajeve sa višim ponderom.
- Kategorizacija pacijenata u specifične grupe može izazvati velike probleme u praksi, jer mnogi pacijenti (posebno oni stariji) imaju raspon bolesti koje

zahtevaju više od jedne specijalističke intervencije. Da bi se uknjižili svi slučajevi DRG, često se dešavalo da pacijent bude otpušten (bespotrebno, dok je još uvek bio pod rizikom) sa jednog specijalističkog lečenja, da bi nakon toga bio opet primljen na drugo specijalističko lečenje nekoliko dana kasnije, kako bi to moglo da se okarakterise kao dva slučaja (po jedan u svakoj DRG).

- Takođe, postoji tendencija fluktuacije cena. Kada se cene u sistemu DRG utvrde na nacionalnom nivou, visine naknada za svaku DRG često ne drže korak sa troškovima u zdravstvu, koji rastu usled inflacije, pa visine naknada zaostaju za inflacijom.

10 Zaključak

Finansijski menadžment se zasniva na dobro poznatim principima računovodstva koji obezbeđuju informacije neophodne za pravilno donošenje odluka. Finansijske faktore je moguće kvantifikovati i oni obezbeđuju element objektivnosti u procesu donošenja odluka. Ipak, postoje mnogi interni i eksterni faktori koji utiču na bolničko okruženje. U donošenju odluka o dugoročnom razvoju organizacije, menadžeri bolnica moraju naučiti da naprave ravnotežu između finansijskih faktora i brojnih društvenih, političkih i ljudskih faktora.

PRIMER

U nastavku je dat primer obračuna troškova metodom „step down“.

<u>Pomoćna mesta troškova:</u>	<u>Direktni troškovi (jedinice)</u>
Vešernica	8 miliona
Obezbeđenje	7 miliona
Održavanje	15 miliona
<u>Klinička mesta troškova</u>	
Akušerstvo	40 miliona
Pedijatrija	60 miliona
Ukupni troškovi	130 miliona

Zadatak:

- Koje mere za alokaciju biste koristili u ova tri pomoćna mesta troškova?
- Procenite procenat alokacije (%) za svako mesto troškova.
- Raspodelite opšte troškove za svako mesto troškova.
- Utvrdite ukupne troškove za svako kliničko mesto troškova.

Predloženi odgovori:

a. Određivanje kriterijuma za alokaciju

Mesto troška	Kriterijum za alokaciju
Vešernica	Masa tkanine (kg)
Obezbeđenje	Površina (m ²)
Održavanje	Vrednost opreme (u milionima novčanih jedinica)

b. Procentualna alokacija za svako odeljenje

Mesto troška	Direktni troškovi	Kriterijum za alokaciju		
		Vešernica (kg)	Obezbeđenje (m2)	Održavanje
Pomoćni centri				
Vešernica	8.000.000	--	--	
Obezbeđenje	7.000.000	50 = 5%	--	--
Održavanje	15.000,000	50 = 5%	700 = 35%	--
Prihodni centri				
Akušerstvo	40.000.000	500 = 50%	800 = 40%	450.000 = 50%
Pedijatrija	60.000.000	400 = 40%	500 = 25%	450.000 = 50%
Ukupno	130.000.000	1.000 = 100%	2.000 = 100%	900.000 = 100%

c & d. Alokacija opštih troškova i utvrđivanje ukupnih troškova za kliničke centre

Mesto troška	Direktni troškovi	Vešernica	Ukupno	Obezbeđenje	Ukupno	Održavanje	Ukupno
Pomoćni centri							
Vešernica	8.000.000	(8.000.000)					
Obezbeđenje	7.000.000	400.000	7.400.000	(7.400.000)			
Održavanje	15.000.000	400.000	15.400.000	2.590.000	17.990.000	(17.990.000)	
Prihodni centri							
Akušerstvo	40.000.000	4.000.000	44.000.000	2.960.000	46.960.000	8.995.000	55.955.000
Pedijatrija	60.000.000	3.200.000	63.200.000	1.850.000	65.050.000	8.995.000	74.045.000
Ukupno	130.000.000						130.000.000

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija
Vođa projekta *Obuka za menadžment* u zdravstvu u Srbiji

Majk Iso

Međunarodni stručnjak za finansije u sistemu zdravstvene zaštite

Vrste ugovora između kupaca i pružalaca usluga u zdravstvu

Blok ugovori

Blok ugovori predstavljaju vrstu ugovora po kom kupac (u Srbiji: RZZO) plaća pružaocu zdravstvene usluge fiksnu sumu za definisanu uslugu ili grupu usluga. To je najjednostavniji oblik ugovora u zdravstvu i često je povezan sa razumnim naknadama za troškove resursa neophodnih za pružanje potrebnog paketa usluga.

Blok ima ograničen iznos i u nekim zemljama, u slučaju manjeg trošenja, ostatak zadržava pružalac usluga kao podsticaj za troškovnu efikasnost. Ipak, u nekim slučajevima manjeg trošenja, ostatak se refundira isplatiocu ili se, češće, za taj iznos umanjuju alokacije za naredne godine.

U slučaju prekomernog trošenja, dodatni trošak snosi pružalac usluge; to se može preneti i finansirati iz sredstava dodeljenih za sledeću godinu.

Transakcioni troškovi ovih ugovora su vrlo niski. Kupac i prodavac uživaju visok stepen sigurnosti, jer se ugovorom lako upravlja, a finansijski rizik je nizak. Cene su zasnovane na aktivnostima prethodne godine i očekuje se da će obim aktivnosti biti sličan obimu u tekućoj godini.

U Velikoj Britaniji, pregovori o godišnjim blokovima često su se vodili u okvirima iznad ili ispod ciljnog nivoa aktivnosti. Ako je učinak pružaoca usluge ispod ciljnog nivoa aktivnosti, finansiranje neće biti smanjeno sve dok je to u okviru prethodno ugovorenih gornjih i donjih granica.

Gornje i donje granice u osnovi znače sledeće: ako pružalac usluga ugovori limit od, recimo, 10% za negativna odstupanja (donja granica) u okviru kojeg se ne zahteva povraćaj finansijskih sredstava, onda kupac neće platiti nikakav dodatni iznos ako dođe do pozitivnih odstupanja do 10% iznad procenjenih nivoa aktivnosti (gornja granica). Ovakav sistem, stoga, ohrabruje pružaoce usluga da odrede realne, ali izazovne ciljeve i da budu sigurni da mogu da ih dostignu. Oni koji nisu dovoljno pouzdani i obazrivi u pogledu potencijalnih negativnih odstupanja biće značajno kažnjeni ako budu imali pozitivna odstupanja. Osim toga, blok ugovori ne pružaju podsticaje za povećanje efikasnosti bilo lečenjem više pacijenata, bilo korišćenjem manje resursa.

Ugovori „troškovi i obim“

Ugovori „troškovi i obim“ su ugovori po kojima je kupac saglasan da plati fiksnu cenu za definisani obim usluga, na primer, za određeni broj pacijenata ili zdravstvenih postupaka.

Ova vrsta ugovora omogućava dodatne podsticaje za upravljanje obimom aktivnosti, jer ako kupac želi dodatnu aktivnost preko definisanog nivoa, može da ponudi dodatno plaćanje, a ako je stvarni nivo usluge ispod definisanog, kupac

može da smanji plaćanja u odgovarajućoj meri. Ta dodatna plaćanja ili odbici se utvrđuju prema nižim stopama marginalnih troškova od prosečnih za čitav obim, s obzirom na to da kupac podrazumeva da postoji određeni nivo fiksnih troškova.

Na primer, ako kupac prihvata prosečne troškove od 20.000 dinara za ugovoreni obim od 1000 operacija katarakti, mogu se dogovoriti da oduzmu/plate dodatne operacije preko ciljanih 1000 po marginalnoj stopi od 10.000 dinara.

Prema ovakvim ugovorima, menadžeri su stimulisani da kontrolišu aktivnosti i da kontrolišu direktne (marginalne) troškove tako da oni budu u okvirima marginalne cene koju plaća kupac.

Pouzdanе informacije o ponašanju troškova ključne su za ovu vrstu ugovora; posebno su važne mere direktnih varijabilnih troškova određenog zahvata.

Stoga je ova vrsta ugovora složenija i u administrativnom smislu skuplje ih je realizovati nego blok ugovore. Međutim, oni obezbeđuju podsticaj za veću efikasnost u pružanju usluga i mogu služiti za pružanje zdravstvenih usluga u definisanim količinama koje odgovaraju zdravstvenim potrebama zajednice.

Ugovori „troškovi po slučaju“

Po ugovorima „troškovi po slučaju“ plaćaju samo pojedinačne jedinice usluge, npr. po operaciji katarakte. Ovakvi ugovori podrazumevaju znatne rizike za pružaoce usluga jer, ako oni nemaju pacijente koji zahtevaju tu konkretnu uslugu, neće primiti nikakvu uplatu od kupca.

Međutim, time se podstiče povećana aktivnost jer, što je pružalac usluga aktivniji, to će dobiti veće uplate; to može dovesti do nepotrebnih aktivnosti ili do potražnje koju stvara pružalac usluge. To će, takođe, biti rizično za kupce koji načelno imaju ograničene iznose finansijskih sredstava.

Ovaj pristup je koristan za usluge malog obima ili za slučajeve kada kupac želi da poveća obim aktivnosti u određenim uslugama.

Međutim, administrativni poslovi praćenja troškova po slučaju su visoki jer se kupcu fakturiše za svakog pojedinačnog pacijenta.

Rečnik pojmova bolničkih finansija

Računovodstveni troškovi	Troškovi koji su obično obuhvaćeni računovodstvenim sistemom, za razliku od implicitnih troškova (kao što su donacije), koji se često ne evidentiraju u računovodstvenom sistemu.
Računovodstvo vremenskih razgraničenja	Pristup za povezivanje troškova resursa sa proizvodnim periodom u kom su upotrebljeni (i, shodno tome, sa proizvodima tog perioda). Nasuprot tome, gotovinsko računovodstvo podrazumeva pripisivanje troškova resursa periodu u kome je nastao izdatak.
ALOS	Prosečna dužina boravka (engl. average length of stay).
Benčmarking	Proces upoređivanja učinka sa učinkom sličnih organizacija. Obično se poredi sa organizacijama koje dobro posluju.
Kapitalni troškovi	Troškovi vezani za zemljište, zgrade i opremu.
Troškovi po bolničkoj pacijentu prilagođeni za miks slučajeva	Ukupni troškovi pružanja bolničke nege, podeljeni sa ukupnim brojem lečenih pacijenata i prilagođeni kako bi se uzela u obzir stvarna kombinacija lečenih pacijenata i razlike u prosečnim troškovima klasa miksa slučajeva.
Obračun kliničkih troškova	Termin koji se često koristi da opiše troškove svih medicinskih usluga na nivou pojedinačnog pacijenta.
Računovodstvo troškova	Računovodstveni metod u kom se troškovi po pacijentu akumuliraju za potrebe obračuna troškova vrsta usluga, poslovno planiranje i menadžersku kontrolu.
Mesto troškova (MT)	Računovodstveni entitet u kom je moguće evidentirati sve troškove povezane sa određenim tipom aktivnosti.
Modeliranje troškova	Popularni izraz za vrstu obračuna proizvodnih troškova kojim se nastoji da se procene prosečni troškovi za klase pacijenata.
Troškovi po bolničkoj pacijentu	Ukupni troškovi pružanja bolničke nege, podeljeni sa ukupnim brojem lečenih pacijenata. Za razliku od troškova po pacijentu prilagođenih za miks slučajeva, miks lečenih pacijenata ne uzima se u obzir.
Odstupanje troškova	Razlika između rashoda predviđenih budžetom i stvarnih rashoda.
Fiksni troškovi	Troškovi koji nisu pod uticajem promene broja pacijenata – troškovi opreme/zgrada itd., za razliku od varijabilnih troškova, koji variraju u skladu sa promenama u obimu poslovanja.
Puni troškovi	Ukupni troškovi pružanja usluge (proizvodnje proizvoda). Sastoje se od direktnih troškova pružanja usluge, zajedno sa pripadajućim delom indirektnih troškova.
Marginalni troškovi	Teorijski troškovi proizvodnje jedne dodatne jedinice outputa. Obuhvataju samo varijabilne troškove.
Zauzeti krevet-dan (OBD)	Izraz koji se koristi za dan boravka pacijenta u bolnici. Jednostavnije se naziva bolnički dan.
Dnevni pacijent	Pacijent primljen u bolnicu koji dolazi i odlazi u istom danu.

Literatura

Gruen R, Howarth A (2005). *Financial Management in Health Services*. Open University Press, Milton Keynes

Zelman W, McCue M, Millikan M, Glick N (2007). *Financial Management of Healthcare Organisations*. Blackwell Publishers, Oxford

FINANSIRANJE BOLNICA: MIKS SLUČAJEVA I AUTPUTI

Don Hindl

Majk Iso

A Uvod i definicije

U ovom radu dat je pregled metoda finansiranja bolnica i izloženi su neki osnovni aspekti obezbeđivanja sredstava na osnovu autputa, kao i najvažniji procesi u računovodstvu za potrebe bolnica. Da bi se pratila diskusija, potrebno je razumeti nekoliko termina. Oni su izloženi u četiri poglavlja u nastavku teksta.

A1 Funkcije: raspolaganje sredstvima (osiguravanje), finansiranje, nabavke i pružanje usluga zdravstvene zaštite

Neophodno je identifikovati pet vrsta funkcija (ili aktivnosti) kada se razmatra finansijski menadžment u oblasti zdravstvene zaštite. One su navedene u daljem tekstu.

- Finansiranje u zdravstvenoj zaštiti odnosi se na procese obezbeđivanja resursa koji će se trošiti na zdravstvenu zaštitu iz izvora kao što su državni porezi, privatna osiguranja i naknade od korisnika.
- Nabavka u zdravstvenoj zaštiti (ili alokacija resursa) znači plaćanje pružiocima usluga zdravstvene zaštite za zdravstvene usluge koje pružaju.
- Pružanje usluga u zdravstvenoj zaštiti znači davanje usluga zdravstvene zaštite svih vrsta (bolničkih i nebolničkih).
- Raspolaganje sredstvima u zdravstvenoj zaštiti obuhvata i finansiranje i alokaciju resursa. Osiguravanje je način raspolaganja sredstvima, jer obično podrazumeva i finansiranje i nabavku.

U daljem tekstu, za gore navedene i druge termine koristiće se podvučeni izrazi.

A2 Agencije: fond (osiguravač/osiguratelj), finansijer, kupac i pružalac usluga

Gore navedene funkcije mogu se povezati sa četiri glavne vrste agencija, navedene u nastavku, u kontekstu finansijskog menadžmenta u zdravstvenoj zaštiti.

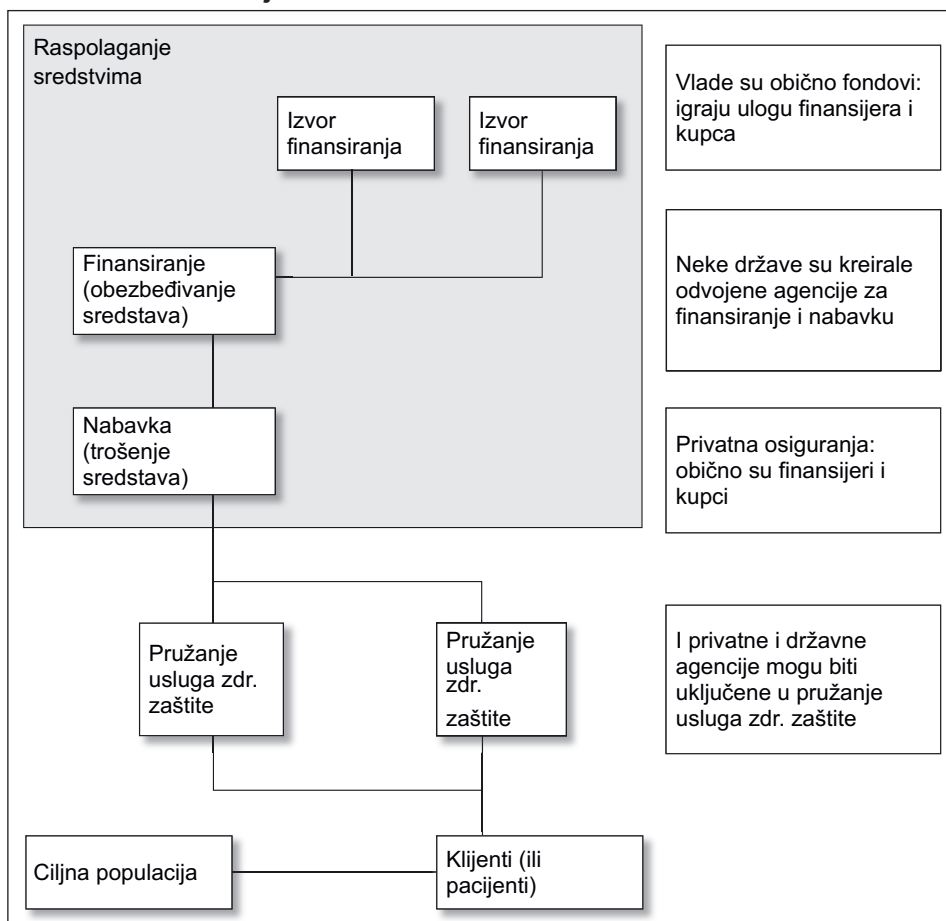
- Fond je odgovoran za finansiranje i nabavku. Kao što je gore navedeno, osiguravač je najčešće i fond.
- Finansijer je odgovoran za finansiranje, a obično i za strateško oblikovanje procesa nabavke i alokacije resursa.
- Kupac je odgovoran za detaljno definisanje svih aspekata i za rutinski tok procesa nabavke (alokacije resursa).

- Pružalac usluga (koji se često naziva i agencija za pružanje usluga ili jedinica za pružanje usluga zdravstvene zaštite) jeste primalac dodeljenih resursa i odgovoran je za pružanje usluga.

Jedna agencija može imati dve ili više uloga. U većini zemalja, privatno zdravstveno osiguranje je obično i finansijer i kupac, ali nema funkciju pružaoca usluga.

U sektoru javnog zdravstva, vlada može imati sve tri uloge, pri čemu mogu postojati različiti nivoi razdvojenosti odgovornosti između zaposlenih. Međutim, u nekim zemljama, vlade su poslednjih godina prešle na preciznije i formalnije razdvajanje odgovornosti za finansiranje, nabavku i pružanje usluga.

Slika 1: Glavne funkcije i agencije u finansijskom menadžmentu u zdravstvenoj zaštiti



A3 Mere učinka: inputi, autputi (proces) i ishodi

Neophodno je identifikovati entitete u sistemu zdravstvene zaštite koji služe kao mera njegovog učinka, ali i kao osnove za alokaciju resursa. Značajana su četiri, koja su navedena u daljem tekstu.

Inputi obuhvataju resurse (najčešće alokaciju novčanih sredstava) koji se stavljaju na raspolaganje pružaocima usluga za potrebe pružanja usluga. Forma inputa najčešće nije od značaja sve dok se mogu meriti na isti način – novčanom vrednošću.

Autputi (takođe se nazivaju proizvodima) su zdravstvene usluge koje su pružaoci usluga zaista izvršili. Obično se posmatraju kao kombinacija prisutnih zdravstvenih problema i adekvatnih intervencija (tretmana, terapija itd.).

Procesi se obično posmatraju kao ekvivalent autputa, iako se prethodni termin koristi za širi spektar okolnosti. Na nivou pružanja usluga zdravstvene zaštite, tipični procesi mogu biti opšteg karaktera, na primer uspostavljanje odnosa sa korisnicima, ili specifičnog karaktera, na primer suplementacija vitamina A. Uzimajući u obzir da većinu procesa od značaja za merenje učinka čine oni procesi kojima je definisana intervencija za prisutni problem, ovaj termin će se u ovom materijalu smatrati sinonimom za autput.

Ishodi su efekti usluga na korisnike zdravstvene zaštite. Drugim rečima, to su mere koje pokazuju koliko je osoba sada zdrava – zbog pružene usluge – u odnosu na to koliko bi bila zdrava bez te usluge. Oni su mnogo korisnija mera od procesa, ali ih je često teže izmeriti.

Granice između mera nisu jasne i one moraju biti kvalifikovane radi preciznosti. Na primer, patolog može pružiti uslugu koja se naziva „patološki test A“ kako bi pomogao nekom doktoru u pružanju druge usluge koja se naziva „dijagnoza i lečenje tipa B“. A i B su proizvodi, ali rezultat testa može se opisati kao input proizvoda B. On se, takođe, može opisati i kao poluproizvod. Ovakva složenost ovde nije od značaja, ali je relevantna na nivou poslovanja.

A4 Potencijalni i stvarni primaoci usluga

Ciljna populacija (ili populacija korisnika usluga) predstavlja skup ljudi koji imaju pravo na usluge koje se mogu dobiti od pružalaca usluga zdravstvene zaštite i koji bi imali koristi od njih. Oni se, takođe, mogu nazvati potencijalnim primaocima usluga. Pacijenti su oni koji stvarno primaju usluge.

B Određivanje visine plaćanja bolnicama

Koliko treba da bude plaćeno pružaocima usluga za svaki tip usluge? Ovo je suštinski važno pitanje, a ipak brojne zemlje koriste loše metode.

Na početku ovog odeljka, dat je opis spektra dostupnih opcija. Potom je opisano pet modela koji se često koriste. Na kraju, izložena su neka mišljenja o načinima koji mogu biti prikladni u budućnosti.

Ovaj materijal orijentisan je ka plaćanju bolnicama. Međutim, isti principi su primenljivi na sve tipove pružalaca usluga zdravstvene zaštite.

B1 Koje proizvode treba kupovati od bolnica?

Postoje brojne mogućnosti za definisanje proizvoda zdravstvene zaštite, posebno bolnica. Klasifikacija može biti jednostavna ili detaljna, zavisno od ciljeva kojima služi.

Jedna krajnost je mogućnost da se odrede samo dve vrste proizvoda: bolnički i ambulantni. Druga krajnost je mogućnost da se odluči da je svaka pojedinačna epizoda nege pacijenata poseban proizvod koji ima svoje troškove i cenu: pacijent 1 je prošle nedelje imao epizodu bolničkog lečenja, a ove nedelje epizodu ambulantnog lečenja i tako dalje.

Dalje, svaka komponenta cele epizode može biti definisana kao zaseban proizvod. Na primer, bolnica može naplaćivati posebno za medicinsku negu pacijenta za prvi dan, za lekove drugi dan. U ovom slučaju, postojali bi milioni različitih vrsta proizvoda.

Ove vrste opcija za kategorizaciju proizvoda prikazane su na slici 2. Mi ćemo razmotriti različite troškove zdravstvene zaštite i na trenutak pretpostaviti da će bolnici biti plaćen iznos približan troškovima nege. Za potrebe ilustracije, novčana jedinica je australijski dolar (\$ AUD), ali sličan relativan efekat dobijamo korišćenjem evra ili srpskog dinara.

Pretpostavimo da je u posmatranom periodu bilo devet epizoda nege pacijenata navedenih na vrhu – od 1 do 9. U drugoj koloni prikazano je očigledno: postojao je samo po jedan proizvod od svake vrste, zato što je svaki pacijent definisan kao jedinstven proizvod.

Ukupni troškovi za svakog od pacijenata prikazani su sa desne strane. Na primer, ukupni troškovi zdravstvene zaštite pacijenta 1 bili su \$608. Takođe su prikazani troškovi komponentata: od ukupnih \$608 za pacijenta 1, \$450 je bilo za negu, \$36 za lekove i tako dalje. Ovde su prikazane samo četiri usluge koje predstavljaju komponente proizvoda. U praksi bi ih moglo biti 20 i više.

Slika 2: Četiri nivoa definisanja bolničkih proizvoda za potrebe naplate

Nivoi 1 i 2		Naknade koje se plaćaju po komponentama usluga za svakog pacijenta ili ukupna naknada za svakog pacijenta				
Proizvod	Količina	Nega \$	Lekovi \$	Snimanje \$	Ostalo \$	Ukupno \$
Pacijent 1 (DRG 1)	1	450	36	0	122	608
Pacijent 2 (DRG 1)	1	755	54	0	145	954
Pacijent 3 (DRG 1)	1	347	50	50	186	633
Pacijent 4 (DRG 2)	1	500	120	150	88	858
Pacijent 5 (DRG 2)	1	350	155	75	77	657
Pacijent 6 (DRG 3)	1	890	400	555	230	2075
Pacijent 7 (DRG 3)	1	1200	375	530	410	2515
Pacijent 8 (vanbolnički)	1	15	5	0	27	47
Pacijent 9 (vanbolnički)	1	10	5	0	30	45
Ukupna naplata						8392

Nivo 3		Naknade po komponentama usluga i ukupne naknade za svaki tip pacijenata				
Proizvod	Količina	Prosečna naplata po slučaju				
		Nega \$	Lekovi \$	Snimanje \$	Ostalo \$	Ukupno \$
DRG 1	3	517	47	17	151	732
DRG 2	2	425	138	113	83	758
DRG 3	2	1045	388	543	320	2295
Vanbolnički pacijent	2	13	5	0	29	46
Ukupna naplata						8392

Nivo 4		Naknade po komponentama usluga i ukupne naknade za svaki tip pacijenata				
Proizvod	Količina	Prosečna naplata po slučaju				
		Nega \$	Lekovi \$	Snimanje \$	Ostalo \$	Ukupno \$
Pacijent u bolnici	7	642	170	194	180	1186
Vanbolnički pacijent	2	13	5	0	29	46
Ukupna naplata						8392

Prva tri pacijenta pripadaju kategoriji koja se naziva DRG 1. Skraćenica DRG znači „dijagnostički srodna grupa“ i klasifikacija DRG se koristi u mnogim zemljama za kategorizaciju kompletnih epizoda zdravstvene zaštite pacijenata na bolničkom lečenju. Obično postoji oko 500 klasa DRG – odnosno različitih vrsta bolničkih pacijenata. Nekoliko DRG prikazano je na slici 3, zajedno sa prosečnim troškovima u Australiji.

**Slika 3: Nekoliko DRG i njihovi prosečni troškovi po slučaju
(u australijskim \$, vrednosti za 2004. godinu)**

Broj i opis DRG		Relativni troškovi (troškovni ponder)	Pro-sečni trošak
005	Transplantacija jetre	37,42	91821
921	Ozbiljne opekotine trećeg stepena sa presađivanjem kože	28,19	69166
006	Transplantacija koštane srži	16,16	39660
023	Kraniotomija sa KK	5,93	14557
024	Kraniotomija bez KK	3,40	8350
411	Amputacija	5,62	13802
404	Zamena kuka sa KK	5,32	13048
405	Zamena kuka bez KK	3,90	9573
236	Implantacija srčanog pejsmekera	4,20	10309
950	Ektensivni operativni zahvat nepovezan sa osnovnom dijagnozom	2,95	7245
148	Kohlearni implant	2,79	6844
173	Cistična fibroza	2,71	6644
842	Paranoja i akutne psihotičke smetnje	1,84	4522
092	Orbitalne procedure	1,77	4340
045	Napadi kod pacijenata starosti 65 godina i više sa KK	1,25	3066
047	Napadi kod pacijenata starosti ispod 65 godina bez KK	0,51	1260
319	Zahvati na ingvinalnoj i femoralnoj herniji kod pacijenata starosti 10 godina i više	1,14	2790
320	Zahvati na herniji osim ingvinalne i femoralne hernije kod pacijenata starosti 10 godina i više	0,96	2351
321	Zahvati na herniji kod pacijenata starosti ispod 10 godina	0,53	1295
674	Vaginalni porođaj bez komplikovanih dijagnoza	0,77	1883
613	Obrezivanje kod pacijenata starosti do 10 godina	0,43	1049
780	Hemoterapija	0,32	773
572	Prijem na dijalizu bubrega	0,25	610

Napominjemo da „KK“ znači „komorbiditeti ili komplikacije“. Za pacijente koji imaju te dodatne probleme, troškovi su obično viši. Na primer, prosečni troškovi za pacijente koji imaju zamenu kuka iznose \$9.573, ali ako imaju KK, troškovi rastu na \$13.048.

Možemo odlučiti da merimo troškove samo na nivou DRG, kao osnove za bolničko fakturisanje i naplatu. U tom slučaju, utvrdili bismo da su prosečni ukupni troškovi po pacijentu za DRG 1 \$608 + \$954 + \$633 podeljeno sa 3, što iznosi \$732. Prosek se na isti način može izračunati za troškove usluga koje predstavljaju komponente proizvoda i za ostale tipove pacijenata (DRG 2, DRG 3 i vanbolničke pacijente).

U donjem delu slike 2 prikazan je još viši nivo agregacije. U tom slučaju, merimo samo prosek za bolničke pacijente (DRG od 1 do 3) i za vanbolničke pacijente. Ukupni troškovi su isti nezavisno od nivoa agregacije.

Koji je nivo agregacije najbolji za potrebe plaćanja bolnicama? Ne postoji jedan odgovor koji je uvek ispravan. Sa stanovišta bolnice, procena troškova za svakog pacijenta pojedinačno, a zatim priprema posebnih faktura zahteva mnogo vremena. Provera i plaćanje svake fakture pojedinačno zahteva i da kupac troši mnogo vremena.

Sa druge strane, bolnica bi mogla da bude zabrinuta zbog naplate prosečnog iznosa za određenu kategoriju kao što su „svi hirurški pacijenti“ AKO ova konkretna bolnica leči komplikovanije hirurške slučajeve nego druge bolnice.

U većini slučajeva, bolje je imati visok nivo agregacije. U diskusiji u nastavku teksta, govorićemo o naknadi „po stavkama“, gde su brojne stavke fakturisane i naplaćene odvojeno (na primer, svaki dijagnostički test i svaki dan boravka u bolnici). Govorićemo i o naplati „po slučaju“, gde je naknada (i plaćanje) objedinjena za celu epizodu zdravstvene zaštite pacijenta – obuhvata sve usluge koje je pacijent primio od prijema do otpusta.

Imajte u vidu da su u praksi mogući i viši nivoi agregacije i da mogu čak biti delotvorniji u pogledu plaćanja. Na primer, može postojati jedna naknada za pretprijemnu, prijemnu i postotpusnu negu. U ovom materijalu nećemo razmatrati ove više nivoe agregacije, ali tu ideju treba razmotriti u budućnosti.

B2 Glavne opcije za plaćanje bolnicama

Postoje brojne mogućnosti, ali je pogodno rezimirati ih na osnovu tri dimenzije, kao što je prikazano na slici 4.

B2.1 Podaci korišćeni u određivanju cena

Pod ovim podrazumevamo podatke koji su najvažniji za određivanje cena. Na slici 4 prikazano je sedam glavnih kategorija podataka.

Slika 4: Glavne opcije za plaćanje bolnicama

Podaci korišćeni u određivanju cene	Proces određivanja cene i stepen limitiranja							
	tržište		pregovaranje		propisivanje		troškovi-plus	
	bez limita	limit	bez limita	limit	bez limita	limit	bez limita	limit
Bolničke naknade po slučaju:								
svaka bolnica	⊗1							
bolnički prosek	⊗1		⊗2					
Bolničke naknade po stavkama:								
svaka bolnica	⊗1							
bolnički prosek	⊗1		⊗2					
Stvarni ukupni troškovi:								
svaka bolnica						⊗5		
bolnički prosek								
Stvarni troškovi po slučaju:								
svaka bolnica								
bolnički prosek						⊗4		
Stvarni troškovi po stavkama:								
svaka bolnica							⊗3	
bolnički prosek								
Troškovi najbolje prakse:								
svaka bolnica								
bolnički prosek								
Standardni troškovi:								
svaka bolnica								
bolnički prosek						⊗6		
⊗ Brojevi se odnose na primere date u odeljku B2.								

Glavni podaci mogu biti bolničke naknade. To obično znači da se koriste evidencije koje pokazuju visinu naknada koje su bolnice naplaćivale u prethodnom periodu.

Podaci o naknadama mogu biti za svaku bolnicu posebno ili proseci za grupu bolnica. Naknade mogu biti za kompletne epizode zdravstvene zaštite bolničkih pacijenata (po slučaju) ili za stavke usluga. Ova ideja je prikazana na slici 5.

Slika 5: Ilustracija podataka o naknadama za kompletnu epizodu zdravstvene zaštite pacijenata i po stavkama usluge

Napлата po slučaju, jul–decembar 2008. (\$)		
Vrsta slučaja	Bolnica A	Sve bolnice
Infekcija gornjeg respiratornog trakta	550	740
Normalan porođaj	1640	1560
Apendektomija	2980	3105

Naknade po stavkama usluga, jul–decembar 2008. (\$)		
Stavka usluge	Bolnica B	Sve bolnice
Dan boravka pacijenta	830	750
Kompletna analiza krvi	57	69
Apendektomija	2800	2970

Sledeća glavna opcija podrazumeva korišćenje stvarnih ukupnih troškova za svaku bolnicu ili prosečnih ukupnih troškova. To znači da iznos potrošen u prethodnom periodu predstavlja osnovu za odlučivanje o cenama koje će se naplaćivati.

Na primer, može se odlučiti da se svakoj bolnici dodeli budžet jednak njenim ukupnim rashodima prethodne godine. Iznos može biti prilagođen na neki način. Uobičajen pristup je to da se naplate za ovu godinu utvrde u iznosu jednakom prošlogodišnjem, uvećanom za iznos koji odražava procenu inflacije.

Još jedna varijanta ovog pristupa jeste korišćenje stvarnih troškova prethodnog perioda, ali na nivou određenih bolničkih proizvoda ili usluga. Ovako bismo mogli da koristimo stvarne troškove po slučaju ili stvarne troškove po stavkama usluga. Te opcije su prikazane na slici 6.

Sledeća opcija podrazumeva to da se cene zasnivaju na podacima o troškovima najbolje prakse. Troškovi najbolje prakse su troškovi koji bi nastali ako bi zdravstvena zaštita bila pružena po najvišim standardima. Obično bi to bili troškovi viši od stvarno nastalih.

Međutim, mogle bi se javiti neke okolnosti u kojima, ako bi zdravstvena zaštita bila pružena pravilno, došlo bi do boljih ishoda, ali i do smanjenja troškova. Na

primer, u stvarne troškove prethodne godine mogu biti uključene nepotrebne usluge (kao što su učestalo ponovno naručivanje dijagnostičkih testova zbog loše komunikacije između hitne službe i nekog bolničkog odeljenja).

Bolnice se obično radije opredeljuju za ideju troškova najbolje prakse. Često se žale na određivanje iznosa plaćanja na osnovu stvarnih naknada ili stvarnih troškova prethodnog perioda jer statistika pokazuje šta se stvarno desilo, ali ne i šta je trebalo da se desi. Ako su bolnice pod finansijskim pritiskom nekoliko godina, njihovi troškovi i naknade su možda preniski. Ti statistički podaci su opasni jer pružena zdravstvena zaštita nije bila adekvatna. Bolnički tim je možda želeo da pruži bolju negu (više postoperativne medicinske nege, obrazovanje pacijenata i porodica, postotpusni pregledi radi utvrđivanja ishoda i tako dalje) ali jednostavno nije imao resurse da to uradi.

Slika 6: Ilustracija naknada za kompletne epizode zdravstvene zaštite u bolnici po slučaju i po stavkama usluga

Procenjeni stvarni prosečni troškovi po slučaju, jul–decembar 2008. (\$)

Vrsta slučaja	Bolnica A	Sve bolnice
Infekcija gornjeg respiratornog trakta	540	680
Normalan porođaj	1800	1500
Apendektomija	2900	3000

Procenjeni stvarni prosečni troškovi po stavkama usluga, jul–decembar 2008. (\$)

Stavka usluga	Bolnica B	Sve bolnice
Dan boravka pacijenta	810	700
Kompletna analiza krvi	65	75
Apendektomija	2700	2800

Finansijeri i kupci često se radije opredeljuju za stvarne prosečne troškove nego za najbolju praksu kao osnovu za određivanje cena usluga. Jedan razlog je očigledan – stvarni troškovi će verovatno biti niži. Manje je očigledno to da se troškovi najbolje prakse mogu osporiti i da u velikoj meri mogu biti nepoznati.

Obe vrste mera su korisne. Razlike između stvarnih troškova i troškova najbolje prakse imaju značajne implikacije za racionisanje i kliničku evaluaciju. Često se raspravljalo o tome koju od ove dve mere treba koristiti, a imalo bi više smisla meriti obe i raditi zajedno kako bi se nosili sa racionisanjem.

Najzad, možemo koristiti podatke o standardnim troškovima. Standardni troškovi su jednostavno troškovi koji bi trebalo da nastanu, uzimajući u obzir sve realne aspekte, uključujući nedovoljne resurse za pružanje nege po standardima najbolje prakse.

Na primer, možemo odlučiti da prosečna dužina boravka u bolnici za normalan porođaj treba da bude tri dana, da obuhvata set dijagnostičkih testova i određeni nivo zdravstvene nege. Ti nivoi potrošnje resursa mogu se zatim koristiti za izračunavanje procenjenih troškova. Standardni troškovi će verovatno biti niži od troškova najbolje prakse, zato što nemamo sredstava za najbolju praksu. Izračunavanje standardnih troškova ilustrovano je kasnije u tekstu.

B2.2 Proces određivanja cene

Druga dimenzija se odnosi na način na koji se podaci koriste za određivanje cena. Postoje tri osnovne opcije: tržišne sile, pregovaranje i propisivanje od strane države. Četvrtu opciju prikazanu na slici 4, troškovi-plus, treba smatrati za metod koji se koristi u kombinaciji sa pregovorima ili sa propisivanjem od strane države.

Metod tržišnih sila je očigledan. To znači da svaka bolnica može da odredi visine svojih naknada i jedini faktor koji ih ograničava jeste mogućnost i želja potrošača da plate. Drugim rečima, visinama naknada upravlja ravnoteža između ponude i tražnje u situaciji gde postoje brojni konkurentski potrošači i brojni konkurentski pružaoci usluga.

Glavna uloga države je da osigura da tržište bude što slobodnije. Tako država može, na primer, da ima agenciju koja sprovodi provere kako bi bila sigurna da se zdravstvena osiguranja nisu udružila da bi stvorila efektivni monopol, ili da bolnice nemaju tajni dogovor o određivanju cena.

Pod pregovaranjem podrazumevamo proces u kom kupci zdravstvene zaštite (kao što su država ili privatne osiguravajuće kompanije) i bolnice pokušavaju da sarađuju u obostranom interesu. U najmanju ruku, kupci i pružaoci usluga pokušavaju da sarađuju u najboljem interesu pacijenata.

Propisane cene su one koje odredi vlada. Drugim rečima, vlada utvrđuje visinu cena i sve bolnice moraju da prihvate te cene. Primer je slučaj kada vlada utvrdi da cena po danu boravka u bolnici ne sme biti viša od \$900, ili da cena analize krvi mora da bude tačno \$120.

Cene po metodi „troškovi-plus“ znači da su cene zasnovane na troškovima proizvodnje uvećanim za neku profitnu stopu. Na primer, državna osiguravajuća kompanija i bolnice mogu imati dogovor da je cena po pacijent-danu u bolnici jednaka procenjenim troškovima plus profitna stopa od 5%.

Drugi primer je slučaj kada država propiše određivanje cena po metodi „troškovi-plus“. Mogla bi svake godine da sprovede istraživanje da proceni prosečne troškove, te da zahteva da cene budu ti troškovi plus (recimo) 10%.

B2.3 Stepen limitiranja

Ova treća dimenzija pokazuje u kojoj meri postoji limit (gornja granica) na ukupna plaćanja koja će bolnica primiti. Po definiciji, limit se određuje unapred: drugim rečima, limitiraju se ukupna plaćanja koja će biti izvršena u predstojećem periodu (na primer, u sledećem mesecu ili čak u sledeće tri godine).

Primer limitiranja je slučaj kada bolnica zna unapred koliko će tačno primiti za čitavu godinu.

■ Zašto bi kupac želeo da ograniči ukupne izdatke?

Ciljevi limitiranja su očigledni. To znači da kupac ne snosi rizik od prekomernog trošenja. Kad ne bi bilo limita, bolnice bi mogle da pruže mnogo više usluga zdravstvene zaštite nego što je očekivano.

Naravno, ovaj pristup znači da je finansijski rizik prenet na bolnice. Ako pruže više usluga nego što je očekivano, imaće prekomerne izdatke. Na primer, budžet je možda utvrđen na 52 miliona dolara na osnovu stvarnih izdataka prethodne godine. Na nesreću, ove godine je došlo do velikog porasta slučajeva sa težim infektivnim bolestima i bolnice zato moraju da leče teže pacijente nego što je bilo očekivano.

■ Zašto bi kupac, pored limitiranja ukupnih izdataka, želeo i da utvrdi obim?

Za kupca je neophodno da limitira ukupne izdatke samo ako je cilj eliminisanje rizika od prekomernih izdataka. Međutim, kupci često imaju i druge ciljeve.

Jedan od njih je da se obezbedi da bolnice rade efikasno. To može biti urađeno utvrđivanjem obima proizvodnje za svaki proizvod. Ako bolnica ne ispuni ciljani obim, plaćanja će joj biti smanjena.

B3 Primeri često korišćenih pristupa

Postoje mnogi pristupi koji se mogu koristiti kako bi se odredile visine naknada za svaku epizodu bolničkih pacijenata, a pet njih treba pomenuti ovde: tržišne sile, stvarne naknade u prethodnim periodima, procene stvarnih troškova, troškovi najbolje prakse i standardni troškovi. Ovi metodi su opisani u nastavku.

B3.1 Primer 1: Naknade zasnovane na cenama, tržišne sile, obim bez gornjeg limita

U mnogim zemljama, uključujući Sjedinjene Države i Nemačku, uobičajeno je da nevladina zdravstvena osiguranja koriste podatke o bolničkim naknadama kao osnovu za plaćanje. Plaćanja su nekada po slučaju, a nekada po stavkama usluga.

Visina naknada se određuje tržišnom konkurencijom. Postoje mnoga osiguranja i brojne različite bolnice.

Ne postoje gornja ograničenja u obimu, usled čega se ne mogu unapred tačno predvideti plaćanja od osiguranja. U tipičnom slučaju, ovaj pristup izgleda ovako:

- Osiguranje poziva bolnice da daju ponude za pružanje usluga zdravstvene zaštite korisnicima osiguranja (osiguranicima) u narednoj godini.
- Bolnice daju ponude, koje se zasnivaju na cenama za koje one smatraju da će biti konkurentne (i koje nisu direktno vezane za troškove pružanja zdravstvene zaštite).
- Bolnice znaju da im, ako su ponuđene cene previsoke, neće biti dodeljen ugovor. Osiguranje će slati svoje korisnike samo u bolnice sa kojima ima ugovor, te će ove bolnice izgubiti posao.

-
- Osiguranje pravi preliminarni izbor nekih bolnica i zatim stupa u pregovore o ceni. Svaka od bolnica može da odluči da ne smanji cene i da stoga izgubi ugovor.
 - Potpisuju se ugovori sa izabranim bolnicama. U ugovorima su navedene „all-inclusive“ cene koje će biti plaćene za svaku vrstu slučaja (na primer, \$4000 za carski rez ili \$2000 za vađenje krajnika).
 - Svaki put kada bolnica leči pacijenta, fakturiše uslugu osiguranju po ugovorenoj ceni.
 - Osiguranje sprovodi razne vrste revizija tokom godine. Najčešća je provera svrishodnosti: drugim rečima, da li je bilo potrebno da lečenje bude sprovedeno u bolnici, da li bi jeftinije lečenje bilo zadovoljavajuće i da li je uopšte bilo potrebno lečenje bilo koje vrste?

Slabosti:

Postoje određeni suštinski problemi sa ovim pristupom koji su dobro dokumentovani. Najvažniji su sledeći:

- Potrošači (bilo pacijenti bilo osiguranja) često nemaju adekvatnu osnovu da procene da li je usluga potrebna ili da li je cena prihvatljiva.
- Potrošači, stoga, snose rizik da kupe uslugu niske vrednosti (ili bez ikakve vrednosti) i da ne mogu da kupe izuzetno korisnu uslugu jer ne mogu ili ne žele da prihvate cene.
- Postoji mogućnost da pružalac usluga stvara potražnju, zbog disbalansa znanja (pružaoci usluga zdravstvene zaštite imaju više znanja od pacijenata).
- Više usluga će biti pruženo bogatijim ljudima, koji mogu da plate više.

B3.2 Primer 2: Plaćanje zasnovano na „uobičajenim i opravdanim“ naknadama

Ovo se nadovezuje na prvi primer, ali pokazuje veoma uobičajen način za pregovaranje o naknadama na konkurentskom tržištu. Ovde je ideja da obrazac tarifa koje su pružaoci zdravstvene zaštite naplaćivali u prethodnom periodu predstavlja primarnu determinantu visine naknada. Naziva se „uobičajenim i opravdanim naknadama“ i može se interpretirati na sledeći način:

- uobičajen: koji je prihvaćen u praksi,
- opravdan: koji većina pružalaca usluga i potrošača smatra prihvatljivim.

Ta dva faktora su povezana. Ako je visina naknade uobičajena, onda je verovatnije da će se smatrati opravdanom. Postoji pretpostavka da, što je duže određena visina naknade u upotrebi, to je verovatnije da će biti opravdana. Navodi se argument da ako visina naknade nije opravdana u početku, postajaće sve više opravdana tokom korišćenja.

Slabosti:

U praksi postoje brojni problemi. Jedan je da naknade nisu uvek opravdane tokom korišćenja. Umesto toga, one prosto postanu šire prihvaćene, posebno ako ne postoji objektivna osnova da se smatra drugačije.

Jednostavan primer neuspeha ovog pristupa je privatna lekarska ordinacija u Sjedinjenim Državama. Pružaoci usluga (lekari) u mogućnosti su da imaju prekomeran uticaj na osnovu svog većeg znanja. Postalo je prihvaćeno da će doktori imati više prihode.

Štaviše, ako su naknade tokom dužeg perioda prekomerno visoke, to će uticati na vrstu usluga koje lekari pružaju. Oni će se navići za pružanje preskupe zdravstvene zaštite. To je opsežno dokumentovano u Sjedinjenim Državama.

Ukratko, uobičajena praksa naplate predstavlja lošu osnovu za određivanje visine naknada. Ona ne može biti pouzdan argument bilo za više ili niže naknade. Ona se često koristi prosto zato što je jednostavnija za analizu nego podaci o bolničkim troškovima.

Srbija nema podatke o naplati kakvi postoje u drugim zemljama i stoga ne može izabrati ovaj pristup samo zato što je pogodan. Jedva da postoje bilo kakvi relevantni podaci o plaćanju i bolnice imaju malo iskustva u izradi i ispostavljanju računa za pojedinačne pacijente.

B3.3 Primer 3: Troškovi po stavkama, cene po metodi „troškovi plus“

Ovde koristimo stvarne troškove usluga po stavkama. Cene se, onda, zasnivaju na stvarnim troškovima uvećanim za dogovorenu profitnu stopu.

Dobar primer je nedavno iskustvo Kine u vezi sa naplatom lekova. Postojao je dogovor između osiguranja i bolnica da se za lekove mogu naplaćivati naknade do 15% više od troškova – drugim rečima, po metodi „troškovi-plus“. Na primer, ako bolnica kupi lek koji košta \$ 500, mogla bi da odredi cenu pacijentima ne višu od \$ 575.

Ovo izgleda kao razumna ideja, posebno za pružaoce zdravstvene zaštite. To garantuje da oni neće snositi gotovo nikakav rizik od finansijskog gubitaka: koju god uslugu da pruže, njihovi prihodi će uvek biti veći od troškova.

Druga prednost se odnosi i na osiguravače i na pružaoce usluga. Ne postoji rizik da će neka usluga biti prekomerno profitabilna ili neprofitabilna u poređenju sa ostalim uslugama. Profitna stopa za sve vrste usluga biće slična.

Slabosti:

U praksi, ovaj pristup nosi ozbiljne rizike, koji mogu biti ilustrovani iskustvom Kine sa lekovima. Došlo je do prekomerne upotrebe lekova, jer nije postojao gornji limit za obim. Bolnicama je garantovan profit do 15% za svaki lek koji propiše.

Došlo je i do postepenog prelaska na skuplje lekove, jer je 15% na skuplji lek više nego 15% na jeftiniji lek – ostvaruje se veći profit u apsolutnom iznosu. Napravljene su dve velike greške: nije bilo obezbeđeno da troškovi lekova budu opravdani i da se lekovi koriste na adekvatan način.

B3.4 Primer 4: Stvarni troškovi po slučaju, propisana i limitirana ukupna plaćanja

Glavne karakteristike ovog pristupa su da se cene zasnivaju na stvarnim troškovima zdravstvene zaštite, ALI su one propisane i ukupna plaćanja su limitirana. Shodno tome, stvarne cene mogu biti znatno različite od stvarnih troškova.

Primer ovog pristupa je metod plaćanja vladine agencije za nabavke državnim bolnicama u Australiji. Stvarni troškovi zdravstvene zaštite koriste se samo da omoguće da vladin limitirani ukupni budžet bude pravično podeljen među pružiocima zdravstvene zaštite. Iz tog razloga, australijski pristup se često naziva modelom budžetske raspodele.

Drugim rečima, podaci o stvarnim troškovima proizvodnje koriste se samo da odrede relativne odnose između visina naknada za različite vrste proizvoda. Oni nemaju direktan efekat na apsolutne iznose naknada: apsolutni iznosi su određeni drugim faktorima. Preciznije, oni su određeni platežnom sposobnošću osiguravača.

Postoji godišnji ciklus određivanja cena za australijske državne bolnice. U glavnim crtama, osnovni koraci su sledeći:

1. Vladin trezor određuje koliko će novca biti dostupno za usluge bolničkog lečenja pacijenata u nastupajućoj finansijskoj godini.
2. Ministarstvo nadležno za zdravstvo zatim mora proceniti ukupan obim epizoda bolničkog lečenja pacijenata, po vrstama pacijenata (klase miksa slučajeva), za koje se može pružiti zdravstvena zaštita u nastupajućoj godini (uzimajući u obzir obim u prethodnim periodima).
3. Ministarstvo nadležno za zdravstvo mora pribaviti podatke koji pokazuju prosečne troškove po pacijentu za svaki od klasa miksa slučajeva (koji se nazivaju troškovni ponderi) iz neke studije sa promenljivim nivoima tačnosti i validnosti.
4. Ministarstvo nadležno za zdravstvo mora izračunati prosečna plaćanja koja može da izvrši po epizodi bolničkog lečenja pacijenata i time utvrditi cene koje će plaćati po vrstama pacijenata (množenjem prosečne cene troškovnim ponderima).

Ovaj proces je u Australiji postao rutinski. Podaci o broju pacijenata svih vrsta mogu se zasnivati na statističkim podacima za prethodne godine, sa prilagođavanjima nakon mišljenja stručnih odbora o mogućim promenama u obimu (na primer, usled promena u potrebama ili medicinskim tehnikama). Svake godine, bolnice dobrovoljno učestvuju u istraživanju o troškovima za svaku vrstu pacijenata da bi se ažurirali troškovni ponderi.

Pojednostavljeni primer ovog procesa prikazan je na slici 7. Ukupni budžet raspoloživ osiguravaču za nabavke usluga bolničkog lečenja pacijenata u nastupajućem periodu (na primer, u godini) iznosi \$500.000.

U koraku 2, napravljena je procena broja epizoda bolničkog lečenja za svaku vrstu pacijenata kojima će biti potrebna zdravstvena zaštita u nastupajućoj godini. Zatim se pravi procena relativnih troškova zdravstvene zaštite za svaku vrstu epizode bolničkog lečenja. U ovom slučaju, prosečni troškovi za slučajeve tipa A su 1,1 puta prosečni troškovi za sve pacijente, dok su prosečni troškovi za slučajeve tipa B samo 0,5. Troškovno-ponderisani broj slučajeva svake vrste se onda može izračunati množenjem procenjenih brojeva sa njihovim relativnim troškovima.

Ovo daje ukupan broj troškovno-ponderisanih slučajeva od 641,2. Ako se budžet podeli ovim brojem, dobijamo prosečan trošak po troškovno-ponderisanom slučaju od \$780.

U koraku 3, iznosi plaćanja za svaku vrstu slučajeva se jednostavno izračunavaju množenjem prosečnih relativnih troškova za tu vrstu prosečnim troškovima po troškovno-ponderisanom slučaju. Na primer, za slučaj tipa A imamo 1,1 pomnoženo sa \$780, što daje \$858.

Slika 7: Određivanje visine naknada sa limitiranim budžetom primenom relativnih odnosa troškova

Korak 1: Utvrditi ukupna plaćanja za nastupajuću godinu

Ukupna raspoloživa sredstva	500.000
-----------------------------	---------

Korak 2: Proceniti obim pacijenata i izračunati prosečno plaćanje po pacijentu

Vrsta bolničkog pacijenta	Procenjeni broj slučajeva u nastupajućem budžet-skom periodu	Relativni troškovi po slučaju (troškovni ponder)	Ponderisani broj slučajeva (broj pacijenata pomnožen troškovnim ponderom)
Slučaj tipa A	17	1,1	18,7
Slučaj tipa B	53	0,5	26,5
Slučaj tipa C	85	3,2	272,0
Slučaj tipa D	180	1,8	324,0
Ukupno slučajeva	335		641,2

Prosečno plaćanje po slučaju	780
------------------------------	-----

Korak 3: izračunati iznos plaćanja za svaki tip bolničkog pacijenta

Vrsta pacijenta	Iznos plaćanja
Slučaj tipa A	858
Slučaj tipa B	390
Slučaj tipa C	2495
Slučaj tipa D	1404

Slabosti:

Ovo je logičan pristup. Ipak, postoje potencijalni problemi. Jedan je da je ukupan budžet premali, te će, stoga, trpeti kvalitet nege. Budžet nije utvrđen na osnovu toga koliko novca bolnice misle da im je potrebno, već na osnovu toga koliko vlada želi da potroši.

Drugi problem je taj što se mora raditi kako bi se procenili relativni troškovi za svaki tip bolničkih pacijenata i kako bi se podaci redovno ažurirali. Kao što je primećeno ranije, Australija u te svrhe ima godišnje istraživanje u bolnicama, a bolnice odlučuju da učestvuju jer im istraživanje pruža uporedne podatke koje mogu iskoristiti da ocene svoj učinak tako što utvđuju za koje vrste pacijenata imaju visoke troškove u odnosu na druge bolnice. U državama kao što su Ujedinjeno Kraljevstvo, Kanada, Francuska i Novi Zeland postoje slični procesi.

B3.5 Primer 5: Stvarni ukupni troškovi, propisana i limitirana ukupna plaćanja

Glavne karakteristike ovog metoda su te da su ukupna plaćanja limitirana i da su plaćanja svakoj bolnici zasnovana na njihovim stvarnim izdacima u prethodnom periodu. Drugim rečima, glavni koraci su sledeći:

1. Osiguranje (ili agencija za nabavku) određuje koliko će novca biti dostupno za bolničke usluge u nastupajućoj finansijskoj godini.
2. Razmatra se da li u nastupajućoj finansijskoj godini treba izmeniti kvalitet ili vrstu usluga u svakoj bolnici.
3. Osiguranje sada raspodeljuje raspoloživa ukupna sredstva između bolnica srazmerno njihovim stvarnim ukupnim izdacima u prethodnoj godini.
4. Prave se manje izmene u udelu svake od bolnica, uzimajući u obzir željene promene u obimu i vrstama usluga utvrđenim u koraku 2.

Stoga je ovo model budžetske raspodele. Preciznije, u njemu se samo koriste stvarni ukupni troškovi za svaku bolnicu. To je ilustrovano na slici 8.

Slika 8: Prikaz modela budžetske raspodele korišćenjem samo ukupnih troškova

Bolnica	2006. (stvarno)		2008. (predloženo)		
	Ukupna potrošnja (mil.)	% ukupne potrošnje	Budžet (mil.)	% budžeta	
A	430	32,55	488	32,55	Dostupni budžet povećan sa 1321 na 1500 mil. (13,55%)
B	766	57,99	870	57,99	
C	125	9,46	142	9,46	
Ukupno	1321	100,00	1500	100,00	Svaka bolnica je dobila isti % povećanja u odnosu na svoje stvarne izdatke 2006.

Nasuprot ovome, u gore opisanom australijskom modelu koriste se stvarni troškovi različitih vrsta usluga zdravstvene zaštite pacijenata. Ovo je važno. To znači da svaka australijska bolnica dobija isti iznos plaćanja za istu vrstu pacijenata, ali se ukupna plaćanja razlikuju jer one imaju različit miks pacijenata.

Slabosti:

Ovaj model je jednostavan za upotrebu, jer je potrebno vrlo malo dodatnih informacija osim ukupnih izdataka svake bolnice. To je možda glavni razlog što se vrlo široko koristi. Ne zahteva da izdaci bolnica budu precizno povezani sa proizvodima (različitim vrstama usluga zdravstvene zaštite), niti je potrebno sastavljati detaljne kliničke izveštaje o pruženoj zdravstvenoj zaštiti i njenim korisnicima.

Postoje mnoge ozbiljne slabosti. Jedna je da, pošto je prihod strogo vezan za izdatke, postoji podsticaj da se troši mnogo više nego što bi bilo mudro. Na primer, pružalac usluga može osetiti potrebu da obezbedi da celokupan godišnji budžet bude potrošen, za slučaj da se eventualni neutrošeni iznos vraća (ili da se na osnovu toga smanjuje iznos dodeljen za sledeću godinu).

S tim je povezan problem da retko postoje značajnije nagrade za mere smanjenja troškova pružalaca zdravstvene zaštite. Načelno, verovatno je da će raspodela resursa zasnovana na inputima biti sutinski nepravedna i za pružaoce i za korisnike zdravstvene zaštite.

B3.6 Primer 6: Standardni troškovi, propisane i limitirane cene

Troškovi najbolje prakse su oni koji nastanu na osnovu pružanja najbolje moguće zdravstvene zaštite, a stvarni troškovi su oni koji su nastali u prethodnom periodu. Postoji treća korisna mera, koja se naziva standardni trošak. Kao što je prikazano na slici 9, standardni troškovi su često negde između ta druga dva – manje od najbolje prakse, ali više od stvarnog proseka.

Slika 9: Primer stvarnih troškova, troškova najbolje prakse i ciljanih troškova zamene kuka

1	Stvarni troškovi po slučaju	15.000	Prošle godine smo potrošili u proseku 150.000 za svaku zamenu kuka
2	Troškovi najbolje prakse po slučaju	21.000	Procenili smo da bi prošle godine zamena kuka u proseku koštala 210.000 da smo pružili najbolju moguću negu
3	Ciljani troškovi po slučaju	15.800	Opravedani troškovi po slučaju su 158.000, uzimajući u obzir željene ishode i budžetska ograničenja

Standardni troškovi su jednostavno troškovi koji bi trebalo da nastanu, uzimajući u obzir sve realne aspekte, uključujući nedovoljne resurse za pružanje nege po standardima najbolje prakse.

Postoji nekoliko varijanti ove ideje, ali sve imaju istu suštinu: osmišljava se metod proizvodnje, a zatim se očekivana upotreba resursa prevodi u troškove proizvodnje. Standardni troškovi mogu se izračunati množenjem količine svake vrste inputa sa najpovoljnijom jediničnom cenom inputa za svaki materijal, rad i opšte resurse, i sabiranjem po tipovima resursa. Postupak izračunavanja jednostavno je prikazan na slici 10.

Slika 10: Prikaz izračunavanja standardnih troškova vakcinacije (\$)

Vrsta inputa	Količina	Jedinični troškovi	Direktni troškovi	Opšti troškovi	Ukupno
Nega	20 minuta	50 po satu	16,7	5,0	21,7
Vakcina	30ml	0,25 po ml	7,5	2,3	9,8
Špric	1	1,25	1,25	0,38	1,63
Ostalo	1	2,00	2,00	0	2,00
Ukupno			27,45	7,68	35,13

Određivanjem predviđene upotrebe resursa po vrsti inputa definišemo i očekivane troškove. To je prihvaćena ideja u brojnim proizvodnim sistemima. Na primer, tako kompanija kao što je Folksvagen (Volkswagen) procenjuje troškove novog modela automobila. U slučaju Folksvagena, dizajneri

- posmatraju očekivane troškove i odlučuju da li je to previše ili premalo, uzimajući u obzir ono što njihovi potrošači očekuju u pogledu cene i kvaliteta,
- ako se cena ili kvalitet smatraju neodgovarajućim, menjaju metod proizvodnje, a time i troškove ili kvalitet,
- obezbeđuju to da konačni dizajn bude izvodljiv u pogledu nivoa obučenosti i tehnologije,
- pružaju to da standardni troškovi budu dobro procenjeni, uzimajući u obzir faktore kao što su učenje zaposlenih i verovatne nivoe poremećaja u proizvodnji (kao što su kvarovi mašina).

Sve ove ideje važe u aktivnostima zdravstvene zaštite, isto kao i u Folksvagenu.

C Osnove računovodstva

C1 Osnovni stručni termini

U kontekstu računovodstva u bolnici, u širokoj upotrebi su brojni termini. Njih većina ljudi relativno dobro razume, te će ovde biti izloženi samo ukratko. Osim toga, postoji više dobrih knjiga u kojima se mogu naći detaljnije informacije.

Računovodstvo i računovodstvene transakcije

Suština računovodstva je lako objašnjiva. Dve strane su saglasne da novac pređe iz ruke u ruku. Računovodstvo podrazumeva evidentiranje iznosa i drugih korisnih podataka kao što su izvori i odredište novca i kada i zašto je novac prešao iz ruke u ruku.

U računovodstvenom kontekstu, transakcija nije ništa drugo nego izveštaj koji opisuje plaćanje ili prijem novca. Računovodstvo podrazumeva evidentiranje i analizu takvih transakcija.

Vrste računa i glavna knjiga

Detaljni podaci o transakcijama treba negde da budu zabeleženi. U praksi, oni se unose u liste (ili tabele podataka) koje se nazivaju računi. Transakcije mogu biti kategorizovane, a konvencija je da se koristi nekoliko različitih vrsta računa u zavisnosti od vrste transakcije.

Postoji nekoliko uobičajenih kategorija. Jedna su obaveze prema dobavljačima i odnosi se na evidencije novca koji dugujemo drugima. Primera radi, bolnica treba da plati farmaceutskoj kompaniji za lekove koje je naručila ili već primila.

Druga su potraživanja od kupaca. To je datoteka (skladište podataka) koja sadrži evidencije o novcu koji se duguje preduzeću (odnosno bolnici, u ovom kontekstu). Na primer, možda postoji druga bolnica koja mora da plati datoj bolnici za opremu ili pružene usluge.

Broj i kombinacija računa će varirati od preduzeća do preduzeća, u zavisnosti od veličine i složenosti finansijskih transakcija. Kompletan set računa koji se koriste u preduzeću se često naziva glavna knjiga.

Upravljačko računovodstvo

Postoje brojni razlozi zbog kojih preduzeće treba da evidentira transakcije. Jedan od razloga je upravljanje poslovanjem. Računovodstvene podatke obično treba agregirati i analizirati, a to nije lak zadatak.

Tokom godina nastao je set računovodstvenih procesa u oblasti analize za potrebe upravljanja. Nije iznenađujuće što se zove upravljačko računovodstvo. Usredsređeno je na metode interpretacije računovodstvenih podataka kao podrška menadžerima, više nego na samo sakupljanje podataka.

Finansijsko računovodstvo

Mnogo tradicionalniji razlog što organizacije uspostavljaju računovodstveni sistem je ono što se u sadašnje vreme naziva finansijsko računovodstvo. Cilj je obezbediti da rezime transakcija prethodnih perioda prikažu finansijski položaj preduzeća.

Na primer, korisno je znati koliko preduzeće vredi na početku i na kraju perioda. Slično tome, korisno je znati i razloge tih promena.

Kontni plan

Kontni plan je samo indeks sa beleškama. U njemu su nabrojani svi računi, objašnjen set vrsta transakcija koje su sadržane u svakom računu i obično je svakom računu dodeljena šifra.

Jednostavan primer je dat na slici 11. Tu je šest računa, od kojih svaki ima računovodstvenu šifru. Radi jednostavnosti, oni su grupisani u dve glavne kategorije: rashodi (odlivi novca) i prihodi (prilivi novca).

U okviru rashoda, nalazi se račun 100, koji se odnose na troškove medicinskog osoblja. Ostali rashodi su 101 – zarade administrativnog osoblja, 105 – zalihe hrane i 106 – zalihe sanitetskog materijala. Postoje i dva računa prihoda: račun 200 – naknade od pacijenata na bolničkom lečenju i 205 – donacije za istraživanja.

U praksi bi veliki i složen sistem poput bolnice imao mnogo više računa. Postojali bi, takođe, precizni opisi sadržaja svakog računa.

U određenim okolnostima bi bilo relativno lako odlučiti gde evidentirati transakciju. Na primer, zarade medicinskih tehničara iz bolničkog odeljenja bi, po svoj prilici, bile uključene u račun kao što su troškovi rada medicinskih tehničara iz bolničkog odeljenja ili troškovi rada medicinskog osoblja.

Sa druge strane, moglo bi biti manje jednostavno odlučiti da li zaradu administrativnog službenika bolničkog odeljenja treba kategorizovati kao (recimo) opšte administrativne troškove ili kao troškove medicinskih evidencija. Slično tome, zarade medicinskih tehničara intenzivne nege bi mogle biti evidentirane kao troškovi medicinskog osoblja ili kao troškovi intenzivne nege.

Štaviše, nazivi i sadržaj računa su često skoro arbitrarni. Međutim, doslednost u razvrstavanju rashoda ili prihoda je izuzetno značajna za delotvorno upravljanje finansijskim sredstvima tokom vremena.

Slika 11: Prikaz strukture kontnog plana

Šifra računa	Naziv računa	Napomene
Rashodi:		
100	Troškovi medicinskog osoblja	Uključuje bolničare i osoblje angažovano preko agencije
101	Troškovi administrativnog osoblja	Uključuje administrativne službenike u bolničkim odeljenjima
105	Zalihe hrane	
106	Zalihe sanitetskog materijala	
Prihodi:		
200	Naknade od pacijenata	
205	Donacije za istraživanja	

Takođe bi moglo biti veoma korisno uporediti finansijske podatke iz različitih jedinica za pružanje zdravstvene zaštite. Međutim, danas postoje određene razlike u detaljima između agencija, što znači da je teško napraviti poređenje.

Glavni problem je to što bolnice koriste istu vrstu strukture računa kao ostala preduzeća izvan zdravstvenog sektora, te je teško napraviti poređenje u vezi sa aspektima specifičnim za zdravstvo, kao što su troškovi lekova i nege.

Bilans stanja

Jedan od ključnih izveštaja o finansijskom položaju preduzeća naziva se bilans stanja. On se odnosi na jedan trenutak u vremenu, obično kraj kalendarskog perioda. Jednostavan primer je dat na slici 12.

Slika 12: Struktura bilansa stanja studenta

U korist studenta (sredstva)	bicikl udžbenici \$250 na bankovnom računu unapred plaćena stanarina
Negativni (obaveze)	neplaćena školarina univerzitetu neotplaćeni bankarski kredit neplaćen račun za električnu energiju

U ovom slučaju, primer se tiče finansijskog položaja studenta. Ako bi ga pitali koliko vredi njegova imovina, mogao bi da izjavi šta poseduje: bicikl, neke udžbenike, \$250 na bankovnom računu i tako dalje. To bi bila njegova sredstva.

U praksi postoje određeni složeni aspekti, ali sredstva su u suštini ono što preduzeće ili pojedinac poseduju, a što može biti predstavljeno u novcu. U ovom

slučaju, bicikl je očigledno sredstvo. Student bi ga mogao prodati ili koristiti da zaradi radeći u dostavi paketa.

Slično tome, studentu ne bi trebalo da bude teško da nabroji svoje obaveze: ono što duguje ostalim ljudima. U tom slučaju, one se sastoje od neplaćene školarine, kredita od banke i neplaćenog računa za električnu energiju.

Iako to nije prikazano na slici 12, student bi mogao da ima obavezu koja se sastoji od zahteva da završi neki posao za koji je on već u celosti plaćen. Posao mora biti obavljen u nekom roku.

Bilans stanja je spisak svih sredstava i svih obaveza preduzeća. Takođe, on pokazuje razliku između njih. Ta razlika predstavlja neto vrednost preduzeća, koja se još naziva sopstveni kapital, vlasništvo ili, čak, neto sredstva ili kapital. Naziv delimično zavisi od prirode preduzeća.

Na slici 13 prikazane su tipične vrste sredstava i obaveza jedne bolnice. Sredstva se sastoje od zemljišta i objekata, potraživanja od kupaca, materijala na zalihama i gotovine. Obaveze obuhvataju obaveze prema dobavljačima. Na primer, one se mogu odnositi na dobra koja su isporučena bolnici, ali za koja plaćanje još nije izvršeno. Čest je slučaj da su dobra primljena (i delom čak iskorišćena) pre nego što se izvrši plaćanje.

Slika 13: Struktura bilansa stanja bolnice

Bilans na dan 30. juna 2006.			
Sredstva:		Obaveze:	
Zemljište i zgrade	200.000	Neplaćeni računi dobavljačima	21.700
Neplaćeni računi pacijenata	15.000	Prekoračenje u banci	1.775
Materijal u magacinu	12.500	Avansne uplate pacijenata	1.966
Gotovina u banci	14.800		

Očigledno, neto vrednost bolnice menja se između dva datuma, što je prvenstveno posledica zarađivanja ili trošenja novca, ili oba. Transakcije koje dovode do rashoda knjiže se na računima koji se nazivaju računima rashoda ili računima izdataka. Kao što je ranije navedeno, obično postoji nekoliko rashodnih računa, što omogućava razlikovanje po vrsti izdataka: zarade, potrošni materijal, oprema i tako dalje.

Transakcije koje povećavaju neto vrednost su uglavnom one koje se pojavljuju u računima prihoda. Oni uključuju plaćanja od pacijenata, plaćanja od drugih bolnica za usluge koje im pružamo i tako dalje.

Bilans uspeha

Razlika između prihoda i rashoda se naziva dobit ili profit. Ako je razlika pozitivna, rezultat bi trebalo da bude povećanje neto vrednosti.

Ovi podaci su od kritičnog značaja. Stoga je uobičajeno da preduzeće sastavlja jedan izveštaj koji sadrži sve prihode i rashode, kao što je prikazano na slici 14.

On se naziva bilans uspeha. Bilans stanja daje pregled finansijskog položaja preduzeća u jednom trenutku u vremenu. Nasuprot tome, bilans uspeha se odnosi na period. U najvećem broju slučajeva, period je cela finansijska godina.

Prvi deo bilansa uspeha sadrži prihode kategorizovane na neki način. Na slici 14, bolnica je imala ukupne prihode za period (cela fiskalna 1995/96. godina) od \$150.000. Takođe je ostvarila prihode u obliku donacija za istraživanja i zaradila je novac putem prikupljanja sredstava.

Sledeći deo bilansa uspeha su rashodi, koji su, takođe, kategorizovani. Oni su prikazani kao negativne vrednosti. Razlika je prikazana na dnu tabele.

U malim preduzećima, svaki red može predstavljati jednu transakciju. U većim preduzećima pojedinačne transakcije se obično grupišu po vrstama: plaćanje za rad medicinskog osoblja, nabavke hrane i tako dalje.

Ukratko, bilans uspeha i bilans stanja su dva najznačajnija izveštaja u većini preduzeća. Oni su proizvod računovodstvenog procesa. Zajedno, oni objašnjavaju kako preduzeće posluje: da li postaje više ili manje bogato i zašto.

Slika 14: Struktura bilansa uspeha

Bilans uspeha za period od 1. jula 2005. do 30. juna 2006.		
Prihodi:		
Naknade od pacijenata	150.000	
Donacije za istraživanja	40.000	
Prihodi od prikupljanja sredstava	10.500	
Rashodi:		
Zarade medicinskog osoblja	- 150.000	
Nabavke hrane	- 15.000	
Amortizacija opreme	- 15.000	
Rezultat	20.500	

Na primer, menadžer bi mogao da primeti da su prihodi rasli tokom prošle godine, ali ne toliko brzo kao što su rasli rashodi. Bilans uspeha bi pokazao menadžeru koji su rashodi najviše porasli; da li je razlog rast zarada, troškovi potrošnog materijala ili nešto drugo.

C2 Upravljanje proizvodnjom: računovodstvo troškova

Računovodstveni postupci su se razvijali kako bi izašli u susret širokom spektru potreba. Oni predstavljaju kompromis i nisu uvek idealni za određene svrhe.

Gotovo uvek su dobri za poreske svrhe. Obično su odgovarajući za vlasnika preduzeća, koji često želi da zna da li je ostvaren profit, a ako nije, da li preduzeće treba da bude prodato. Oni će se obično starati o tome da ne dođe do krađe novca ili dobara, ili bar da zloupotrebe budu otkrivene.

Oni su retko sami po sebi dovoljni da podrže upravljanje proizvodnjom. Odnosno, oni ne pružaju dovoljno informacija menadžerima koji žele da znaju kako da unaprede učinak.

Glavni razlog je očigledan. Suština računovodstva je merenje rashoda po vrsti inputa (kao što je \$5.000 potrošenih na plate i \$3.000 na lekove) i merenje prihoda prema izvoru (kao što je \$200 od prodaje u apoteci ili \$800 primljenih od pacijenta Smita). Međutim, ako menadžer želi da razume proizvodnju, neophodno je povezati rashode i prihode vezane za određeni proizvod. To je dovelo do pojave još jednog oblika računovodstvene prakse, koji se naziva računovodstvo troškova.

To podrazumeva korišćenje istih podataka o transakcijama potrebnih za sastavljanje bilansa uspeha. Međutim, postoje dodaci koji obuhvataju podatke koji povezuju rashode i prihode sa pojedinim procesima proizvodnje i sa pojedinim proizvodima.

Proces uspostavljanja veza se naziva obračun troškova po proizvodima. Glavna ideja je da želimo da izmerimo troškove nekog proizvoda. Računi pokazuju da je (recimo) \$200 potrošeno na zarade medicinskih tehničara. Međutim, oni ne objašnjavaju nužno kako su resursi rada stvarno upotrebljeni. Nije verovatno da će oni pokazati da li su resursi upotrebljeni u odeljenju za hitne intervencije ili u operacionoj sali. Oni sigurno neće biti u mogućnosti da informišu menadžere o pojedinim pacijentima (recimo, gđi Smith ili g. Džonsu) kojima je pružena nega, ili o vrstama pacijenata (recimo, da li su bili normalni porođaji ili carski rezovi).

Računovodstvo troškova je proces kojim se može odgovoriti na ove dodatne potrebe za upravljačkim informacijama. Suština je u praćenju rashoda i prihoda po pojedinim procesima. Znanje o troškovima po pojedinim proizvodima i prihodima, koje su generisali, je od fundamentalnog značaja za proizvodne menadžere.

C3 Računovodstvo vremenskih razgraničenja i gotovinsko računovodstvo

Da bi se troškovi i prihodi pratili po proizvodima, neophodno je koristiti proces poznat kao računovodstvo vremenskih razgraničenja. Ukratko, ono podrazumeva evidentiranje prihoda prema datumu kada je stvarno zarađen, što znači kada je posao obavljen. Slično, ono podrazumeva evidentiranje rashoda prema datumu kada je proizvod napravljen, nezavisno od toga kada je novac zaista isplaćen. To se naziva načelo realizacije.

Uzmimo primer prikazan na slici 15 i pogledajmo levu stranu, gde je naveden nastanak poslovnog događaja. Pretpostavimo da računovođa želi da sastavi račun za jun, a gospođa Smit je lečena tokom juna. Ako bi joj se usluge fakturisale odmah po pružanju usluga zdravstvene zaštite, iznos bi odmah bio dodat računima kao stavka prihoda. To bi se pojavilo kao prihod u junu, čak i kada gđa Smit ne bi platila do jula.

Slično tome, kada bi se za lečenje gđe Smit koristili lekovi, računovođa bi ih evidnetirao kao rashod u junu, čak i da ih je bolnica zaista kupila u okviru velike nabavke za koju je isporuka bila u maju.

Uzgred, treba pomenuti da je materijal sredstvo, sve dok se ne upotrebi. Kada se upotrebi, on postaje rashod. Tako lekovi koji se drže na bolničkim zalihama predstavljaju materijal sve dok se ne povuku sa zaliha i daju pacijentima.

Nasuprot tome, gotovinsko računovodstvo podrazumeva evidentiranje prihoda prema datumu kada je novac zaista primljen i evidentiranje rashoda prema

datumu kada su fakture zaista plaćene. Uzmimo primer gđe Smit, koja je lečena tokom juna. U računima ne bi bilo evidentirano ništa sve dok bolnica stvarno ne primi uplatu od nje. Sa druge strane, lekovi korišćeni u lečenju gđe Smit pojavili bi se kao rashod u periodu u kom su dobavljači stvarno plaćeni (tj. u maju).

Slika 15: Računovodstvo vremenskih razgraničenja i gotovinsko računovodstvo za gđu Smit

Vremenska razgraničenja			Gotovina		
Maj	Jun	Jul	Maj	Jun	Jul
	Faktura za gđu Smit Troškovi lekova		Troškovi lekova		Faktura za gđu Smit

Metod koji se obično koristi u većini preduzeća bliži je računovodstvu vremenskih razgraničenja nego gotovinskom računovodstvu. Postoji nekoliko očiglednih razloga. Najznačajniji je taj što bi bilo izuzetno teško znati da li je proizvodnja efikasna i profitabilna ako preduzeće nije sigurno koliko je potrošeno na proizvodnju proizvoda u određenom mesecu ili koliko je zarađeno.

U nekim zemljama se koristi kombinacija računovodstva vremenskih razgraničenja i gotovinskog računovodstva. Opšti trend je računovodstvo vremenskih razgraničenja, ali je gotovinsko računovodstvo i dalje često iz dva glavna razloga.

Prvo, mnoge agencije (posebno državne agencije) nikada nisu morale da brinu o profitabilnosti. Zapravo, mnoge od njih dobijaju prihode kao opšti budžet na početku godine i nikada nisu morale da naplaćuju svoje usluge po konkurentnim cenama (niti da naplaćuju bilo kakve naknade za neke svoje usluge).

Osim toga, od njih se nije očekivalo da upravljaju svim svojim rashodima. Na primer, one tradicionalno nisu morale da brinu o troškovima nabavke zemljišta ili objekata.

Ukratko, one nikada nisu imale razlog da sastavljaju bilans uspeha niti da upravljaju prihodima i rashodima obuhvaćenim njime. Mnoge državne agencije su jedino morale da se pobrinu za to da prihodi budu jednaki rashodima i taj zadatak je praktično bio jedini element finansijskog menadžmenta koji im je bio potreban.

Situacija se menja. Mnoge agencije iz zdravstvenog sektora moraju da primenjuju računovodstvo vremenskih razgraničenja, a sve će morati da urade isto u naredne dve ili tri godine.

Drugi razlog što se gotovinsko računovodstvo i dalje koristi u mnogim preduzećima jeste to što je lakše. Na primer, nije potrebno dovoditi u vezu trošak nabavke sa periodom korišćenja, već samo zabeležiti kada je faktura plaćena. Ukratko, ako bi se prosudilo da dodatna informativna vrednost računovodstva vremenskih razgraničenja nije potrebna, preduzeće bi obično išlo lakšim putem. Ovo bi verovatno bilo kratkovido i vodilo bi smanjenju kontrole i, usled toga, smanjenju učinka.

C4 Primer razlike u rezultatima računovodstva vremenskih razgraničenja i gotovinskog računovodstva

Postoje određene okolnosti u kojima nastaju gotovo isti rezultati, bez obzira da li se koristi računovodstvo vremenskih razgraničenja ili gotovinsko računovodstvo. Ipak, u određenim okolnostima oni mogu biti vrlo različiti.

Kao primer potencijalnih razlika, razmotrimo slučaj bolnice koja proizvodi samo jednu vrstu zdravstvenog proizvoda, koji se može nazvati postupak X. Pacijenti se primaju, izvede se postupak X, a zatim idu kući.

U ovom trenutku, pretpostavimo da je proizvodni obim malo promenljiv svakog meseca, na nivou od 60 pacijenata. Slika 16 pokazuje podatke za tri meseca: april, maj i jun. Takođe su prikazani rashodi koji nastaju svakog meseca. Pretpostavimo da nema drugih rashoda osim navedenih.

Pretposlednji red pokazuje ukupne rashode u svakom mesecu. Pošto je ukupna proizvodnja poznata, prosečni troškovi po pacijentu se mogu izračunati deljenjem ukupnih troškova brojem postupaka.

Postoji velika razlika u rezultatu kroz tri meseca. Troškovi po slučaju su mnogo viši u maju. Razlog je očigledan i tiče se ciklotrona. To je mašina koja je ključna za obavljanje postupka X. Stara mašina je rashodovana u junu i bolnica je nabavila novu. Kupljena je i tada je plaćeno \$100.000.

Po pravilima gotovinskog računovodstva, rashodi se evidentiraju prema datumu plaćanja fakture. Naravno, značajno je znati kada su računi plaćeni da bi se upravljalo novčanim tokovima (uključujući i stanje na bankovnim računima). Međutim, u pogledu razumevanja procesa proizvodnje, rezultat nema smisla. Menadžer ne bi znao da li u proizvodnji ima problema, jer bi troškovi jednokratne kupovine zamaskirali ostale efekte.

Problem bi bio smanjen ako bi bolnica iznajmila ciklotron za (recimo) \$1.000 mesečno. U tom slučaju, ako bi mesečna rata bila plaćena u maju, rashod bi bio samo \$1.000 umesto \$100.000.

Slika 16: Rashodi za proizvod X

Stavka	April	Maj	Jun
Broj pacijenata	58	61	60
Rashodi:			
rad med. tehničara	53.400	54.119	53.994
ostali rad	36.008	35.992	35.836
potrošni materijal	5.066	3.092	6.077
ciklotron	0	100.000	0
opšti troškovi zgrade	15.993	15.667	16.774
Ukupni rashodi	110.467	208.870	112.681
Prosečni troškovi po pacijentu	\$1.905	\$3.424	\$1.878

Međutim, ovo neće rešiti problem da su u aprilu rashodi jednaki nuli. Po svojoj prilici, bolnice su u to vreme koristile stare mašine. Može se pretpostaviti da troškovi nisu evidentirani jer je stara mašina kupljena pre nekoliko godina i svi rashodi su evidentirani u računima u vreme kada je nabavljena.

C5 Amortizacija

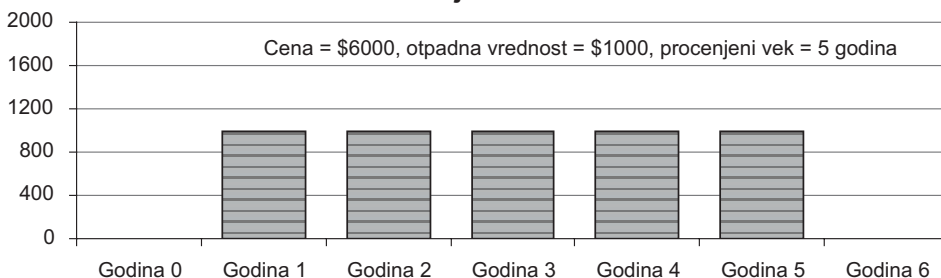
U računovodstvu vremenskih razgraničenja, ovakvi problemi se rešavaju amortizacijom. To je računovodstveno sredstvo kojim se troškovi nekog sredstva raspodeljuju na čitav njegov koristan vek.

U ovom konkretnom slučaju, računovodstvo vremenskih razgraničenja zahteva da bolnica prihvati kupovinu ciklotrona kao rashod, ali da u maju (kada je stavljen u upotrebu) evidentira samo jedan njegov deo. Ostatak će biti distribuiran na naredne mesece, verovatno tokom nekoliko sledećih godina. S obzirom na to da je bolnica amortizovala staru mašinu tokom njenog korisnog veka, deo njenih troškova će se pojaviti u računima u aprilu, koji je poslednji mesec njenog korisnog veka.

Postoji nekoliko mogućnosti za raspoređivanje troškova tokom vremena putem amortizacije. Oni su prikazani na slici 17.

Kod linearne amortizacije, troškovi se alociraju u jednakim iznosima na sve periode od početka do kraja korisnog veka. U ovom primeru, pretpostavimo da su prvobitni troškovi neke opreme \$6.000 i da se koristi tokom pet godina. Ako je ta stavka bezvredna posle pet godina, morala bi se amortizovati za celih \$6000.

Slika 17: Prikaz linearne amortizacije

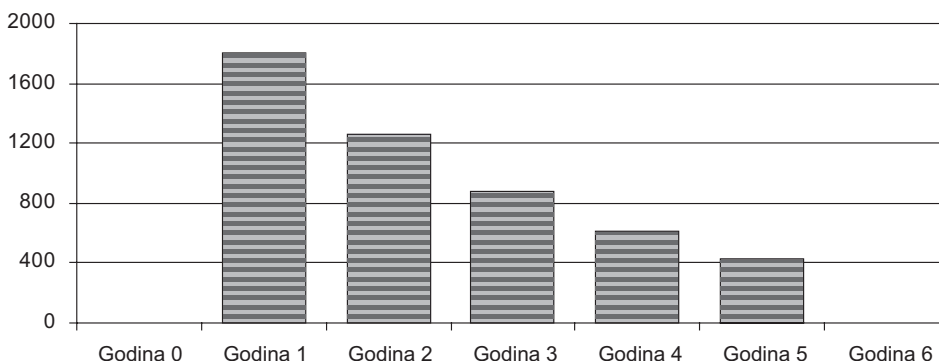


Međutim, u ovom konkretnom primeru, očekuje se da stavka ima preostalu vrednost, amortizacionu, odnosno otpadnu vrednost. To mora biti uzeto u obzir.

Pretpostavimo da je nabavna cena sredstva \$6.000 i da nakon pet godina može biti prodato za \$1.000. Tada bi bilo neophodno rasporediti samo razliku, koja je \$6.000 minus \$1.000, a ne celu nabavnu cenu. Ukupni troškovi od \$5.000 za pet godina iznose \$1.000 godišnje.

Drugi način, prikazan na slici 18, poznat je kao progresivna amortizacija. Tačna formula je prikazana na slici 19. U ovom trenutku, ipak, samo obratite pažnju na glavni efekat: troškovi alocirani na početne godine viši su od troškova alociranih na kasnije godine. Zapravo, najviši iznos amortizacije se javlja u prvoj godini, a iznos se progresivno smanjuje svake naredne godine.

Slika 18: Prikaz progresivne amortizacije



Ovo obično ima smisla, jer većina opreme obično više gubi vrednost u početnim godinama. Na primer, očekivali biste da prodajna vrednost automobila brže pada u prvoj godini nego u svakoj narednoj godini. To je odraz činjenice da je korisnost u njegovim ranijim godinama načelno veća, da radi mnogo efikasnije i tako dalje. Nadalje, troškovi održavanja i popravki će verovatno biti niži dok je on relativno nov.

Sada pogledajte formulu za računanje amortizacione stope, koja je na levoj strani slike 19. Amortizaciona stopa je procenat za koji će vrednost sredstva biti smanjena svake godine. Računa se kao 1 minus n-ti koren otpadne vrednosti podeljen sa nabavnom cenom. Zapamtite, nabavna cena je 6000, a otpadna vrednost 1000.

Slika 19: Kalkulacija progresivne amortizacione stope

Formula :	Godina	Početna vrednost	Amortizacija (30%)	Krajnja vrednost
Stopa = $1 - \sqrt[n]{s / c}$				
	1	6000	1807	4193
gde je	2	4193	1263	2930
n: broj godina	3	2930	882	2048
s: otpadna vrednost	4	2048	617	1431
c: nabavna vrednost	5	1431	431	1000

Ovde je n broj godina tokom kojih sredstvo treba da bude amortizovano. U ovom slučaju, n je 5, što daje stopu od 30%. Svake godine, sredstvo će biti amortizovano za 30%.

Rezultati su prikazani u tabeli na desnoj strani. Uzmimo prvu godinu. Početna vrednost je \$6.000, a 30% je \$1.807. \$6.000 minus \$1.807 je \$4193. Dakle, ono

je vredelo \$6.000 kada je kupljeno, a \$4.193 dolara na kraju prve godine. Razlika su troškovi koji treba da budu raspodeljeni na prvu godinu.

Na početku druge godine, vrednost stavke je \$4.193; 30% od toga je \$1.263, što ostavlja vrednost od \$2.930 na kraju druge godine, i tako dalje. Na kraju pete godine, vrednost sredstva je smanjena na tačno \$1.000, što je jednako procenjenoj otpadnoj vrednosti. Bolnica je na početku imala sredstvo koje vredi \$6.000 i amortizovala ga za ukupno \$5.000.

Ideja amortizacije nije nova u zdravstvu. U nastavku su neka uputstva data državnim bolnicama u Ujedinjenom Kraljevstvu 1950. godine.

- Ako se bolnička imovina ne amortizuje, to je ozbiljna greška. Amortizacija vrednosti zgrada i opreme predstavlja stvarni trošak bolničkih usluga.
- Ne možete porediti bolnice od kojih je jedna instalirala opremu kojom se štedi rad a druga nije, ukoliko ne uzmete u obzir amortizaciju opreme.
- Bolnice ne mogu pravilno da uporede svoj učinak u dva perioda ako su troškovi pripisani samo periodu u kom su sredstva nabavljena.
- Bolnice ne mogu uspešno upravljati svojim sredstvima ako se ne evidentiraju njihovi stvarni troškovi.

Računovodstvo vremenskih razgraničenja je posebno bitno kada je reč o kapitalnim sredstvima; to su stavke koje se koriste u proizvodnji, a čiji se korisni vek proteže tokom više računovodstvenih perioda. Primeri kapitalnih sredstava su zgrade, zemljište i mašine kao što je rendgenska oprema.

Međutim, to u načelu ima smisla. Na primer, slični problemi se mogu naći i kod rashoda vezanih za troškove rada. Jedna od uobičajenih situacija je kada troškovi osiguranja ili penzionisanja zaposlenih nastaju u jednom kratkom periodu tokom finansijske godine. Nema smisla vezati ih za proizvodni period na ovaj način. Bolje je povezati troškove sa nivoom aktivnosti osoblja na koje se odnose troškovi osiguranja ili penzionisanja. Sličan problem sa nastankom poslovnog događaja može se javiti kada postoje regresii u periodu godišnjih odmora.

C6 Rezime

Sušтина задатака finansijskog menadžmenta je definisanje bolničkih proizvoda i merenje njihovih troškova i korisnosti. Mnogi podaci relevantni za troškove rutinski se evidentiraju u računima u jedinicama za pružanje zdravstvene zaštite. Stoga je suštinski bitno znati kako se računi sastavljaju, šta sadrže i kako se mogu upotrebiti. Suština je razumeti glavnu knjigu, kontni plan, bilans stanja i bilans uspeha. Oni su ključ za merenje troškova proizvodnje.

Međutim, ne bi bilo mudro pretpostaviti da su računi sastavljeni tako da pomognu menadžerima da pripišu troškove pojedinim procesima proizvodnje. Računovodstvena praksa bolnica se razvijala tokom velikog broj godina kako bi služila u brojne svrhe.

Ključno za razumevanje troškova proizvoda jeste obezbeđivanje povezivanja i rashoda i prihoda sa periodom u kom su proizvodi zaista proizvedeni. U većini

bolnica, to će značiti da je potrebno izvršiti neka prilagođavanja. To može biti zato što su troškovi resursa koji se koriste u ovom proizvodnom periodu prema računima zapravo pripisani nekom prethodnom periodu. Može se desiti i to da neki računi alocirani na sadašnji period zapravo pripadaju nekom budućem periodu.

Nije neophodno razumeti sve detalje računovodstvene prakse. Morate, ipak, imati dovoljno znanja da dozvolite da troškovi budu potpuno identifikovani i da se mogu tačno pratiti po proizvodima.

Don Hindl

Gostujući profesor, Univerzitet
Novog Južnog Velsa, Sidnej
(tragično preminuo)

Majk Iso

Međunarodni stručnjak za finansije
u sistemu zdravstvene zaštite

Literatura

Gruen R, Howarth A (2005). *Financial Management in Health Services*. Open University Press, Milton Keynes

Zelman W, McCue M, Millikan M, Glick N (2007). *Financial Management of Healthcare Organisations*. Blackwell Publishers, Oxford

OCENA PROJEKATA I ANALIZA DISKONTOVANIH NOVČANIH TOKOVA

Dejvid Elis Dženkins

1 Uvod

Razlika između kapitalnih i tekućih izdataka se suštinski zasniva na vremenu. Tekući izdatak je izdatak, na tekuća dobra i usluge, koji se koristi u tekućoj finansijskoj godini, koja je konvencionalni vremenski period za godišnje budžetiranje i godišnje finansijske izveštaje. Takvi izdaci su, na primer, zarade, tekući troškovi i troškovi finansiranja. Kapitalni izdaci su obično veliki u okvirima godišnjeg obračunskog perioda, ali donose koristi u budućim periodima, koje se odražavaju na finansijske izveštaje za te periode.

U ovom radu se koristi pojam vremena i njegovog uticaja na novčane tokove kao osnova za razvoj jakog okvira za procenu investicija u javnom sektoru. Radi boljeg razumevanja materije, dato je više detaljnih primera.

2 Tehnike procene investicija zasnovane na diskontovanim novčanim tokovima

Ciljevi modela procene investicija zasnovanog na diskontovanim novčanim tokovima jesu procena neto finansijske koristi od određenog projekta i poređenje projekata sa finansijskog aspekta na osnovu informacija.

Model uzima u obzir to da kada organizacija izdvoji novčana sredstva za investiciju, mora nečega da se odrekne u sadašnjosti. Na primer, ako organ nadležan za zdravstvo odluči da izgradi novu bolnicu, za to će biti potrebna finansijska sredstva, što će dovesti do žrtvovanja sadašnje potrošnje u zamenu za buduće koristi.

Tehnike diskontovanih novčanih tokova zasnovane su na pojmu **vremenske vrednosti novca**, koji počiva na stanovištu da jedan dinar koji imate sada vredi više nego što će vredeti u budućnosti iz sledećih razloga:

1. Sklonost ka trošenju. Pojedinci, uopšteno posmatrano, više vole da imaju dinar danas nego dinar za pet godina. Formalnije rečeno, korisnost jednog dinara danas je veća nego korisnost jednog dinara primljenog kroz pet godina. Pojedinci su skloni nestrpljenju u trošenju i moraju imati adekvatnu nagradu da bi počeli sa štednjom. Kurs razmene između izvesne buduće potrošnje i izvesne sadašnje potrošnje je predstavljen kamatnom stopom.

2. Neizvesnost. Obećanje da ćete primiti određenu sumu novca nekoliko godina od sadašnjeg trenutka podrazumeva element rizika. Na primer, sa aspekta zajmodavca, iznos koji će biti vraćen može biti manji od očekivanog ili se može desiti kašnjenje u otplati godišnjih kamata ili otplati zajma. Shodno ovome,

dolazi do tendencije povećanja kamatne stope potrebne da bi se zajmodavcu obezbedila nadoknada.

3. *Vremenske preferencije.* Iz navedenog sledi to da što je duži vremenski period, veći su rizik i neizvesnost. Načelno posmatrano, rizičnije je dati kredit na deset godina nego na godinu dana.

4. *Izgubljena kamata.* Ako je 1.000 dinara vezano u projektu u periodu od godinu dana, organizacija ne može da investira ta sredstva u druge svrhe. Zato se kaže da korišćenje sredstava ima oportunitetne troškove, koji se izražavaju kamatnom stopom.

Model, dakle, uzima u obzir to da korišćenje sredstava podrazumeva oportunitetni trošak time što se kamatna stopa koristi za **diskontovanje** budućih novčanih tokova. Ako je, primera radi, pojedincu ponuđeno 100 dinara danas ili 100 dinara za godinu dana, racionalan investitor će prihvatiti 100 dinara danas, jer će moći da ih uloži i da dobije više od 100 dinara za godinu dana, što je rezultat kamatne stope. Na primer, ako je kamatna stopa 10%, a suma ponuđena za godinu dana iznosi 110 dinara, onda bi investitoru trebalo da bude svejedno koju će od te dve sume odabrati.

Ako je kamatna stopa 8%, a ponuđena suma za period od godinu dana ostane 110 dinara, racionalan investitor će radije sačekati, jer će 100 dinara za godinu dana narasti na svega 108 dinara. Takođe, ako je kamatna stopa 8%, 110 dinara vredi isto kao 101,86 dinara danas, jer će 101,86 dinara narasti na tačno 110 dinara za godinu dana. Suma od 101,86 dinara je **sadašnja vrednost** sume od 110 dinara za godinu dana **diskontovanih** po stopi od 8%.

Postupkom ukamaćivanja obračunava se buduća vrednost novčanih tokova po odgovarajućoj kamatnoj stopi. Diskontovanje je obrnuti proces kojim se obračunava sadašnja vrednost budućih novčanih tokova.

3 Vremenski raspored i priroda novčanih tokova

U obračunu diskontovanih novčanih tokova, naglasak je na novčanim tokovima. U toj tehnici nema mesta za računovodstvene pojmove kao što su amortizacija i profit. Oni su isključeni iz ovog pristupa jer predstavljaju knjigovodstvene transakcije i ne odražavaju novčane tokove. Na primer, amortizacija je računovodstveni metod koji se koristi za raspodelu kapitalnih troškova sredstava na uzastopne obračunske periode tokom korisnog veka određenog sredstva, te, stoga, taj knjigovodstveni pojam nema veze sa novčanim tokovima. Novčani tokovi predstavljaju početne troškove nabavke sredstva i eventualnu preostalu vrednost na kraju korisnog veka datog sredstva. Novčani tokovi su značajni jer gotovina odražava sposobnost organizacije da pribavlja sredstva, kao što su usluge zaposlenih, iznajmljivanje prostorija i slično.

Novčani tokovi koje koristimo treba da budu inkrementalni, odnosno treba da budu oni novčani tokovi koji su direktan proizvod prihvatanja određenog predloga. Iz toga sledi da ne treba uračunati sredstva koja su već investirana u projekat u vreme kada je potrebno doneti odluku (kao što su troškovi pripremanja detaljnih

planova). Operativni troškovi za koje se procenjuje da se mogu uštedeti, na primer instaliranjem nove opreme treba u analizi tretirati kao ekvivalent novčanih priliva.

Prema konvenciji, pretpostavlja se da novčani tokovi nastaju samo na početku ili na kraju godine. Na primer, pretpostavlja se da će kapitalni izdatak nastati na početku godine, a da će tekući troškovi nastati na kraju te godine. Jasno je da je ovo nerealno, uzimajući u obzir prirodu projekata i, iako je moguće prevazići ove nedostatke složenijim analizama, u većini slučajeva pretpostavka o kraju godine neće rezultate analize učiniti nevalidnim.

4 Procena projekata metodom neto sadašnje vrednosti (NSV)

Metodom NSV posmatraju se neto **novčani tokovi** projekta. Novčane tokove treba prilagoditi kako bi se uzela u obzir vremenska vrednost novca. Odgovarajuća kamatna stopa za organizacije javnog sektora zavisice od njihovog tačnog odnosa sa institucijama vlasti na centralnom nivou.

Ako je organizaciji javnog sektora dozvoljeno da se samostalno finansira, onda će se koristiti prosečna cena finansiranja, jer je to oportunitetni trošak investiranja u projekat. Sa druge strane, ako centralna vlast obezbeđuje organizaciji sav kapital, onda je vrlo verovatno da će odrediti odgovarajuću kamatnu stopu koja će se koristiti u proceni projekata metodom neto sadašnje vrednosti.

Formule za izračunavanje BV (buduće vrednosti) i SV (sadašnje vrednosti)

U sledećim formulama,

r = godišnja kamatna stopa; n = broj godina; SV = sadašnja vrednost; BV = buduća vrednost

$$BV = SV (1+r)^n$$

U ovoj formuli, za izračunavanje buduće vrednosti koriste se godišnja kamatna stopa i broj godina. Na primer, ako je kamatna stopa 8% i investiramo jedan dinar na period od dve godine, buduća vrednost = $1(1+0,08)^2 = 1,1664$ din. Ako je investirano 100 dinara, buduća vrednost = $100(1+0,08)^2 = 116,64$ dinara.

$$SV = \frac{BV}{(1 + r)^n}$$

U ovoj formuli, za izračunavanje sadašnje vrednosti koriste se godišnja kamatna stopa i broj godina. Na primer, ako je kamatna stopa 8% i 1 dinar treba da se dobije za dve godine, sadašnja vrednost je $1/(1+0,08)^2 = 1/1,1664 = 0,8573$ dinara. Ako je buduća vrednost 100 dinara, sadašnja vrednost je $100/(1+0,08)^2 = 100/1,1664 = 85,73$ dinara.

Primer

Investira se 1 dinar uz kamatnu stopu od 10%:

Broj godina	Godišnja složena kamata	Buduća vrednost	Faktor SV ili diskontni faktor	Sadašnja vrednost buduće vrednosti za nultu god.
	din.	din.	din.	din.
0	0	1	1	
1	0,10	1,10	0,9090	1
2	0,11	1,21	0,826	1
3	0,12	1,33	0,751	1

U navedenoj tabeli, godišnja složena kamata u prvoj godini iznosi $(1 \cdot 10\%) = 0,10$, složena kamata u drugoj godini iznosi $(1 + \text{akumulirana kamata } 0,10 = 1,10 \cdot 10\%) = 0,11$ i tako dalje. Za svaku godinu, kamata se odnosi na akumuliranu sumu, odnosno računa se kamata na kamatu.

Buduća vrednost za svaku godinu se računa kao $BV = 1(1+0,1)^n$. Za treću godinu je $1(1,1)^3 = 1,33$ din. Sadašnja vrednost za svaku godinu se računa kao $SV = 1/(1+0,1)^n$. Sadašnja vrednost jednog dinara primljenog za tri godine je $1/1(1,1)^3 = 0,751$ dinara.

Pitanja:

1. Kolika je SV 100 dinara, primljenih: za jednu godinu; za tri godine? Uzmimo da je kamatna stopa 10%.

Odgovor:

za 1 godinu 100 din. $\cdot 0,909 = 90,90$ din.; za tri godine 100 din. $\cdot 0,751 = 75,10$ din.

Sada pogledajte tablice na kraju ovog rada. One pokazuju odgovarajući diskontni faktor za jedan dinar za određene raspone kamatnih stopa i godina.

2. Koristeći gore navedenu tabelu, izračunati sadašnju vrednost 5.000 dinara primljenih na kraju desete godine po kamatnoj stopi od:

a) 5%

Odgovor: 5.000 din. $\cdot 0,614 = 3.070$ din.

b) 15%

Odgovor: 5.000 din. $\cdot 0,247 = 1.235$ din.

3. Kolika je sadašnja vrednost 160.000 dinara primljenih na kraju 15. godine ako je kamatna stopa:

a) 4%

Odgovor: 160.000 din. $\cdot 0,556 = 88.960$ din.

b) 12%

Odgovor: 160.000 din. $\cdot 0,182 = 29.120$ din.

4.1 Primeri za različite projekte

Projekat:	A	B	C
Broj godina	Novčani tokovi din.	Novčani tokovi din.	Novčani tokovi din.
0	-1000	-1000	-2000
1	600	500	600
2	400	400	600
3	300	600	600
4	300	700	1600

Ostale informacije: rezidualna vrednost: A i B = 0; C = 1000 din.; kamatna stopa = 10%

U primeru, nulta godina je sada, ili trenutak kada je izvršeno ulaganje. Negativni brojevi označavaju plaćanja, tako da svi projekti zahtevaju investicije u nultoj godini, i to u projekte A i B po 1000, a u projekat C 2000 dinara.

Kod svakog projekta postoje novčani prilivi u 1, 2, 3. i 4. godini, a kod projekta C postoji godišnji priliv od 600 dinara plus 1000 dinara preostale (rezidualne) vrednosti projekta.

Nakon što su utvrđeni, novčani tokovi treba da budu diskontovani.

4.2 Sadašnja vrednost projekata A, B i C

Projekat:		A		B		C	
Broj godina	Faktor 10%	NNT	SV	NNT	SV	NNT	SV
0	1,0000	-1000	-1000	-1000	-1000	-2000	-2000
1	0,909	600	545	500	455	600	545
2	0,826	400	330	400	330	600	496
3	0,751	300	225	600	451	600	451
4	0,683	300	205	700	478	1600	1093
NSV			305		714		585
Izbor					√		

Za svaku godinu novčani tokovi se diskontuju na nultu godinu. Neto sadašnja vrednost (NSV) za svaki projekat jeste zbir pozitivnih diskontovanih novčanih tokova umanjanih za negativne novčane tokove.

Pravilo odlučivanja 1: Birajte jedino projekte sa pozitivnom NSV; pozitivna NSV pokazuje da novčani prilivi od projekta prevazilaze novčane odlive, kao i troškove finansiranja koji se odražavaju u diskontnoj stopi koja se koristi u oceni projekta.

Pravilo odlučivanja 2: Birajte projekat sa najvišom pozitivnom NSV jer je to projekat sa najvišom pozitivnom razlikom priliva u odnosu na odlive i troškove finansiranja.

Pravilo odlučivanja 3: U slučaju organizacija javnog sektora, novčani odlivi mogu prevazići novčane prilive usled toga što mnoge organizacije kao što su, na primer, škole i bolnice, ne naplaćuju ekonomsku cenu svojih usluga. To će dati negativne NSV i u toj situaciji pravilo izbora ponuđenih projekata je negativna neto sadašnja vrednost sa najnižom apsolutnom vrednošću.

4.3 Prednosti/nedostaci NSV

Prednosti

- Uzima u obzir vremensku vrednost novca.
- Naglašava značaj novčanih tokova u odnosu na računovodstvene vrednosti i dobitke; novcem se suštinski upravlja resursima putem trošenja, dok je profit (dobit) knjigovodstveni koncept.
- Uzima u obzir sve novčane tokove koje projekat generiše.

Nedostaci

- Izračunavanje diskontnih faktora može biti vrlo teško. Oni treba da budu povezani sa troškovima koje organizacija snosi da bi obezbedila finansiranje.

4.4 Upotreba sadašnje vrednosti anuitetnih tablica

1. Anuitet je jednak godišnjem novčanom toku.
2. Za projekat C, iznos od 600 dinara u godinama 1–3 predstavlja anuitet; korišćenjem trogodišnjeg faktora iz sadašnje vrednosti anuitetske tablice koji je jednak 10%, dobija se sadašnja vrednost od $600 * 2,486 = 1492$
3. NSV projekta C može biti izračunata na sledeći način:

$$-2000 + 1492 + 1093 = 585$$

Primer

Bolnica finansira novu opremu putem lizinga. Godišnja rata zakupnine će biti 16.000 dinara tokom narednih deset godina. Izračunajte sadašnju vrednost rata zakupnine pri stopama od:

a) 6%

Odgovor: $16.000 * 7,359 = 117.744$

b) 12%

Odgovor: $16.000 * 5,651 = 90.416$

5 Primeri NSV

5.1 Primer 1

Bolnica „Seagull“ je utvrdila dva projekta u koje je zainteresovana da ulaže; detaljni podaci su navedeni u nastavku.

	Projekat 1	Projekat 2
Inicijalni troškovi (plativi odmah).	2.000.000 din.	2.500.000 din.
<u>Godišnji novčani tokovi:</u>		
Godina 1	400.000 din.	800.000 din.
Godina 2	600.000 din.	600.000 din.
Godina 3	600.000 din.	500.000 din.
Godina 4	700.000 din.	600.000 din.
Godina 5	600.000 din.	800.000 din.

Vežba

Korišćenjem diskontne stope od 8%, izračunajte NSV oba projekta.

Primer 2

Klinika „Congo“ razmatra izbor između dva međusobno isključiva investiciona projekta. Oba podrazumevaju nabavku opreme čiji je korisni vek pet godina.

Projekat 1 bi generisao godišnji neto novčani tok (prilivi umanjeni za odlive) od 20 mil. dinara; oprema bi koštala 55, 6 mil. dinara i imala bi otpadnu vrednost od 5,6 mil. dinara na kraju pete godine.

Projekat 2 bi generisao godišnji novčani tok od 50 mil. dinara; oprema bi koštala 161,6 mil. dinara i imala bi otpadnu vrednost od 30,1 mil. dinara na kraju pete godine

Troškovi kapitala klinike su 15% godišnje. Pretpostavimo da godišnji novčani tok pristiže na godišnjicu početnog izdatka.

Vežba

Za svaki od projekata izračunajte NSV.

5.2 Primer 3

Bolnica „Seagull“ razmatra izgradnju nove vešernice. Dostupni su sledeći podaci:

- Kapitalni troškovi su procenjeni na 75 miliona dinara, a procenjeni vek trajanja je 10 godina
- Tekući troškovi postojeće vešernice iznose 50 mil. dinara godišnje, ali nova vešernica bi bila efikasnija i tekući troškovi su procenjeni na 38 mil. dinara godišnje

- Posle pet godina, nova vešernica zahtevala bi obimno održavanje koje bi koštalo 15 mil. dinara, da bi se održao najviši nivo efikasnosti sistema. To je dodatna stavka godišnjim troškovima održavanja koji su uključeni u tekuće troškove.
- Oprema iz postojeće vešernice ima tržišnu vrednost od 2 mil. dinara. Na kraju korisnog veka nove vešernice, procenjuje se da će njena oprema imati vrednost od 5 mil. dinara.
- Diskontna stopa je 8%.

Vežba

Izračunajte NSV predložene nove vešernice.

Odgovor

Primer 1: Bolnica „Seagull“

000 din.

Go-dina	Opis	Faktori za stopu od 8%	Projekat 1	SV	Projekat 2	SV
0	Investicija	1	-2000	-2000	-2500	-2500
	Godišnji neto novčani tok					
1		0,926	400	370,4	800	740,8
2		0,857	600	514,2	600	514,2
3		0,794	600	476,4	500	397
4		0,735	700	514,5	600	441
5		0,681	600	408,6	800	544,8
NSV				284,1		137,8

Primer 2: Klinika „Congo“

000 din.

Go-dina	Opis	Faktori za stopu od 15%	Projekat 1	SV	Projekat 2	SV
0	Investicije	1	-55,6	-55,6	-161,6	-161,6
	Godišnji neto novčani tok					
1		0,87	20	17,4	50	43,5
2		0,757	20	15,14	50	37,85
3		0,658	20	13,16	50	32,9
4		0,572	20	11,44	50	28,6
5		0,497	25,6	12,72	80,1	39,81
NSV				14,26		21,06

Primer 3: Bolnica „Seagull“

Go-dina	Opis	Faktori za stopu od 8%	Novčani tokovi	Neto nov-čani tok	SV
0	Investicije	1	-75		
0	Prodaja stare vešernice	1	2	-73	-73
1-10	Ušteda nove vešernice	6,709	(50-38)	12	80,508
5	Održavanje	0,681	-15		-10,215
10	Prodajna vrednost	0,464	5		2.32
NSV					-0,387

6 Relevantni troškovi u proceni metodom DNT

Relevantni troškovi se definišu kao oni troškovi koji su od značaja za procenu određenog projekta. Samo relevantne troškove treba uzeti u obzir, a irelevantne troškove ne bi trebalo uključiti u analizu. U sledećoj tabeli razmotrene su tri kategorije troškova.

Troškovi	Relevantnost	Komentar
Istorijski ili nepovratni troškovi kao što su planovi koji su već sastavljeni	Irelevantni	Istorijski troškovi su već nastali i ne mogu se promeniti sadašnjom odlukom.
Godišnja amortizacija početnih ulaganja	Irelevantni	Amortizacija je računovodstveni pojam pomoću kog se troškovi nekog sredstva knjiže kao rashodi nasuprot prihodnim računima tokom korisnog veka datog sredstva. Ne predstavlja novčani tok.
Oportunitetni troškovi, npr. oportunitetni troškovi zemljišta korišćenog kao ambulantni depo	Relevantni	Ako se zemljište ne koristi u jednu svrhu, ono ima vrednost u nekoj drugoj, alternativnoj upotrebi ili može biti prodato.

7 Poređenje projekata nejednakog trajanja

Problem je povezan sa obradom projekata koji imaju godišnje troškove, ali nejednako trajanje. Prosto izračunavanje NSV svakog od projekata neće biti dovoljno, jer će projekat koji ima duži vek trajanja verovatno imati višu NSV troškova od projekta sa kraćim vekom trajanja, te će projekat sa kraćim životnim vekom uvek imati prednost. Usled toga, različito trajanje projekata mora biti uzeto u obzir u analizi izračunavanjem NSV troškova po godini trajanja svakog od projekata.

Razmotrite sledeću situaciju sa dva alternativna pogona za spaljivanje otpada. Svaki od njih prerađuje isti obim svake godine, ali koriste delimično različite tehnologije. Organizacija koristi diskontnu stopu od 10%.

Pogon	Korisni vek pogona	Kapitalni troškovi mil. din.	Godišnji NNT mil. din.	NSV po 10% mil. din.
A	5 godina	6	-3	17,37
B	10 godina	9	-3,5	30,54

Vrlo je teško porediti NSV ova dva projekta, jer B ima dvostruko duži radni vek nego A – 10, odnosno 5 godina.

Korišćenjem diskontovanih novčanih tokova, pravilan pristup bi bio izračunavanje **godišnjih ekvivalentnih troškova (GET)**, kojima se izražavaju godišnji troškovi obezbeđivanja usluge projekta.

GET = NSV/SV anuitetnog faktora.

U ovom slučaju:

Projekat A 17,37/3,79 = 4,58 godišnje Izabrati A
(korisni vek ped godina) (SV petogodišnjeg
anuiteta po 10% = 3,79)

Projekat B 30,54/6,144 = 4,97 godišnje
(korisni vek deset godina) (SV desetogodišnjeg
anuiteta po 10% = 6,144)

8 Inflacija

Diskontne stope koje se koriste u praksi izvedene su iz kamatnih stopa, u koje je obično uključena očekivana inflacija. Razmotrićemo dve situacije: prvu, u kojoj svi troškovi rastu po istim stopama inflacije i drugu, u kojoj se novčani tokovi menjaju po različitim stopama inflacije.

Svi troškovi rastu po istoj stopi inflacije

Ako se očekuje da svi troškovi rastu po istoj stopi, onda je moguće u proceni koristiti cene iz prve godine i ne uzimati u obzir nikakvu inflaciju u novčanim tokovima projekta. Međutim, diskontna stopa bi trebalo da bude **realna diskontna stopa**.

Realna diskontna stopa se računa izvlačenjem očekivane inflacije iz diskontne stope, na sledeći način:

Realna diskontna stopa = $(1 + \text{diskontna stopa} / 1 + \text{stopa inflacije}) - 1$

Dakle, ako je diskontna stopa 7% a očekivana inflacija 3%, onda je:

Realna diskontna stopa = $(1.07/1.03) - 1 = 0.04 = 4\%$

Troškovi rastu po različitim stopama inflacije

Stvarnu diskontnu stopu treba koristiti zajedno sa procenama troškova po budućim cenama.

Primer

Bolnica gradi novi centralni magacin. On će koštati 5 miliona dinara, a godišnji troškovi njegovog rada u nultoj godini biće sledeći:

- zaposleni: 1 mil. din.
- tekući troškovi: 1,2 mil. din.

Očekuje se da godišnja inflacija bude 3% i da tekući troškovi rastu po istoj stopi, ali da troškovi zaposlenih rastu po stopi od 5% godišnje.

Vi treba da napravite petogodišnju procenu korišćenjem diskontne stope od 7%.

Izračunavanje NSV

(miliona dinara)

Godina	0	1	2	3	4	5
Kapitalni troškovi	5					
Troškovi zaposlenih		1,05	1,1025	1,1576	1,2155	1,2673
Tekući troškovi		1,236	1,2731	1,3113	1,3506	1,3911
Godišnji NNT	5	2,286	2,3756	2,4689	2,5661	2,6584
SV	5	2,1364	2,0763	2,0171	1,9605	1,8981
NSV	-15,088					

9.1 Studija slučaja: primer novog sistema grejanja

Velika klinika razmatra uvođenje novog sistema grejanja.

U postojećem sistemu, kao gorivo se koristi gas. Međutim, taj energent postaje sve manje atraktivan usled rastuće cene i nesigurnosti snabdevanja gasom, koji se uvozi iz obližnje države.

Sistem grejanja koji se razmatra jeste kombinacija solarnog sistema i sistema na energiju vetra. Za procenu potrebnih kapaciteta postrojenja i troškova angažovan je inženjer. Na poslednjoj strani njegovog izveštaja navedena je sledeća rekapitulacija:

„Ispitao sam potrošnju toplotne energije na klinici i na osnovu ukupnih grejnih potreba, smatram da se te potrebe mogu zadovoljiti ekološki održivim sistemom koji proizvodi toplotnu energiju korišćenjem energije vetra i solarne energije.

Predloženi sistem će zahtevati:

- a) četiri velika vetrogeneratora i
- b) 300 kvadratnih metara solarnih panela.

Procenjeni kapitalni troškovi sistema su:

- a) 1 mil. dinara za izgradnju svakog vetrogeneratora,
- b) 4,5 mil. dinara za isporuku i ugradnju solarnih panela.“

Naknada inženjeru za obavljanje ovog posla iznosi 0,35 mil. dinara.

Vetrogeneratori će se nalaziti na zemljištu u vlasništvu klinike. Lokalno građevinsko preduzeće je ponudilo 0,5 mil. dinara za to zemljište i ako klinika ne prihvati izgradnju sistema koji koristi energiju vetra, zemljište će biti prodato za 0,5 mil. dinara.

Novi sistem će imati procenjene ukupne godišnje tekuće troškove u iznosu od 0,35 mil. dinara i zahtevaće obimno održavanje kroz deset godina, nakon čega će imati još pet godina korisnog veka. Troškovi održavanja koje će biti potrebno kroz deset godina procenjuje se na 1,8 mil. dinara.

Postojeći sistem za grejanje ima gasni kotao i godišnji računi za gas danas iznose 1,25 mil. dinara; osim toga, plaća se 0,15 mil. dinara za godišnje održavanje sistema.

Očekivani korisni vek gasnog kotla je još pet godina; ako se zadrži sistem grejanja na gas, tada će, uz troškove od 1,2 mil. din., biti zamenjen visokoefikasnim kondenzacionim kotlom koji će trošiti otprilike 25% manje gasa u odnosu na postojeći sistem. Novi kotao imaće korisni vek od 15 godina.

Klinika predlaže da se ocene oba sistema za grejanje metodom DNT uz primenu diskontne stope od 5%.

Rešenje

Ocenite predlog da se instalira sistem koji koristi energiju vetra i solarnu energiju.

Ne morate prilagođavati iznose za inflaciju.

Novi sistem za grejanje

(i) Sistem na gas

Godi-na	Opis	Faktori za stopu od 5%	Novčani tokovi	SV
1-5	Godišnji troškovi grejanja	4,33	-1,4	-6,062
5	Novi kotao	0,784	-1,2	-0,9408
6-20	Godišnji troškovi grejanja	8,15	-1,0875	-8,863125
NSV				-15,865925
				GET =15,8695/12,48
				20 godina -1,27130809

(ii) Sistem na energiju vetra i solarnu energiju

Godi-na	Opis	Faktori za stopu od 5%	Novčani tokovi	SV
0	Kapitalni troškovi (1)	1	-9	-9
1-15	Godišnji tekući troškovi	10,38	-0,35	-3,633
10	Održavanje	0,614	-1,8	-1,1052
NSV				-13,7382
				GET =13,7382/10,38
				15 godina -1,32352601

Napomena 1

Kapitalni izdaci

Vetrogeneratori	4
-----------------	---

Solarni paneli	4,5
----------------	-----

Oportunitetni troškovi zemljišta	0,5
----------------------------------	-----

Ukupno	9
---------------	----------

Napomena 2

Inženjer je već obavio svoj posao, te će ovaj trošak biti NEPOVRATAN trošak i neće biti relevantan za ocenu.

Dejvid Elis Dženkins

Profesor i bivši šef Odseka za planiranje,
Univerzitet Glamorgan,
Ujedinjeno Kraljevstvo

Tablica sadašnje vrednosti

Periodi	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	Periodi
1	0.990	0.980	0.971	0.962	0.952	0.943	0.935	0.926	0.917	0.909	1
2	0.980	0.961	0.943	0.925	0.907	0.890	0.874	0.857	0.841	0.826	2
3	0.970	0.942	0.916	0.889	0.864	0.840	0.817	0.794	0.772	0.751	3
4	0.960	0.924	0.889	0.855	0.823	0.792	0.764	0.735	0.708	0.683	4
5	0.950	0.906	0.863	0.822	0.784	0.747	0.714	0.681	0.650	0.621	5
6	0.941	0.888	0.838	0.790	0.747	0.705	0.667	0.631	0.596	0.565	6
7	0.932	0.871	0.814	0.760	0.711	0.665	0.623	0.584	0.547	0.514	7
8	0.923	0.854	0.790	0.731	0.677	0.627	0.582	0.541	0.502	0.467	8
9	0.914	0.837	0.767	0.703	0.645	0.592	0.544	0.501	0.461	0.425	9
10	0.905	0.821	0.745	0.676	0.614	0.558	0.508	0.464	0.423	0.386	10
11	0.896	0.805	0.723	0.650	0.585	0.526	0.475	0.430	0.388	0.351	11
12	0.887	0.789	0.702	0.625	0.557	0.496	0.444	0.398	0.356	0.319	12
13	0.878	0.774	0.682	0.601	0.530	0.468	0.415	0.369	0.327	0.290	13
14	0.869	0.759	0.662	0.578	0.505	0.442	0.388	0.342	0.300	0.264	14
15	0.860	0.744	0.643	0.556	0.481	0.417	0.363	0.317	0.275	0.240	15
16	0.851	0.729	0.624	0.535	0.458	0.393	0.339	0.294	0.252	0.218	16
17	0.843	0.715	0.606	0.514	0.436	0.371	0.317	0.272	0.231	0.198	17
18	0.835	0.701	0.588	0.494	0.415	0.350	0.296	0.252	0.212	0.180	18
19	0.827	0.687	0.571	0.475	0.395	0.330	0.277	0.233	0.194	0.164	19
20	0.819	0.674	0.554	0.457	0.376	0.311	0.259	0.216	0.178	0.149	20
Periodi	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%	Periodi
1	0,901	0,893	0,885	0,877	0,870	0,862	0,855	0,847	0,840	0,833	1
2	0,812	0,797	0,783	0,769	0,757	0,743	0,731	0,718	0,706	0,694	2
3	0,732	0,712	0,693	0,675	0,658	0,641	0,625	0,608	0,593	0,578	3
4	0,659	0,636	0,613	0,592	0,572	0,553	0,534	0,515	0,498	0,482	4
5	0,594	0,568	0,542	0,519	0,497	0,477	0,456	0,436	0,418	0,402	5
6	0,535	0,507	0,480	0,455	0,432	0,411	0,390	0,369	0,351	0,335	6
7	0,482	0,453	0,425	0,399	0,376	0,354	0,333	0,313	0,295	0,279	7
8	0,434	0,404	0,376	0,350	0,327	0,305	0,285	0,265	0,248	0,233	8
9	0,391	0,361	0,333	0,307	0,284	0,263	0,244	0,225	0,208	0,194	9
10	0,352	0,322	0,295	0,269	0,247	0,227	0,209	0,191	0,175	0,162	10
11	0,317	0,288	0,261	0,236	0,215	0,196	0,179	0,162	0,147	0,135	11
12	0,286	0,257	0,231	0,207	0,187	0,169	0,153	0,137	0,124	0,113	12
13	0,258	0,229	0,204	0,182	0,163	0,146	0,131	0,116	0,104	0,094	13
14	0,232	0,204	0,181	0,160	0,142	0,126	0,112	0,098	0,087	0,078	14
15	0,209	0,182	0,160	0,140	0,123	0,109	0,096	0,083	0,073	0,065	15
16	0,188	0,163	0,142	0,123	0,107	0,094	0,082	0,070	0,061	0,054	16
17	0,169	0,146	0,126	0,108	0,093	0,081	0,070	0,059	0,051	0,045	17
18	0,152	0,130	0,112	0,095	0,081	0,070	0,060	0,050	0,043	0,038	18
19	0,137	0,116	0,099	0,083	0,070	0,060	0,051	0,042	0,036	0,032	19
20	0,123	0,104	0,088	0,073	0,061	0,052	0,044	0,036	0,030	0,027	20

Tablice SV anuiteta

Periodi	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	Periodi
1	0.990	0.980	0.971	0.962	0.952	0.943	0.935	0.926	0.917	0.909	1
2	1.970	1.941	1.914	1.887	1.859	1.833	1.808	1.783	1.759	1.735	2
3	2.941	2.883	2.829	2.776	2.723	2.673	2.624	2.577	2.531	2.486	3
4	3.902	3.807	3.717	3.631	3.546	3.465	3.387	3.312	3.239	3.169	4
5	4.853	4.713	4.580	4.453	4.330	4.212	4.100	3.993	3.889	3.790	5
6	5.795	5.601	5.417	5.243	5.076	4.917	4.766	4.623	4.485	4.354	6
7	6.728	6.472	6.230	6.003	5.787	5.582	5.389	5.206	5.032	4.867	7
8	7.651	7.325	7.019	6.734	6.464	6.209	5.971	5.746	5.534	5.334	8
9	8.565	8.162	7.785	7.437	7.109	6.801	6.515	6.246	5.994	5.758	9
10	9.470	8.982	8.529	8.113	7.723	7.359	7.023	6.709	6.416	6.144	10
11	10.37	9.786	9.251	8.763	8.308	7.886	7.498	7.138	6.804	6.494	11
12	11.26	10.57	9.952	9.388	8.865	8.383	7.942	7.535	7.160	6.813	12
13	12.14	11.34	10.63	9.989	9.395	8.852	8.357	7.903	7.486	7.103	13
14	13.01	12.10	11.29	10.57	9.900	9.294	8.745	8.243	7.785	7.366	14
15	13.87	12.84	11.93	11.13	10.38	9.711	9.107	8.558	8.060	7.605	15
16	14.72	13.57	12.55	11.66	10.84	10.10	9.446	8.850	8.312	7.823	16
17	15.56	14.28	13.16	12.17	11.28	10.47	9.763	9.120	8.543	8.021	17
18	16.40	14.98	13.75	12.66	11.70	10.82	10.06	9.370	8.755	8.201	18
19	17.23	15.67	14.32	13.13	12.10	11.15	10.34	9.602	8.949	8.365	19
20	18.05	16.34	14.87	13.59	12.48	11.46	10.60	9.817	9.127	8.514	20
Periodi	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%	Periodi
1	0,901	0,893	0,885	0,877	0,870	0,862	0,855	0,847	0,840	0,833	1
2	1,713	1,690	1,668	1,646	1,626	1,605	1,586	1,565	1,546	1,527	2
3	2,444	2,402	2,361	2,321	2,284	2,246	2,210	2,174	2,139	2,106	3
4	3,103	3,038	2,974	2,913	2,856	2,798	2,744	2,690	2,638	2,588	4
5	3,696	3,605	3,517	3,432	3,353	3,274	3,200	3,127	3,057	2,990	5
6	4,231	4,112	3,997	3,888	3,785	3,684	3,590	3,497	3,409	3,325	6
7	4,713	4,564	4,422	4,288	4,161	4,038	3,923	3,811	3,705	3,604	7
8	5,147	4,968	4,798	4,639	4,488	4,343	4,208	4,077	3,954	3,837	8
9	5,538	5,329	5,131	4,947	4,772	4,606	4,451	4,302	4,163	4,031	9
10	5,890	5,651	5,426	5,217	5,019	4,833	4,659	4,493	4,339	4,193	10
11	6,207	5,938	5,687	5,454	5,234	5,028	4,837	4,655	4,487	4,328	11
12	6,493	6,195	5,918	5,662	5,421	5,196	4,989	4,792	4,611	4,440	12
13	6,751	6,424	6,122	5,844	5,584	5,341	5,119	4,908	4,715	4,533	13
14	6,983	6,629	6,303	6,004	5,725	5,466	5,230	5,007	4,803	4,611	14
15	7,192	6,812	6,463	6,144	5,848	5,574	5,325	5,091	4,877	4,676	15
16	7,380	6,975	6,604	6,267	5,955	5,667	5,406	5,162	4,939	4,730	16
17	7,550	7,121	6,729	6,375	6,048	5,747	5,475	5,222	4,991	4,775	17
18	7,703	7,251	6,840	6,470	6,129	5,816	5,534	5,273	5,035	4,813	18
19	7,841	7,367	6,938	6,553	6,199	5,876	5,585	5,316	5,072	4,844	19
20	7,965	7,471	7,025	6,626	6,260	5,927	5,628	5,353	5,103	4,870	20

Literatura

Donaldson C, Gerard K (2005). *Economics of Health Care Financing*, Houndmills: Palgrave

Jacobs R, Smith PC, Street A (2006). *Measuring Efficiency in Health Care*, Cambridge University Press: Cambridge

Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press: Oxford

Folland S, Goodman AC, Stano M (2007). *The Economics of Health and Health Care*, (5th edn), Pearson Education Inc: Upper Saddle River NJ

Zweifel P, Breyer F (1997). *Health Economics*, Oxford University Press: Oxford

NEFINANSIJSKA ANALIZA OPCIJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Dejvid Elis Dženkins

1 Uvod

Nefinansijskom analizom teži se da se analitički alati primene na nefinansijske faktore, kao na primer najbolje mesto za lokaciju klinike, ili nefinansijska pitanja vezana za različite pristupe odlaganju kliničkog otpada. U javnom sektoru, koriste se sledeća dva glavna pristupa koja će biti razmotrena u nastavku:

- analiza zahteva;
- analiza troškova i koristi.

2 Analiza zahteva

Ovaj pristup koriste zdravstvene vlasti da uporede projekte sa različitim obrascima usluga ili autputa, na primer identifikovanje željenih prostorija za kancelarije/ usluge.

U nastavku je dat nacrt pristupa. Etape 1 i 2 se odvijaju na sastanku za utvrđivanje kriterijuma, a etape 3–5 na sastanku za ocenjivanje. Na oba sastanka može biti prisutno isto osoblje, ali je poželjno da bude različito, ali sa određenim preklapanjima.

1. Osniva se mali multidisciplinarni tim radi definisanja poželjnih karakteristika usluga koje se zahtevaju od različitih projekata. Takve karakteristike usluga su poznate kao deziderata ili kriterijumi koristi.
2. Tim navedenim kriterijumima dodeljuje pondere koji odražavaju njihov relativni značaj. Uobičajeno je da zbir pondera bude 100.
3. Tim ocenjuje učinak svakog od projekata prema utvrđenim kriterijumima.
4. Rezultat svakog od projekata množi se ponderom iz tačke 2.
5. Rezultati pojedinačnih projekata se sabiraju, čime se dobija kvantitativni indeks nefinansijskih troškova i koristi.
6. Ukupni rezultati se uzimaju u obzir zajedno sa rezultatima finansijske procene.

2.1 Vrednost ovog pristupa

1. Omogućava kvantitativnu evaluaciju nefinansijskih aspekata programa i unosi vrednu dimenziju u procenu.
2. Može ga brzo sprovesti mali tim, obično multidisciplinarne prirode.
3. Naglasak na multidisciplinarnost je koristan, jer obezbeđuje podršku čitave organizacije i usredsređivanje više različitih veština/profesija na problem.

-
4. Troškovi sprovođenja su relativno niski: primarni troškovi su vezani za radno vreme zaposlenih provedeno na sastancima za utvrđivanje kriterijuma i na sastancima za ocenjivanje.
 5. Pod uslovom da se odluke, diskusije i procesi dokumentuju, mogu se naknadno prekontrolisati.

Međutim, važi i sledeće:

- Ovaj pristup je subjektivan u proceni troškova i koristi.
- Dobijaju se kvantitativne mere koje sugerišu viši nivo objektivnosti nego što je zaista ostvaren.

2.2 Primer

Odeljenje za menadžment u zdravstvu u Novom Dunavu obavlja niz administrativnih funkcija za bolnice u svom okruženju. Trenutno ispituju mogućnost preseljenja iz sadašnjeg kancelarijskog prostora u veće prostorije. Broj zaposlenih je značajno porastao u poslednjih pet godina – sa 56 na 103, što je uslovilo iznajmljivanje dve manje kuće u blizini kako bi se obezbedio radni prostor za dodatno osoblje. Mnogi dodatni zaposleni su mobilni, jer su zaduženi za posete pacijentima i bolnicama i praćenje projekata koje je preuzelo to odeljenje.

Postojeća zgrada

Trenutna zgrada je kupljena pre nekoliko godina. Nalazi se u centru grada u blizini zgrada ostalih institucija. Međutim, ponuda na tržištu je prevelika i smatra se da nije dobro vreme za prodaju objekta. Objekat ima površinu od 350 kvadratnih metara i, ukoliko bi bila ispražnjena, mogla bi se izdati za 12.000 dinara po kvadratnom metru godišnje sa plaćanjem unapred. Druga dva objekta su pod kratkoročnim tromesečnim zakupom i Odeljenje plaća godišnje zakupnine od 360.000 dinara za jedan i 540.000 dinara za drugi. Oni ukupno obezbeđuju dodatnih 90 kvadratnih metara. Postojeća zgrada ima mnoštvo malih soba koje se ne mogu menjati i nedostaje joj fleksibilnost. Kod obe nove zgrade biće ponuđen otvoreni plan smeštaja i biće mnogo fleksibilnije.

Slavja Gora

Postoje dve mogućnosti za nove prostorije. Jedna je iznajmljivanje 800 kvadratnih metara kancelarijskog prostora u novom objektu u Slavja Gori, koji obuhvata veliku zgradu oko 2,5 km prema planinama. Može se izabrati nekoliko kancelarija u kompleksu i sve imaju veliki prostor za parkiranje, ali nepogodno je koristiti javni prevoz za dolazak do lokacije. Nove kancelarije bi bile iznajmljene za 9.500 dinara po kvadratnom metru godišnje, sa plaćanjem za godinu dana unapred. Ovaj blok je odmah slobodan i ako ova opcija bude odabrana, služba će se odmah useliti u nove prostorije .

Trancevo

Druga alternativa je kupovina bloka u starijem delu grada, Trancevu. Blok se sastoji od prizemlja i tri sprata. Prizemlje i poslednji sprat su u ovom trenutku zauzeti i biće zauzeti i dalje. Srednja dva sprata su prostrana i obezbeđuju 900 kvadratnih metara kancelarijskog prostora. Ukupna zakupnina iznosi sedam miliona dinara godišnje i plaća se avansno za godinu dana. Očekuje se da će zgrada koštati 90 miliona dinara plus dodatnih 65 miliona za renoviranje i 11 miliona za naknade. Renoviranje bi trajalo godinu dana, pri čemu bi troškovi kupovine u iznosu od 90 miliona dinara bili plaćeni na početku projekta, a renoviranje i naknade godinu dana, prilikom useljenja u zgradu. Postoji opcija da se ugradi sistem za klimatizaciju što bi troškove renoviranja uvećalo za 12 miliona dinara. Dogovoreno je da se ova opcija realizuje.. Stariji deo grada je dobro pokriven javnim saobraćajem, a Glavna ulica je veoma prometna. Mnogi pacijenti žive u tom delu grada. Postoji pripadajući parking za 40 automobila iza kancelarijskog bloka. Trenutni zakupci će nastaviti da koriste pet parking mesta. Odeljenje bi se preselilo u blok za godinu dana.

Trenutna kamatna stopa na dugoročne kredite iznosi 4%. Rukovodstvo koristi metodu jednakih anuiteta za otplate i ima odobrenje da finansira sve potrebne kapitalne izdatke pozajmicama na 40 godina. Otplate anuiteta će početi u prvoj godini nakon one u kojoj je podignut kredit. Odgovarajući anuitetni faktor je 0,0465 i primenjuje se na novo finansiranje.

Nacionalni savet za poslovni prostor utvrdio je tokom prethodnih godina da prosečna bruto površina po osobi treba da bude 5 kvadratnih metara i da se ovo smatra prihvatljivim. Bruto površina obuhvata i neproizvodne površine kao što su hodnici, stepeništa i sale za sastanke.

Na sastanku multidisciplinarne grupe zainteresovanih strana (koja se sastoji od tri menadžera i tri člana tehničkog osoblja – planer, ekonomista i advokat) utvrđeno je pet kriterijuma korisnosti koje treba razmotriti u proceni i određeni su njihovi ponderi

Kriterijum	Ponder
Mogućnost korišćenja javnog prevoza	20
Odgovarajući parking	25
Efikasnost rada	30
Minimalni uticaj na životnu sredinu	15
Moderno kancelarijsko okruženje	10
Ukupno	100

U sledećoj tabeli je prikazan izbor ovih faktora:

Kriterijum	Obrazloženje
Usluge javnog prevoza	Da bi se olakšao dolazak pacijentima i zaposlenima koji nemaju automobile
Parking	Iako se nastoji da se promoviše korišćenje javnog prevoza, uzima se u obzir to da svo osoblje koje radi na terenu dolazi kolima na posao
Radna efikasnost	Prema trenutnom rasporedu prostorija, osoblje je podeljeno u tri grupe kancelarija, što ugrožava kvalitet pružanja usluga. To, takođe, dovodi do gubitaka u vremenu usled putovanja između kancelarija.
Uticaj na životnu sredinu	U skladu sa ciljevima centralne vlasti smanjiti emisiju izduvnih gasova iz vozila
Moderno kancelarijsko okruženje	Omogućavanje brze komunikacije, fleksibilne organizacije, klimatizacije i dobre internet usluge

Indikativna metodologija bodovanja je sledeća:

Osnova	Ocena
U potpunosti usklađeno sa kriterijumima	10
Dobro usklađeno sa kriterijumima	8
Adekvatno usklađeno sa kriterijumima	5
Delimično usklađeno sa kriterijumima	2
U potpunosti nije usklađeno sa kriterijumima	0

Uputstvo za vrednovanje:

1. Agencija je već izračunala kapitalne troškove i procenila tekuće troškove za prvu celu godinu.
2. Agencija, takođe, zahteva nefinansijsku procenu na osnovu kriterijuma; ta procena je navedena dole.

Kriterijum	Ponderisanje	Slavja Gora		Trancevo	
		Rezultat	S*W	Rezultat	S*W
Javni prevoz	20	2	40	10	200
Parking	25	10	250	2	50
Radna efikasnost	30	10	300	10	300
Uticaj na životnu sredinu	15	5	75	8	120
Moderno kancelarijsko okruženje	10	10	100	10	100
Ukupno	100		765		770

3 Analiza troškova i koristi

Analiza troškova i koristi je praktičan način za procenu poželjnosti projekta kada je bitno uzeti u obzir:

- pogled u daljinu (u smislu posledica u budućnosti);
- pogled u širinu (u smislu raznih vrsta sporednih efekata na mnoge ljude, privredne grane, regione itd.), tj. vrednovanje svih relevantnih troškova i koristi.

Preduzeće koje posluje u privatnom sektoru će uglavnom u obzir uzimati samo svoje **sopstvene** troškove i koristi od donošenja odluke.

Neke ključne razlike u odnosu na filozofiju maksimizacije profita ili bogatstva privatnog sektora su sledeće:

1. Postojanje javnih dobara: većina outputa sektora, policije ili nacionalne odbrane, ne može se naplaćivati na osnovu potrošnje.
2. Vlade su donosile niz političkih odluka da ne naplaćuju određene usluge: to važi za bolnice, parkove i veći deo putne mreže.
3. Investicije u javnom sektoru često podrazumevaju eksternalije, što mora biti uzeto u obzir, npr. kada se odobri izgradnja nove aerodromske piste.

U analizi troškova i koristi, osnovni kriterijum je da (diskontovane) koristi premaše (diskontovane) troškove. Načelno, ako su koristi veće od troškova, onda je investicija svrsishodna.

Ako postoje konkurentski projekti, bira se onaj kod kojih koristi najviše nadmašuju troškove. Uobičajene etape evaluacije su:

1. utvrđivanje troškova i koristi;
2. kvantifikacija troškova i koristi;
3. novčana evaluacija troškova i koristi.

3.1 Primer procene transportnih projekata

Primera radi, gradi se novi kružni put oko grada.

3.1.1 Uštede u vremenu

Postoje tri osnovne grupe koristi:

- i) uštede u vremenu za korisnike javnog prevoza;
- ii) uštede u vremenu za korisnike privatnih vozila;
- iii) uštede u vremenu za nekorisnike: novi put može preuzeti ljude sa postojećih puteva, smanjiti gužve i uštedeti vreme onima koji nastave da ih koriste.

Kvantifikacija: obavlja se putem istraživanja i računarskih modela.

Vrednovanje uštede vremena:

- Tradicionalno se vreme različito vrednuje zavisno od toga da li je u pitanju radno ili neradno vreme.

-
- Osnova za vrednost radnog vremena je vrednost tog resursa za poslodavca, tako da se sastoji od zarade po satu uvećane za osiguranje, penzijske doprinose i ostale troškove koji variraju sa satima rada.
 - Međutim, ušteda radnog vremena može biti posmatrana i kao produženo slobodno vreme kada se ne radi sa fiksnim radnim vremenom, te troškovi radnog vremena mogu preuveličati uštede u vremenu.
 - Neradno vreme se vrednuje manje i pretpostavlja se da je nezavisno od modela transporta.

3.1.2 Uštede u tekućim troškovima

Ovo će prvenstveno obuhvatati procene uštede goriva usled energetski efikasnije vožnje manje zakrčenim putevima.

3.1.3 Smanjenje ili povećanje broja nesreća

Projekti u oblasti saobraćaja često će imati značajne implikacije u smislu nesreća i bezbednosti.

Postoje različite kategorije troškova nesreća:

- materijalna šteta, kao što su štete na vozilima i saobraćajnim znacima;
- troškovi dolaska ekipa hitne pomoći i bolnički troškovi zbrinjavanja povređenih;
- troškovi ostalih hitnih službi kao što su policija i vatrogasci;
- troškovi vezani za nefatalne povrede;
- gubitak života.

a Vrednovanje nefatalnih povreda

Zasniva se na procenama:

- gubitaka autputa usled povreda (sadašnja vrednost očekivanih zarada uvećana za troškove poslodavca za zaposlene);
- troškova hitne pomoći i lečenja;
- troškova nematerijalnih elemenata – bola, patnje i tuge.

b Vrednovanje fatalnih povreda

Evaluacija je u ovom slučaju uglavnom orijentisana ka vrednosti života odnosno spašenog života:

- vrednovanje životnog osiguranja; međutim, polise životnog osiguranja pojedinaca odražavaju individualne odluke o kojima nemamo informacija;
- sudske odluke; međutim, to može samo delimično odražavati efekte gubitka života;
- aktuarski pristupi: ako osoba prevremeno umre, ono što je izgubljeno je autput koji je ona mogla da očekuje da je živa i produktivna. Međutim, ovaj pristup meri gubitak zarade za život pre nego gubitak života;
- pristupi ljudskog kapitala: na osnovu istraživanja i posmatranja – dobijaju se vrednosti koje su suviše visoke za one koji planiraju puteve.

3.1.4 Buka

Novi sistem saobraćaja može dovesti do povećanja buke. Koriste se sledeći pristupi:

- troškovi smanjenja zagađenja bukom vezani za izgradnju ograda ili uzgajanje drveća uz autoput;
- ugradnja prozora sa dvostrukim staklom u stambene zgrade kako bi se smanjila buka – ali dvorište je i dalje bučno.

3.2 Zaključci

1. U određenim oblastima javnog sektora (kao što su licenciranje za transport i elektrane), ovo je prihvaćena tehnika sa definisanim procedurama, metodologijama vrednovanja i vrednostima.
2. Međutim, u nekim drugim oblastima javnog sektora, jednokratna primena analize troškova i koristi može biti previše skupa i oduzimati previše vremena.
3. Zahteva stručnjake iz oblasti ekonomije, tehničkih nauka i statistike.
4. U analizi troškova i koristi postoji problem sa vrednovanjem ekoloških elemenata. Ako nova brana poplavi nenaseljenu dolinu, ne postoji način za vrednovanje doline koja nestaje.
5. Vrednosti (npr. ljudski život) mogu biti malo izmenjene, što znači da procene imaju izvestan nivo subjektivnosti.

U celini, u finansijskom menadžmentu u zdravstvu obično se koristi analiza zahteva: praktičnija je, relevantnija i ekonomičnija.

Dejvid Elis Dženkins

Profesor i bivši šef Odseka za planiranje,
Univerzitet Glamorgan,
Ujedinjeno Kraljevstvo

Literatura

Coombs HM, DE Jenkins (2002). *Public Sector Financial Management*. Thomson Learning, third edition: London

Zellman WM, McCue MJ (2007). *Financial Management of Health Care Organisations* Blackwell Publishing, second edition: Oxford

FINANSIRANJE KAPITALNIH IZDATAKA I FINANSIJSKA PROCENA

Dejvid Elis Dženkins

1 Centralni cilj kapitalnih izdataka

Glavni cilj je obezbediti da se novcem pokriju izdaci za stalna sredstva i otplate dospeli zajmovi, koji se smanjuju zbog vraćanja novca..

Tabela 1: Primer kapitalnih izdataka (milioni dinara)

Godina	Tekuća	Tekuća + 1	Tekuća + 2
Kapitalni izdatak	27	29	19
Otplata	6	11	4
Ukupna potrebna finansijska sredstva	33	40	23

Kada traži načine da obezbedi ta sredstva, odgovorni rukovodilac će:

1. obezbediti sredstva na način koji troškove organizacije svodi na minimum, na primer, prelaskom sa dugoročnog zaduživanja sa varijabilnom kamatnom stopom na dugoročno zaduživanje sa fiksnom kamatnom stopom u trenutku kada su kamatne stope niske (kao sada);
2. povući sredstva iz kreditne linije samo kada je to potrebno da bi se što više skratio vremenski period u kom se plaća kamata.

2 pristupi finansiranju kapitalnih izdataka

U većini evropskih zemalja, u javnom sektoru koriste se četiri pristupa:

1. finansiranje iz prihoda;
2. finansiranje iz pozajmica;
3. finansiranje iz prodaje imovine;
4. finansiranje lizingom.

2.1 Finansiranje iz prihoda

- Ovaj termin se često naziva „pay as you go” (PAYG) (plaćanje iz tekućih prihoda).
- Podrazumeva korišćenje prihoda iz oporezivanja, naknada i donacija za finansiranje kapitalnih troškova.

Ima nekoliko prednosti.

- Izbegava se plaćanje kamate,
- Izbegavaju se troškovi pregovaranja i upravljanja dugovima (što je posebno teško u momentu kada zajmodavci nisu voljni da se uključe).
- Podstiče odgovornost time što su današnji kapitalni izdaci neposredno vezani za današnje poreske prihode. Time se izbegava nametanje obaveza budućim generacijama poreskih obveznika.
- Na dugi rok, sa periodičnim kapitalnim izdacima, pristup „pay as you go“ će biti jeftiniji od pozajmljivanja.

Tabela 2: Primer finansiranja iz prihoda (milioni dinara)

Godina	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kapitalni izdatak	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Prihod	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Kredit										
Glavnica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kamata	0,5	0,95	1,35	1,7	2	2,25	2,45	2,6	2,7	2,75
Ukupno	1,5	2,95	4,35	5,7	7	8,25	9,45	10,6	11,7	12,75

U ovom primeru, kamatna stopa iznosi 5%, a finansijska sredstva su obezbeđena kreditom sa rokom otplate od deset godina sa jednakim ratama glavnice.

Ipak, pristup „pay as you go“ se može kritikovati iz sledećih razloga:

1. Uzimajući u obzir da troškovi nastaju radi nabavke kapitalnih sredstava, buduće generacije poreskih obveznika će imati koristi od tih sredstava, a neće snositi nikakve troškove. Sadašnja generacija praktično subvencionise buduću.
2. Ako kapitalni izdatak predstavlja značajan deo ukupnih izdataka, pristup PAYG može dovesti do nestabilnih poreskih stopa.
3. Efekat povećanja rashoda na nivo zaduženosti na lokalnom nivou može značiti da je ovakva politika nepraktična.

2.2 Finansiranje iz pozajmica

- Glavni argument u prilog ovom pristupu je to da sredstva kao što su škole i bolnice imaju dug korisni vek i pozajmljivanjem se obezbeđuje način da se troškovi rasporede na nekoliko generacija poreskih obveznika; grubo posmatrano, ostvarene koristi povezuju se sa plaćenim porezima.
- Takođe, pozajmljivanje omogućava pružanje većeg obima usluga vezanih za ta sredstva za kratak rok nego što to može da obezbedi pristup „pay as you go“.
- Sa pristupom „pay as you go“, troškovi pozajmljivanja se praktično prenose sa vlasti na poreske obveznike u obliku viših poreza za kratak rok.

2.3 Prodaja imovine

- Prilivi od prodaje sredstava, posle otplate eventualnog preostalog duga, mogu se iskoristiti za finansiranje novih kapitalnih izdataka.
- Jedino ograničenje postoji ako je originalno sredstvo finansirano donacijama – tada mogu postojati ograničenja u pogledu vrste izdatka.

2.4 Finansiranje lizingom

Postoje dve vrste ovakvog finansiranja:

- a) Finansijski lizing podrazumeva da davalac lizinga jednostavno obezbeđuje finansije za nabavku nekog sredstva. To je obično za čitav korisni vek sredstva. Primalac lizinga ima odgovornost za održavanje i osiguranje sredstva, iako se to u praksi može promeniti.
- b) Operativni lizing je za period koji je kraći od korisnog veka sredstva i obično se odnosi na vozila, postrojenja i opremu, a davalac lizinga obezbeđuje održavanje i osiguranje sredstva.

Ipak, ovo je relativno neiskorišćen izvor finansiranja usled njegovih relativnih troškova.

Njegove prednosti su sledeće:

1. izbegava se birokratsko odlaganje zahteva za kapitalno finansiranje;
2. može se izbeći tehnološko zastarevanje;
3. usluge održavanja kod operativnog lizinga mogu biti vrlo dobre;
4. pogodan je kada je sredstvo potrebno samo na kraći period.

3 Finansijska procena

3.1 Osmišljavanje novih projekata

Neki ključni elementi u proceni novih projekata su sledeći:

- obično su ograničeni nedostatkom kapitala/prihoda;
- često postoje problemi sa prihodima koji su povezani sa kapitalom;
- potreban je multidisciplinarni tim za procenu projekta.

Primeru radi, ako se procenjuje novo krilo bolnice, neke ključne promenljive će biti:

- usluge pacijentima i pomoćne službe koje će se tamo nalaziti;
- kapitalni troškovi – troškovi zemljišta, objekata i opreme;
- broj zaposlenih i odgovarajući troškovi;
- drugi troškovi, osim troškova zaposlenih;
- troškovi preseljenja;
- faze projekta, uključujući faze kapitalnih troškova i efekte na prihode, koji se takođe mogu podeliti u faze dok se pacijenti premeštaju u krilo.

3.2 Kapitalni program za rok od 3–5 godina

Tabela 3: Pregled kapitalnog programa za 2009. g.

Projekat	Početak/ kraj	Već po- trošeno	09	10	11	12	Ukupno	RCCE
Nova poliklinika	08/10	58	43	10			111	27
Proširenje dijagnostičkih usluga	09/10		160	178			338	40
Institut za medicinska istraživanja	11/11				27		27	3
Dnevni hirurški centar	11/13				30	35	80	9
Ukupno		58	203	188	57	35	556	

RCCE = efekti kapitalnih izdataka na prihod

U prethodnoj tabeli treba izdvojiti sledeće:

- Potrebno je utvrditi ukupne kapitalne izdatke koje treba finansirati u svakoj godini, tako da se izvori finansiranja mogu unapred obezbediti i staviti na raspolaganje. Obezbeđivanje dovoljnih finansijskih sredstava može biti ograničavajući faktor.
- Načelno, većina projekata dovodi do dodatnih troškova, što se odražava u RCCE. Taj pokazatelj ukazuje na troškove cele godine.
- Podaci su prikazani po principu „kotrljanja“: svake godine se dodaje nova godina, a prethodna se uključuje u kolonu „već potrošeno“.
- Navodi se kada se projekti završavaju ili kada će biti uklonjeni iz programa.
- Ako su projekti manjeg značaja, datum početka biće odložen.

Kako se projekat približava, metod finansiranja može se konkretnije prikazati kao što je prikazano u nastavku.

Tabela 4: Projekat – nova poliklinika

Stavka izdataka	Metod finansiranja	2009.	2010.	Ukupno
		milioni dinara	milioni dinara	milioni dinara
Zemljište	kredit	100		100
Objekti	kredit	60	148	208
Nameštaj	prihod		30	30
Ukupno		160	178	338

3.3 Posledice kapitalnih izdataka na prihod

Tabela 5: Nova poliklinika – procena efekta na prihode u celoj prvoj godini

	Napomena	Milioni dinara	Milioni dinara
Prihodi			195
Rashodi			
Zaposleni			
Plate		80	
Penziono i zdravstveno osiguranje		17	97
Troškovi održavanja prostorija		18	
Materijal		43,4	
Centralne službe	1	12,6	
Razno		7	81
Kapitalni izdaci			
Finansiranje iz prihoda	2	30	
Otplate glavnice	3	8	
Kamate na kredite	3	<u>18,48</u>	<u>56,18</u>
			<u>235,28</u>
Manjak			<u>40,28</u>

Napomene

1. Ovo su opšti troškovi na centralnom nivou koji su distribuirani na odeljenja koja koriste procedure ugovora o nivou usluga (npr. pregovaranje o troškovima i uslugama).
2. Finansiranje iz prihoda se dešava samo u prvoj godini.
3. Krediti se uzimaju na period od 20 godina, sa otplatom u jednakim ratama, koje dospevaju 31. marta svake godine. Kamata na kredite iznosi 6% godišnje.

Prva cela godina je referentni podatak za finansiranje, pošto će se ovo finansirati iz prihoda na duži rok.

Komentari o ovom pristupu

1. Naglašeni su finansijski aspekti procene projekata.
2. RCCE eksplicitno zahteva da se razmotri isplativost projekta.
3. Nije moguće porediti slične programe različitog trajanja; za to je potrebno diskontovanje.

-
4. Ne uzimaju se u obzir troškovi tokom korisnog veka – potrebno je diskontovanje.
 5. Nije dovoljan za poređenje sličnih programa sa različitom kombinacijom izvora finansiranja.
 6. Razdvajanje kapitalnih i prihodnih sredstava u centralnoj vlasti/NZS može dovesti do odluka koje nisu optimalne.
 7. Ne uzima u obzir eksplicitno nefinansijske autpute, odnosno šire koristi od programa.

4 Primeri

Organizacija u javnom zdravstvenom sektoru mora da proširi kancelarijski prostor. Razmatraju se tri predloga:

1. dogradnja postojećih kancelarija;
2. izgradnja namenske poslovne zgrade u oronulom delu grada;
3. iznajmljivanje prostora u centru grada.

Poslednje dve opcije bi omogućile organizaciji da obezbedi sav kancelarijski prostor na jednom mestu.

4.1 Postojeći kancelarijski prostor i dogradnja

Trenutno se kancelarije nalaze na četiri lokacije, od kojih su tri u vlasništvu organizacije, a jedna se iznajmljuje. Prostorije u vlasništvu nisu opterećene dugovanjima i trenutno su u bilansu stanja vrednovane po nabavnoj vrednosti u iznosu od 8 mil. dinara, 7 mil. dinara i 3 mil. dinara, dok je godišnja zakupnina za postojeću kancelariju 1,25 mil. dinara i uzeta je u petogodišnji zakup sa godišnjim avansnim plaćanjem i mogućnošću revidiranja ugovora na početku treće godine, kada se očekuje da se zakupnina udvostruči. Prosečni godišnji troškovi postojećih prostorija iznose 18,5 mil. dinara, ali postoje i dodatni troškovi od 8,75 mil. dinara godišnje usled troškova prevoza, poštarina itd., što je sve posledica poslovanja na različitim lokacijama.

Ukoliko se ne nađe novi smeštaj, dogradnja će biti realizovana četvrte godine po procenjenim troškovima u iznosu od 20 mil. dinara i procenjuje se da će to povećati tekuće troškove za 2 mil. dinara godišnje, bez troškova finansiranja, posle jedne pune godine; useljenje u nove prostorije će biti početkom četvrtog kvartala četvrte godine, a najveći deo kapitalnih izdataka biće u prvoj polovini četvrte godine.

4.2 Izgradnja namenske kancelarije

Namenski građena kancelarija bi koštala 800 mil. dinara; za izgradnju bi bilo potrebno tri godine, a kapitalna plaćanja bi tekla u sledećim fazama:

Godina 1	40%	Godina 2	40%	Godina 3	20%.
-----------------	------------	-----------------	------------	-----------------	-------------

Radovi će otpočeti u junu prve godine, a završetak se planira za oktobar treće godine.

Jednokratni troškovi preseljenja će iznositi 15 mil. dinara u trećoj godini. Tekući troškovi novih kancelarija će iznositi 5 mil. dinara godišnje od početka januara treće godine, kada će prostorije biti u celosti useljene.

Tri postojeće kancelarije će biti prodane odmah po preseljenju osoblja u nove kancelarije; očekuje se da prodajne cene budu 15 puta više od knjigovodstvene vrednosti. Prihodi će se iskoristiti za otplatu dugoročnog duga u oktobru četvrte godine.

4.3. Iznajmljivanje kancelarijskog prostora

Iznajmljivanje jedinstvenog kancelarijskog prostora bi koštalo 65 mil. dinara godišnje, uz godišnje revidiranje iznosa zakupnine, pa se očekuje rast zakupnine za 5% godišnje. Očekivani jednokratni troškovi preseljenja iznose 20 mil. dinara. Tekući troškovi će iznositi 7,1 mil. dinara godišnje od dana useljenja, koji je isti kao kod opcije izgradnje. Očekuje se da se postojeće zgrade prodaju pod istim uslovima kao i kod opcije namenske izgradnje.

4.4 Finansiranje

Trenutna kamatna stopa na dugoročne pozajmice iznosi 6,5%. Rukovodstvo koristi metod jednakih anuiteta za otplatu i ima odobrenje da finansira sve kapitalne izdatke pozajmljivanjem na 40 godina.

Otplate anuiteta počinju u godini nakon one u kojoj se podigne kredit. Odgovarajući anuitetni faktor iznosi 0,0756 i primenjuje se na novo finansiranje, kao i na kapitalne prilive prilikom prodaje postojećih kancelarija u opcijama 2 i 3.

4.5 Procena

Za izgradnju novih kancelarija, dobijena je građevinska dozvola i izgradnja je predviđena kapitalnim programom. Ipak, teža finansijska situacija dovela je do zahteva za detaljnom procenom svake od ove tri opcije; vi treba da pripremite kapitalne procene i projektujete neto efekat na prihode za svaku od mogućnosti za prvih pet godina, nakon čega će se posmatrati ukupan godišnji neto efekat na prihod.

4.5.1 Procena kancelarijskog prostora

Tabela 6: Kapitalni izdaci (milioni dinara)

Godina	1	2	3	4	5
Tekući troškovi					
Postojeći	272,5	272,5	272,5	272,5	272,5
Novi				5	20
Zakupnina	12,5	12,5	25	25	25
Troškovi finansiranja					15,12
Ukupno	285,0	285,0	297,5	302,5	332,62

Tabela 7: Izgradnja**(milioni dinara)**

Godina	1	2	3	4	5
Tekući troškovi					
Postojeći	27,25	27,25	20,427		
Novi			1,25	5,0	5,0
Zakupnina	1,25	1,25	2,5		
Preseljenje			15,0		
Troškovi finansiranja		24,192	48,384	60,48	60,48
Ukupno	28,5	52,692	87,571	65,48	65,48
Ušteđeno				20,412	20,412
Neto efekat na prihod	28,5	52,692	87,571	45,068	45,068

Tabela 8: Iznajmljivanje objedinjenih prostorija**(milioni dinara)**

Godina	1	2	3	4	5
Tekući troškovi					
Postojeći	27,25	27,25	20,427		
Novi			1,775	7,1	7,1
Zakupnina – stari prostor	1,25	1,25	2,5		
Zakupnina – novi prostor			16,25	65,812	69,102
Preseljenje			20,0		
Ukupno	28,5	28,5	60,962	72,912	76,202
Ušteđeno				20,412	20,412
Neto efekat na prihod	28,5	28,5	60,962	52,5	55,79

Zakupnina

Godina 4 = $0,75 \cdot 65 + 0,25 \cdot 65 \cdot 1,05 = 65,812$ Godina 5 = $65,812 \cdot 1,05 = 69,102$ **Dejvid Elis Dženkins**

Profesor i bivši šef Odseka za planiranje,
 Univerzitet Glamorgan,
 Ujedinjeno Kraljevstvo

Literatura

Coombs HM, Jenkins DE (2002). *Public Sector Financial Management*. Thomson Learning, third edition, London

Zellman WM, McCue MJ (2007). *Financial Management of Health Care Organisations* Blackwell Publishing, second edition, Oxford

OSNOVE ZDRAVSTVENE EKONOMIKE I EKONOMSKE EVALUACIJE

Manfred Mantej

Bosiljka Đikanović

1 Fokus zdravstvene ekonomike

Zdravstvena ekonomika je disciplina ekonomije primenjena na zdravstvenu zaštitu. Uopšteno govoreći, ekonomika proučava kako društvo raspoređuje svoje resurse za različite svrhe. Prisustvo ili odsustvo ovih resursa obezbeđuje osnove ekonomske teorije. Na samom početku nameću se tri ključna pitanja:

- Koju robu treba proizvesti i koje usluge treba obezbediti?
- Na koji način ih treba proizvesti/bezbediti?
- Ko bi trebalo da ih dobije?

Tradicionalno ekonomsko polazište jeste pretpostavka da „tržište” nudi najdelotvorniji model na osnovu kog se dobija odgovor na ova pitanja. To znači da su u tržišnom modelu resursi raspodeljeni na osnovu cene proizvoda / usluge i mogućnosti da se za to i plati.

Međutim, zdravstvena ekonomika prepoznaje ograničenja ovog pristupa kada je u pitanju zdravstvena zaštita, gde se javlja veliki broj problema. Na primer, u savremenom društvu postoji potreba, zasnovana na solidarnosti (npr. visina doprinosa zavisi od zarade pojedinaca), za pravednom raspodelom resursa, koja je značajnija od platežne sposobnosti pojedinca. Postoje i problemi koji se odnose na dostupnost informacija. Lekari imaju više znanja nego pacijenti, što u tržišnim uslovima mogu da upotrebe u svoju korist. Pacijenti su u podređenom položaju u odnosu na lekare, budući da su prinuđeni da se oslone na znanje lekara specijaliste. To pacijenta dovodi u nepovoljan položaj i uz niz drugih specifičnosti ilustruje zašto tržišni model nije moguć kada je reč o pružanju usluga zdravstvene zaštite i zdravlju, što se u literaturi opisuje kao „neuspeh tržišta zdravstvene zaštite”.

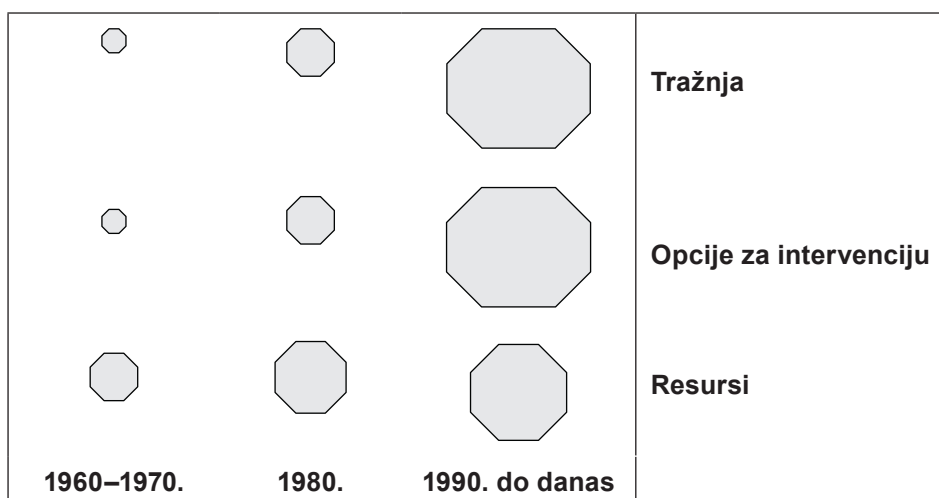
2 Značaj zdravstvene ekonomike

Zdravstvena ekonomika nastoji da reši problem „neuspeha tržišta zdravstvene zaštite” i nudi eksplicitan model odlučivanja, zasnovan na principu efikasnosti tj. dobijanju maksimalnih efekata ili postignutih rezultata u odnosu na uloženi napor (vreme, novac, drugi resursi). S obzirom na to da su resursi i budžet za zdravstvenu zaštitu ograničeni, potrošnja u jednoj oblasti neizbežno dovodi do smanjenja ulaganja u drugoj. Važnost zdravstveno-ekonomskog modela ogleda se u tome što on objašnjava kako se organizuje i finansira zdravstvena zaštita; on obezbeđuje okvir u kom se mnoga sporna pitanja mogu obraditi na konzistentan i empirijski način. Međutim, to je samo jedan od pristupa odlučivanju. Pitanja dostupnosti usluga zdravstvene zaštite, jednakosti, javnog mnjenja i politike su takođe važna i često u suprotnosti sa ekonomskim smernicama.

Do skoro su lekari imali ograničene mogućnosti kada je reč o izboru načina lečenja, a pacijenti su činili onako kako im se kaže. Podrazumevalo se da odluku o načinu lečenja donosi lekar. Međutim, s obzirom na ograničene resurse u zdravstvenoj zaštiti, osnažene korisnike i njihova veća znanja o zdravstvenim problemima, kao i veći broj različitih mogućnosti lečenja, javlja se potreba da se odluke donose otvoreno, kao i da se razmotre različite opcije. U suštini, pitanja na koja treba odgovoriti su: koji je optimalan nivo izdataka za zdravstvenu zaštitu, kako se taj optimalni nivo definiše i kako se o njemu odlučuje?

Na slici 1 dat je prikaz promena u tražnji i resursima tokom vremena, iz kojih je proizašla potreba za ekonomskom analizom (površina svakog elementa odražava veličinu te promenljive).

Slika 1: Promena odnosa resursa i tražnje (Kernick 2002)



3 Čime se bave zdravstveni ekonomisti

Zdravstveni ekonomisti proučavaju „proizvodnju” zdravlja na različitim nivoima. Na primer:

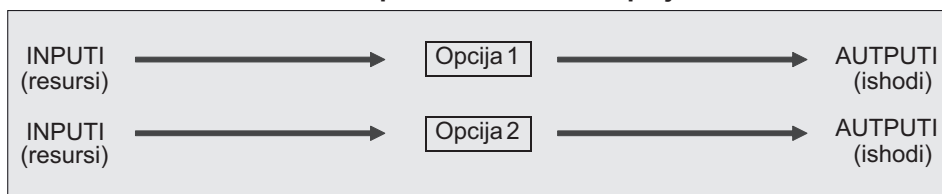
- Šta je zdravlje i kako određujemo vrednost zdravlja?
- Šta, osim zdravstvene zaštite, utiče na zdravlje?
- Šta utiče na tražnju zdravstvene zaštite?
- Šta utiče na ponudu zdravstvene zaštite? (npr. ponašanje lekara i pružalaca zdravstvene zaštite)
- Alternativni načini pružanja zdravstvene zaštite
- Planiranje, budžetiranje i monitoring zdravstvene zaštite
- Ekonomska evaluacija – odnos između troškova i ishoda alternativnih načina pružanja zdravstvene zaštite.

Ekonomske evaluacije su značajan deo aktivnosti zdravstvenih ekonomista; one su od izuzetne važnosti za donosiocje odluka, menadžere i same lekare. U ovom tekstu predstavljene su osnove za merenje, vrednovanje i poređenje troškova i ishoda različitih intervencija u zdravstvenoj zaštiti. Sledi pregled vrsta ekonomske evaluacije i njenih principa.

4 Ekonomska evaluacija

Ekonomska evaluacija pomaže donošenju adekvatnih odluka u oblasti zdravstvene zaštite. Pod ekonomskom evaluacijom podrazumeva se poređenje ishoda alternativnih intervencija i resursa potrebnih za njihovo sprovođenje.

Slika 2: Ekonomska analiza i procena različitih opcija



Pre razmatranja različitih vrsta ekonomske evaluacije, predstavljena su tri principa koja su važan deo svake ekonomske evaluacije.

4.1 Oportunitetni troškovi

Za razliku od klasičnih ekonomista koji se prevashodno bave novcem, zdravstveni ekonomisti naglašavaju značaj vrednosti ishoda. Kada je budžet ograničen, ulaganje resursa u jednu oblast istovremeno znači da je u nekoj drugoj oblasti propuštena mogućnost ulaganja. Uloženi resursi treba da se vrednuju i u odnosu na vrednost propuštene mogućnosti, što se naziva oportunitetnim troškom. Na primer, ukoliko Ministarstvo zdravlja naloži da se u povećanom obimu sprovodi skrining na karcinom grlića materice, treba da budemo svesni čega se odričemo da bismo obezbedili ove usluge, te da vrednujemo skrining i u odnosu na druge *propuštene* mogućnosti.

4.2 Različite perspektive

Kad god se postavi ekonomsko pitanje, važno je pažljivo razmisliti iz čije perspektive se sprovodi ekonomska analiza, jer od toga zavisi koji će se troškovi i ishodi smatrati važnim. Perspektiva pacijenta, bolnice, Ministarstva zdravlja, Fonda za zdravstveno osiguranje i lekara mogu se razlikovati.

Ilustracije radi, iz perspektive lekara opšte prakse ukupni troškovi lekara su, npr, 1.000 dinara po satu. Međutim, iz perspektive rukovodstva (Doma zdravlja, na primer), kapitalni troškovi i troškovi održavanja takođe su relevantni, pa je trošak, npr, 2.000 dinara po satu. Iz perspektive sistema, u obzir se uzimaju i troškovi osnovnih i postdiplomskih studija zdravstvenih radnika, koji, kada se uporede sa očekivanom dužinom radnog staža, ukupne troškove lekara povećavaju na 2.500 dinara po satu.

Prilikom odlučivanja između različitih mogućnosti lečenja, različite perspektive daju različite odgovore, a donosiocima odluka mora da bude jasno koja perspektiva je uzeta u obzir.

4.3 Marginalna analiza

Odnos količine resursa uložениh u jednu intervenciju i ishoda, odn. efekata koji iz nje proizilaze retko je linearan. S obzirom na to da se odluke u sektoru zdravstvene zaštite najčešće odnose na proširenje ili ugovaranje usluga, važno je razmotriti kako se povećanje efekta od dodatnih usluga (inkrementalna dobit) menja u odnosu na povećanje ulaganja za njihovo pružanje (inkrementalni trošak). Analiza odnosa dodatnih (marginalnih) troškova „proizvodnje” dodatnog željenog ishoda naziva se marginalna analiza.

Kao što je rečeno, marginalni troškovi ne rastu linearno. Poznat je primer marginalne analize Američkog društva za borbu protiv raka, koje je preporučilo da se, u cilju detektovanja raka debelog creva, uzorak stolice testira šest puta na prisustvo krvi, kako bi se izbegli lažno negativni rezultati. Svako testiranje (Gvajak test) dovodi do povećanja marginalnih troškova po inkrementalnom slučaju raka debelog creva koji je otkriven (tabela 1), što navodi na razmišljanje koliki broj testiranja je zapravo isplativ. Šesto testiranje stolice, u odnosu na peto, donosi veoma malo novootkrivenih slučajeva, dok dodatni trošak iznosi preko 47 miliona dolara po detektovanom slučaju.

Tabela 1: Rezultati marginalne analize Gvajak testova (Wenzel & Hysa, 2005)

Broj testova	Broj inkrementalnih slučajeva koji su detektovani	Inkrementalni troškovi (US\$)	Marginalni troškovi (US\$)
1	65,0465	77.511	1.175
2	5,4956	30.179	5.492
3	0,4580	22.509	49.150
4	0,0382	17.917	469.534
5	0,0032	15.024	4.724.695
6	0,0003	13.190	47.107.214

5 Vrste ekonomske evaluacije

Postoje različiti tipovi ekonomske evaluacije. Ona može biti potpuna i nepotpuna. Ukoliko se razmatraju samo troškovi neke intervencije ili troškovi bolesti, ili kada se razmatraju troškovi i ishodi samo jedne intervencije, a ne i njenih alternativa – radi o nepotpunoj ekonomskoj evaluaciji (vidi podnaslov 5.1). U zavisnosti od toga kako se mere ishodi/posledice intervencije, razlikujemo četiri različita tipa ekonomske evaluacije (podnaslov 5.2). To su: analiza minimizacije troškova (eng. cost-minimization analysis), analiza odnosa troškova i efekata (eng. cost-effectiveness analysis), analiza odnosa troškova i koristi (eng. cost-utility

analysis), i analiza odnosa troškova i dobiti (eng. and cost-benefit analysis). Ove ekonomske evaluacije su potpune jer uzimaju u obzir troškove i ishode alternativnih intervencija.

5.1 Ekonomsko opterećenje ili analiza troškova bolesti

Cilj studija ekonomskog opterećenja ili analize troškova bolesti jeste da se kvantifikuje ekonomsko opterećenje, merenjem troškova bolesti u monetarnim jedinicama.

Direktni troškovi su osnov analize troškova bolesti i odražavaju troškove sistema zdravstvene zaštite –izdatke za lekove ili troškove boravka u bolnici.

Indirektni troškovi odnose se na ekonomsko opterećenje uzrokovano gubitkom produktivnosti usled bolesti ili prevremene smrti.

Još uvek ne postoji konsenzus o tome koji je najbolji način merenja gubitka u produktivnosti, niti o tome da li je (izgubljena) zarada prava mera produktivnosti. Merenje indirektnih troškova zanemaruje one koji nisu zaposleni, ali takođe mogu biti pogođeni – npr. starije osobe, domaćice i deca školskog uzrasta.

Neopipljivi troškovi predstavljaju troškove koji nastaju usled bola, patnje ili opadanja kvaliteta života obolele osobe. Direktni i indirektni troškovi bolesti ne obuhvataju uticaj bolesti na kvalitet života obolele osobe. Na primer, pacijenti koji pate od hroničnih oboljenja kao što su artritis, astma ili dijabetes imaju ozbiljne probleme koji se odnose na kvalitet njihovog svakodnevnog života. Međutim, budući da je teško odrediti monetarnu vrednost ovih kategorija, neopipljivi troškovi se najčešće zanemaruju u ekonomskim studijama.

U nastojanju da se tačno izračunaju troškovi bolesti nailazi se na brojne metodološke poteškoće. Za takve analize potrebna su velika sredstva. Do rezultata se mora doći na osnovu uzoraka određene veličine. Osim toga, dolazi do „preklapanja” bolesti, odn. višestrukog obolevanja ili komorbiditeta, pa je teško utvrditi troškove jedne bolesti kada pacijent, npr., istovremeno pati od bola u donjem delu leđa i depresije.

Slika 3: Pregled prednosti i nedostataka analize troškova bolesti

Prednosti analize troškova bolesti

- Utvrđuje koliko društvo izdvaja za neku bolest
- Identifikuje različite komponente troškova
- Može da pomogne da se utvrde prioriteti za finansiranje
- Može da pomogne da se utvrde prioritetne oblasti za istraživanje

Problemi koji se tiču analize troškova bolesti

- Precizno merenje troškova može biti teško i zavisi od tačnosti polaznih pretpostavki
- Jednostavno identifikovanje oblasti sa visokim troškovima ne obezbeđuje dovoljno informacija koje bi ukazale na neefikasnost zdravstvene zaštite, pa ne bi trebalo automatski da vodi daljem detaljnom ispitivanju date oblasti

Analize troškova bolesti nude alternativnu perspektivu kada je reč o značaju bolesti u odnosu na ostale epidemiološke indikatore kao što su morbiditet i mortalitet. Međutim, zdravstveni ekonomisti se ne slažu po pitanju značaja bolesti. Ukoliko se ove studije koriste za alokaciju resursa, treba imati u vidu da analiza troškova bolesti ne daje odgovore na pitanja o efikasnosti korišćenja resursa.

Upravo iz tog razloga, neophodna je potpuna ekonomska evaluacija, budući da se takvim pristupom naglašava važnost merenja – kako troškova, tako i ishoda alternativnih intervencija u oblasti zdravstvene zaštite.

5.2 Potpune ekonomske evaluacije

5.2.1 Analiza minimizacije troškova (eng. cost-minimisation analysis)

U analizi minimizacije troškova, smatra se da su ishodi dve ili više intervencija koje se porede međusobno jednaki. S toga se analiza fokusira isključivo na troškove, pri čemu se bira najjeftinija opcija.

5.2.2 Analiza odnosa troškova i efekata (eng. cost-effectiveness analysis)

Analiza odnosa troškova i efekata je najčešće sprovedena vrsta ekonomske evaluacije, koja se koristi za poređenje efekata lečenja ili različitih programa koji imaju zajednički ishod po zdravlje (na primer, smanjenje krvnog pritiska izraženo u mmHg, ili spasene godine života). Rezultati se najčešće izražavaju u vidu odnosa – npr. troškovi po dobijenoj, tj. spašenoj godini života. Procenjuje se da troškovi u koronarnoj jedinici iznose oko 5.000 evra po dobijenoj godini života, a u neonatalnoj jedinici intenzivne nege 12.000.

Često se mere neposredni ishodi intervencija, kao što su broj otkrivenih slučajeva neke bolesti, smanjenje nivoa holesterola, smanjenje telesne težine pacijenata i slično. Pri tome je važno da merenje ovih neposrednih ishoda ima i svoj klinički značaj u smislu dugoročnog ishoda za pacijenta.

5.2.3 Analiza odnosa troškova i koristi (eng. cost-utility analysis)

Zdravstvene intervencije često utiču na kvalitet i dužinu života. Analiza odnosa troškova i koristi služi za procenu troškova i koristi od intervencija, kada ne postoji samo jedan poželjni ishod, već postoji i dodatna korist od rezultata određene intervencije. Analiza odnosa troškova i koristi omogućava i poređenje različitih programa u različitim oblastima.

Najčešće korišćena mera je QALY¹⁶ – „kvalitetna godina života ili godine života korigovane u odnosu na kvalitet”. Korist se meri na osnovu uticaja intervencije kako na dužinu tako i kvalitet života i na osnovu toga se izračunava ukupni indeks koristi po zdravlje. Zdravstveno stanje se vrednuje na skali od 0 (smrt) do 1 (potpuno zdravlje) i množi sa dužinom vremena provedenog u datom stanju. Na primer, ako neka intervencija dovodi do poboljšanja zdravstvenog stanja u vrednosti od 0,6 tokom perioda od 10 godina života, ukupna korist od te intervencije iznosi 6 QALY-ja. Procenjuje se da intervencija ugradnje bajpasa koronarne arterije košta 2.500

16 Eng. QALY – Quality Adjusted Life Year (prim. prev.)

evra po QALY, dok ugradnja veštačkog kuka košta 1.300 evra po QALY.

QALY odražava preferencije ljudi u odnosu na različita zdravstvena stanja i korišćenje QALY indeksa ostaje sporno u mnogim oblastima.

Slika 4: „Korist“ i QALY (Meltzer 2001)

QALY meri „korist“ određenog zdravstvenog stanja i dužinu života osobe u tom stanju. Postavlja se pitanje da li je vrednost ili kvalitet života osobe koja godinu dana živi sa paralizom nogu uzrokovanom poliomijelitisom jednaka, na primer, polovini godine života bez paralize?

Postoje tri osnovna metoda procene „koristi“ određenog zdravstvenog stanja: ekspertsko mišljenje, procena „koristi“ datog stanja utvrđena u prethodnim studijama, i istraživanja. Istraživanja mogu biti direktna i indirektna.

Direktna procena

Postoji nekoliko tehnika merenja: „standardni rizik“/„kockanje“ (eng. standard gamble), „kompromis u zavisnosti od vremena“ (eng. time trade-off), i „rangiranje“ (eng. rating scale). Kod metoda „standardnog rizika“ osoba treba da se opredeli za rizik ili izvesnost. Na primer, rizik se sastoji u tome da postoji određena verovatnoća (p) da tokom intervencije koja bi ublažila poliom-indukovanu paralizu dođe do smrti pacijenta i verovatnoća ($1-p$) da pacijent, nakon intervencije, provede 29 godina života u zdravlju, dok je izvesno da bi pacijent živio 30 godina sa poliom-indukovanom paralizom nogu. Tokom intervju, verovatnoća p se menja sve dok ispitanik ne postane indiferentan prema riziku i izvesnosti. Verovatnoća p tj. vrednost koja je povezana sa tim stanjem indiferentnosti (npr. 0,65) ekvivalentna je QALY-ju osobe koja živi sa poliom-indukovanom paralizom.

Indirektna procena

U indirektnom vrednovanju ishoda koriste se upitnici koji zdravstveno stanje raščlanjuju u nekoliko podgrupa ili domena, kao što su mogućnosti npr. socijalne, kulturne; percepcija zdravlja (zadovoljstvo sopstvenim zdravstvenim stanjem); i fizičke funkcije (npr. mobilnost, briga o sebi). U svakom domenu ispitanici ocenjuju (rangiraju) efekte bolesti na osnovu seta opisa. Na primer, za mobilnost ispitanik može da navede da može samostalno da hoda po kući i po susedstvu, ali sa izvesnim ograničenjima. Ovom odgovoru se dodeljuje težinski koeficijent, npr. 0,9 – na skali od 0 do 1. Zajedno sa odgovorima i iz svih drugih domena i njihovim pridruženim težinskim koeficijentima, konstruiše se jedinstveni indeks.

Slika 5: Procene različitih intervencija u odnosu na troškove po QALY-ju

Tabela troškova po QALY-ju za konkurentne intervencije – indikativne procene Troškovi po QALY-ju (procena u evrima iz 2000. godine)	
Intervencija	
Savetovanje za prestanak pušenja	270
Antihipertenzivna terapija	940
Ugradnja pejsmekera	1100
Ugradnja veštačkog kuka	1180
Zamena zaliska kod stenoze aorte	1410
Bajpas koronarne arterije	2090
Transplantacija bubrega	4710
Pregled dojki (skrining)	5780
Transplantacija srca	7840
Hemodijaliza u bolničkim uslovima	21970

5.2.4 Analiza odnosa troškova i dobiti (eng. cost-benefit analysis)

U analizi odnosa troškova i dobiti, nastoji se da se svi troškovi i posledice intervencije izraze, tj. vrednuju u monetarnim jedinicama. Međutim, ogromna količina potrebnih podataka i metodološka i etička pitanja vezana za vrednovanje dobiti koja nije monetarna (npr. sačuvani životi), čine ovaj metod diskutabilnim.

Slika 6: Poređenje različitih metoda zdravstveno-ekonomske evaluacije intervencija

Metod	Troškovi koji su uključeni ^a		Merenje/ vrednovanje ishoda
	Direktni	Indirektni	
Analiza odnosa troškova i dobiti	Da	Da	Finansijski (€ / \$ i dr.)
Analiza odnosa troškova i efekata	Da	Često	Efekti po zdravlje ^b
Analiza odnosa troškova i koristi	Da	Ponekad	Vrednovanje koristi ^c

^a Svi budući monetarni troškovi i dobiti (uštete)

^b Primer efekta je broj rano otkrivenih i lečenih tumora

^c Primer mere koristi je QALY

5.2.5 Analiza odnosa troškova i posledica

Iako ovaj pristup nije formalni metod ekonomske analize, mogao bi biti zanimljiviji donosiocima odluka, s obzirom na to da oni sami određuju težinu različitih ishoda. U mnogim slučajevima, studije razmatraju veliki broj različitih ishoda koje nije moguće sažeti u jednu meru dobiti. U tom slučaju, troškovi i ishodi su predstavljeni u disagregiranom obliku, čime se izbegava potreba za prikazivanjem rezultata putem jednog indeksa, što, sa druge strane, otežava proces donošenja odluka. Bez obzira na sve, ovaj pristup ilustruje kako se donose odluke u realnom svetu.

Slika 7: Kako analiza odnosa troškova i posledica može da izgleda u praksi

Troškovi	Posledice
Troškovi obezbeđivanja primarne zdravstvene zaštite	Razlike u kliničkim ishodima („poboljšanja”)
Troškovi obuke lekara opšte prakse	Poboljšane mogućnosti izbora za pacijente
Uštede u troškovima sekundarne zdravstvene zaštite	Unapređena dostupnost Smanjene mogućnosti za obuku u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti Mogućnosti edukacije za lekare opšte prakse

Slika 8: Pregled različitih vrsta zdravstveno-ekonomske evaluacije (Kernick 2003)

Vrsta evaluacije	Merenje i procena ishoda
Analiza minimizacije troškova	Podrazumeva se da su ishodi jednaki. Akcenat je na merenju troškova. <i>Često nije relevantna analiza, s obzirom na to da su ishodi retko ekvivalentni.</i>
Analiza odnosa troškova i efekata	Ishodi se mere prirodnim jedinicama (npr. dobijene godine života, prevenirani smrtni ishodi). <i>Ovaj pristup je korišćen u brojnim publikovanim studijama i najrelevantniji je za lekare.</i>
Analiza odnosa troškova i koristi	Vrednovanje zdravstvenog stanja zasnovano je na ličnom doživljaju (npr. dobijene kvalitetne godine života). <i>Ovaj pristup dobija na značaju s obzirom na potrebu donošenja odluka na nacionalnom nivou, kao i potrebu uzimanja u obzir kvaliteta života. Međutim, brojni metodološki problemi ostaju nerešeni.</i>
Analiza odnosa troškova i dobiti	Svi ishodi se vrednuju u monetarnim jedinicama (npr. količina novca spremna za izdvajanje u cilju prevencije smrtnog ishoda). <i>Retko se koristi s obzirom na metodološke i etičke probleme u vrednovanju svih ishoda u monetarnim jedinicama.</i>

6 Problemi vezani za zdravstveno-ekonomsku evaluaciju

Kada se donosi odluka o raspodeli resursa u zdravstvenoj zaštiti važna je perspektiva: perspektiva iz koje je evaluacija sprovedena određuje koji troškovi i ishodi su uzeti u obzir.

Rezultati evaluacije razlikuju se zavisno od toga da li je evaluacija sprovedena iz perspektive pacijenta, primarne zdravstvene zaštite, sekundarne zdravstvene zaštite, zdravstvenog sistema, ili društva. Pri tom, ove perspektive su često u suprotnosti. Na primer, na „pozitivnu listu lekova” fonda za zdravstveno osiguranje neće mnogo uticati ekonomski gubici usled odsustva sa radnog mesta zbog određene bolesti, pa neće biti spremni da taj lek dodaju na „pozitivnu listu” s obzirom na njegovu visoku cenu, uprkos činjenici da on može pozitivno da utiče na ekonomsku aktivnost stanovništva.

U idealnim uslovima, ekonomska evaluacija treba da bude sprovedena tokom kliničkog ispitivanja ili sprovođenja neke javnozdravstvene intervencije, ali to nije uvek izvodljivo u praksi. Često se sprovode studije modelovanja zasnovane na dokazima – ukoliko dokazi postoje, ili na ekspertskom mišljenju – u slučaju nedostatka dokaza. Važno je znati na kojim pretpostavkama je ekonomska evaluacija zasnovana i, kad god je moguće, testirati osetljivost rezultata koji proizilaze iz tih pretpostavki. To se naziva analizom osetljivosti (eng. sensitivity analysis).

Analiza osetljivosti omogućava testiranje rezultata evaluacije u različitim situacijama na koje se nailazi u praksi, kako bi se odredilo koliko na analizu utiču potencijalne ključne varijable.

Konačno, mogu se javiti problemi vezani za statističku obradu ekonomskih podataka i zahteve koji se odnose na određivanje snage studije (sposobnost da se detektuju statistički značajne razlike) iz ekonomske perspektive, koji se razlikuju od kliničkih zahteva.

7 Donošenje odluka na osnovu ekonomske evaluacije

Kada se sprovede analiza minimizacije troškova i analiza odnosa troškova i dobiti, donošenje odluka je prilično jednostavno. Kada je u pitanju analiza minimizacije troškova, bira se najjeftinija opcija. U slučaju analize odnosa troškova i dobiti, bira se opcija kod koje je monetarna dobit veća od ulaganja.

Kada se posmatraju rezultati analize odnosa troškova i efekata (ili analize odnosa troškova i koristi) za dve intervencije (A i B) koje imaju isti cilj, ukoliko su troškovi intervencije A niži od troškova intervencije B, a pri tom ishodi intervencije A bolji, onda je jasno da prednost ima intervencija A. Međutim, često je slučaj da nova, savremenija intervencija ili uvođenje novog leka košta više, ali da ima i bolje ishode. Stoga je važno da se izračuna kolika je dodatna korist ili efekat u odnosu na dodatne troškove, što se naziva inkrementalnim odnosom troškova i efekata (ili troškova i koristi). Na osnovu toga treba doneti odluku da li su dodatni ishodi intervencije vredni dodatnih troškova.

Jedan pristup sugerije postojanje pragovne vrednosti za troškove po QALY-ju za koju je društvo spremno da plati. Na slici 10 pokazan je drugi mogući okvir, zasnovan na kvalitetu dokaza, koji ukazuje na to da prvo treba prihvatiti one intervencije za koje postoje dobri dokazi. U ovom primeru, opcija B je u prednosti u odnosu na opcije A i C. Opcija B ima jače dokaze u odnosu na opciju A i opciju C, ali su troškovi veći u odnosu na A, i niži u odnosu na C. S toga, pri donošenju odluke treba razmotriti i političke, kliničko-terapeutske i finansijske aspekte.

Slika 9: Okvir za donošenje odluka zasnovan na kvalitetu dokaza i odnosa troškovi / QALY

Različite intervencije i troškovi po QALY-ju ¹			
	A	B	C
	€3000 / QALY	€5500 / QALY	€5700 / QALY
KVALITET DOKAZA			
Snažan dokaz (RCT)	±	++	±
Dobar dokaz (non-RCT)	++	+	++
Ekspertsko mišljenje	+	±	±
Neadekvatan dokaz	0	0	0

8 Zaključak

Nova intervencija, lečenje ili uvođenje nove tehnologije podrazumeva određene troškove. Međutim, zdravstveni ekonomisti naglašavaju da troškove ne treba posmatrati nezavisno od ishoda koji iz njih proističu. Definisanjem okvira za poređenje troškova i ishoda različitih intervencija, zdravstveni ekonomisti mogu da olakšaju donošenje teških odluka, koje su neizbežne u zdravstvenoj zaštiti.

Neophodno je i pažljivo proceniti ishode. Farmaceutska industrija, npr., ističe brojne zdravstveno-ekonomske studije; postoji prirodna tendencija da se objavljuju povoljne studije, na štetu onih koji date proizvode možda i ne bi prikazali u pozitivnom svetlu.

Delotvornost određene intervencije nije automatski garancija da su resursi efikasno iskorišćeni. Imajući u vidu sve veće zahteve od zdravstvene zaštite i ograničenost resursa u ovoj oblasti, zdravstvena ekonomika dobija na značaju, pa je važno da svi uključeni u zdravstvenu politiku, klinička istraživanja ili obezbeđivanje usluga na bilo kom nivou, razumeju njene osnove.

Manfred Mantej

Profesor međunarodnog menadžmenta,
Forchajm univerzitet,
Nemačka

Bosiljka Đikanović

Asistentkinja na Institutu za socijalnu medicinu
Medicinski fakultet,
Univerzitet u Beogradu

Literatura

Članci

- Kernick DP. (2000). Costing principles in primary care. *Fam Pract*;17:1766–70
- Kernick DP. (2003). Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgraduate Medical Journal*;79:147-150; doi:10.1136/pmj.79.929.147
- Mauskopf J, Paul J, Grant D, *et al.* (1998). The role of cost consequence analysis in health care decision making. *Pharmacoeconomics*;13:277–88
- Meltzer M I. (2001). Introduction to health economics for physicians. *Lancet*; Vol 358; 993
- Mills A. (1997). Leopard or chameleon ? The changing character of international health economics. *Tropical Medicine and International Health*; 2 (10): 963-77
- Neuhauser D, Lewicki AM. (1975). What do we gain from the sixth stool guaiac? *New England Journal of Medicine*;293:226-8

Udžbenici

- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press, New York
- Drummond M, Maynard A. (1993). *Purchasing and providing cost effective health care*. Churchill Livingstone, London
- Haddix AC, Teutsch SM, Shaffer PA, Dunet DO, eds. (1996). *Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation*. Oxford University Press, New York
- Gold MR, Siegal JE, Russell LB, Weinstein MC, eds. (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press, New York
- Mankiw NG, Taylor MP. (2006). *Ekonomija*. Cengage Learning (izdavač u Srbiji: Datastatus).
- Meltzer MI, Teutsch SM. (1998). Setting priorities for health needs, managing resources. In: Stroup DF, Teutsch SM, eds. *Quantitative solutions to health problems*. Oxford University Press, New York
- Patrick DL, Erickson P. (1993). *Health status and health policy*. Oxford University Press, New York
- Wenzel H, Hysa B. (2005). Economic appraisal as a basis for decision making in health systems. In: Bjegovic V & Donev D (Eds). *Health systems and their evidence-based development*. Hans Jacobs Publishing Company, Lage, Germany

POGLAVLJE 3

METODOLOGIJE UNAPREĐENJA KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

SPROVOĐENJE PROGRAMA ZA UNAPREĐENJE KVALITETA U BOLNICAMA U SRBIJI

Kako započeti program unapređenja kvaliteta u bolničkom okruženju

Majkl O'Rurk

Jelena Đukić

Uvod

Sledeći koraci predstavljaju vodič za osmišljavanje aktivnosti unapređenja i praćenja kvaliteta za menadžere bolnica u Srbiji. Osnovni principi na kojima se zasnivaju programi kvaliteta zajednički su za sve ustanove – mogu se razlikovati jedino obim i raspon aktivnosti između bolnica različite veličine:

- izrada pravilnika;
- uspostavljanje komisije za unapređenje kvaliteta;
- imenovanje odgovorne osobe za unapređenje kvaliteta;
- planiranje pristupa za unapređenje kvaliteta;
- edukacija osoblja;
- utvrđivanje problematičnih oblasti;
- odabir metoda za pristup kvalitetu;
- dokumentovanje rasporeda aktivnosti i prikupljanje rezultata;
- distribucija rezultata i započinjanje procesa praćenja.

Svaki od ovih koraka detaljno je opisan u nastavku.

1 Izrada pravilnika o unapređenju kvaliteta u zdravstvenim ustanovama

Menadžment zdravstvene ustanove treba da razvije i usvoji pravilnik bolnice za unapređenje kvaliteta i postavi određene zahteve koje bolničko osoblje koje treba da obezbedi kvalitetnu negu i usluge mora da poštuje. Nivoi odgovornosti za kvalitet pružene nege treba da budu ustanovljeni zajedno sa ostalim indikatorima i standardima, opštim pravilima i mehanizmima izveštavanja. Takvo uspostavljanje procesa unapređenja kvaliteta treba da bude rezultat ideja multidisciplinarnе grupe profesionalaca pod vođstvom višeg rukovodstva.

Zaposleni na svim nivoima treba da budu svesni pristupa unapređenju kvaliteta u okviru organizacije, a pravilnik treba da bude ugrađen u opšta pravila bolnice putem propisa, priručnika za osoblje, orijentacionih kurseva itd. Očekivanje da zaposleni budu uključeni u proces unapređenja kvaliteta treba jasno da bude navedeno u opisima poslova.

U ovoj fazi treba razviti strukture kvaliteta i definisati konkretne opise zadataka i zaduženja, kao i mehanizme unapređenja kvaliteta koje treba primeniti u celoj organizaciji.

Procesi

- Izjava o misiji i posvećenosti kvalitetu (videti primer)
- Posvećenost menadžmenta razvoju procesa kvaliteta (o tome se organizacija obaveštava saopštenjima, izjavama, pravilnicima itd.)

Primer organizacije koja je otvoreno posvećena unapređenju

NAŠA POSVEĆENOST USLUGAMA

Posvećeni smo promociji, zaštiti i održavanju zdravlja zajednice kojoj služimo putem:

liderstva – u organizovanju i pružanju usluga koje će odgovoriti na individualne potrebe i potrebe zajednice;

dostignuća – izuzetnosti u pružanju usluga, edukaciji i menadžmentu;

efikasnosti – u upravljanju ljudskim, finansijskim i kapitalnim resursima;

usredsređenosti na korisnika u smislu –

- obezbeđivanja informacija koje pomažu da razumete svoje zdravstveno stanje i mogućnosti izbora;
- poštovanja dostojanstva, kulture, verskih uverenja i prava na privatnost i poverenje;
- obezbeđenja mogućnosti da dobijete savet i mišljenje drugog lekara;
- slušanja korisnika i reagovanja na njegova/njena mišljenja, sugestije, nedoumice;
- lečenja korisnika uz adekvatne veštine, negu i fer odnos.

Među našim korisnicima je lokalno stanovništvo, ljude koji rade u ovoj oblasti, posećuju našu ustanovu ili su upućeni iz drugih ustanova, kao i snabdevači i organizacije sa kojima sarađujemo.

Da bismo unapredili zdravlje zajednice, pružamo sledeće usluge:

NABROJATI USLUGE KOJE PRUŽA ZDRAVSTVENA USTANOVA



Ako bude potrebno, naše osoblje će sa zadovoljstvom preneti vaša pitanja odgovarajućoj osobi.

Kao organizacija posvećena dostizanju izuzetnog kvaliteta zdravstvene zaštite, cenimo vaše mišljenje i vaši komentari o tome u kojoj meri ispunjavamo vaše potrebe su dobrodošli, kao i eventualne sugestije o tome kako da unapredimo svoje usluge i negu koju pružamo.

Ime i kontakt adresa direktora zdravstvene ustanove:

Poruka bolnice osoblju:

IZJAVA BOLNICE O KVALITETU

Naša bolnica je potpuno posvećena programu unapređenja kvaliteta, koji je put ka kontinuiranim poboljšanjima i ostvarivanju opštih ciljeva, a to su:

- **izuzetnost u pružanju nege i usluga;**
- **ostvarivanje optimalnih kliničkih procesa i ishoda nege;**
- **organizacija usredsređena na pacijenta.**

Sve navedeno treba da bude dokumentovano podacima i kvantitativnim merenjima.

Svako odeljenje i svaki zaposleni neposredno ili posredno doprinose ukupnom kvalitetu pružanja nege i usluga. Kvalitet traži posvećenost na svim nivoima organizacije. Zato se očekuje da svi zaposleni učestvuju u aktivnostima u oblasti unapređenja kvaliteta.

2 Uspostavljanje komisije za unapređenje kvaliteta

Kada se usvoji pravilnik bolnice za unapređenje kvaliteta (tj. posvećenost organizacije za preduzimanje aktivnosti unapređenja kvaliteta, primenu tehnika i procesa za unapređenje kvaliteta i naglašavanje potrebe za kontinuiranim unapređenjem), treba osnovati komisiju za kvalitet. Veličina i struktura komisije koja je određena za planiranje i koordinaciju bolničkih aktivnosti i programa u vezi sa unapređenjem kvaliteta će se razlikovati od bolnice do bolnice, u zavisnosti od njihove veličine, organizacione strukture, sastava osoblja itd.

1. U većoj bolnici, mogu se osnovati glavna komisija za unapređenje kvaliteta i komisije na svakom odeljenju, koje bi u svojim oblastima sprovodile konkretne aktivnosti vezane za kvalitet.
2. Moguće je da komisija koja već funkcioniše u okviru bolnice preuzme na sebe odgovornost za unapređenje kvaliteta, naročito u manjim bolnicama koje nemaju brojne komisije kao u većim ustanovama (npr. Komisija za procenu pružene zdravstvene nege ili opšta Komisija za upravljanje bolnicom).
3. U manjim bolnicama, verovatno nije izvodljivo formirati odvojenu komisiju za unapređenje kvaliteta. Zato bi „unapređenje kvaliteta“ trebalo uvesti kao stalnu tačku dnevnog reda u radu drugih komisija ili organa u bolnici; aktivnosti vezane za kvalitet treba analizirati i o njima izveštavati pod tom tačkom dnevnog reda.

Ne postoji opšteprihvaćeni pristup za uspostavljanje komisije za unapređenje kvaliteta. Svaka bolnica treba da razmotri sopstvenu situaciju pre nego što odluči o sastavu, funkcijama i dužnostima komisije za unapređenje kvaliteta. Sledi nekoliko sugestija.

Opis zadataka i odgovornosti

Opis zadataka i odgovornosti komisije je veoma važan za uspešan rad i treba da bude utvrđen od samog početka. Zaposlene treba obavestiti da se od njih očekuje da učestvuju u unapređenju kvaliteta u sklopu svojih redovnih radnih obaveza. Radni zadaci se mogu odnositi na sledeće:

- koliko često će se održavati sastanci – čak i u najmanjoj bolnici, sastanke treba održavati najmanje jednom u tri meseca, a idealno bi bilo jednom mesečno;
- vreme i mesto sastanaka – sastanke treba organizovati tako da osoblje uključeno u program može na vreme da pripremi izveštaje koje će prezentovati, uzimajući u obzir rokove za završetak aktivnosti u skladu sa predloženim rasporedom;
- treba istaći funkcije kao što su:
 - koordinacija aktivnosti za unapređenje kvaliteta u bolnici;
 - iniciranje aktivnosti za unapređenje kvaliteta koje se odnose na stvarne ili potencijalne problematične oblasti u bolnici;
 - planiranje i utvrđivanje prioriteta programa unapređenja kvaliteta (npr. klinička pitanja, orijentisanost ka korisnicima, infrastruktura itd.);
 - pregled i analiza rezultata, preporuka i aktivnosti koje su preduzete na odeljenjima ili u grupama uključenim u rad na unapređenju kvaliteta;
 - obezbeđivanje izvora informacija o unapređenju kvaliteta (materijali, vodiči, ciklus unapređenja kvaliteta itd.);
 - preduzimanje mera za rešavanje utvrđenih problema;
 - preduzimanje korektivnih aktivnosti;
 - distribucija informacija svim zaposlenima i delovima organizacije;
 - redovno ocenjivanje delotvornosti programa za unapređenje kvaliteta.

Članstvo

Članove komisije treba pažljivo odabrati. Jedan od poželjnih atributa za članove komisije jeste jaka motivacija za rešavanje određenih bolničkih problema. Multidisciplinarna komisija može da se sastoji od sledećih članova:

- generalni direktor;
- glavna sestra;
- stariji doktor(i);
- prateće službe;
- srodne medicinske grane (npr. fizioterapija);
- administrativno osoblje zaduženo za medicinske kartone;
- koordinator za unapređenja kvaliteta;
- predstavnici korisnika zdravstvene zaštite.

Procedure

Predsedavajućeg komisije mogu izabrati drugi članovi komisije na određeno vreme ili ga može imenovati direktor (npr. koordinator za unapređenje kvaliteta je možda najbolja osoba za predsedavanje sastancima). Jednom kada se komisija osnuje, treba obezbediti kancelarijski prostor u kome će komisija održavati sastanke.

Primer Poslovnik o radu komisije za unapređenje kvaliteta

Cilj:

Komisija za unapređenje kvaliteta odgovorna je za nadgledanje sprovođenja plana za unapređenje kvaliteta, kao i za kontinuirano praćenje i ocenjivanje plana unapređenja kvaliteta u okviru svih odeljenja i službi zdravstvene ustanove. Komisija za unapređenje kvaliteta koordinira i integriše sve aktivnosti organizacije usmerene ka programu kontinuiranog unapređenja.

Funkcije:

1. Razvoj smernica za sprovođenje aktivnosti u cilju unapređenja kvaliteta na svim nivoima organizacije
2. Obezbeđivanje kontinuiranog unapređenja u ukupnom procesu pružanja zdravstvenih usluga, potkrepljenog podacima i kvantitativnim merenjima
3. Obezbeđivanje kontinuiteta sprovođenja aktivnosti u cilju unapređenja kvaliteta, a u skladu sa opštim planom za unapređenje kvaliteta
4. Prijem izveštaja i razmatranje rezultata sprovedenih aktivnosti u cilju unapređenja kvaliteta na nivou ustanove
5. Uvođenje ključnih elemenata praćenja, analize, ocenjivanja i povratnih informacija u dokumentaciju i izveštaje u vezi sa kvalitetom, kao i u odgovarajuća pravila i procedure
6. Vođenje evidencije o preduzetim aktivnostima u vezi sa kvalitetom
7. Godišnje izveštavanje o evaluaciji i rezultatima opšteg plana za unapređivanje kvaliteta i analiza plana svakog odeljenja/sektora
8. Promovisanje posvećenosti unapređivanju kvaliteta u celoj organizaciji putem redovne komunikacije sa zaposlenima
9. Razmatranje potrebnih resursa za sprovođenje programa unapređivanja kvaliteta i davanje preporuka o tome

Članovi:

Generalni direktor

Direktor za medicinske poslove

Osoblje iz upravljačkog tima (finansije, administracija, službe podrške, korporativne službe itd.)

Glavna sestra

Načelnici kliničkih odeljenja (interna medicina, hirurgija, akušerstvo, laboratorija itd.)

Šefovi drugih odeljenja (npr. tehnička služba, službe podrške itd.)

Koordinator za unapređenje kvaliteta

Predstavnici korisnika

Intervali održavanja sastanaka:

Mesečno ili kvartalno

Mehanizmi izveštavanja:

Izveštaje o sprovedenim aktivnostima u cilju unapređenja kvaliteta pojedinačnih odeljenja ili sektora treba proslediti Komisiji za unapređenje kvaliteta, dok zapisnici sa sastanaka Komisije treba da budu široko distribuirani u okviru organizacije.

3 Imenovanje koordinatora za unapređenje kvaliteta

Komisija za unapređenje kvaliteta će mnogo bolje funkcionisati uz pomoć koordinatora za unapređenje kvaliteta, koji će imati vitalnu ulogu u uspešnom sprovođenju programa unapređenja kvaliteta u celoj ustanovi.

Koordinator za unapređenje kvaliteta može biti novi zaposleni koji je angažovan konkretno za poslove unapređenja kvaliteta ili postojeći zaposleni čija je uloga promenjena i dodeljeni mu poslovi unapređivanja kvaliteta. Koordinator za unapređenje kvaliteta će biti odgovoran za sledeće:

- planiranje, usmeravanje, organizovanje i ocenjivanje programa za unapređenje kvaliteta;
- utvrđivanje usvojenog plana i rasporeda aktivnosti za dostizanje ciljeva unapređenja kvaliteta;
- izradu planova i aktivnosti vezanih za kvalitet;
- edukaciju zaposlenih; obezbeđenje materijala i resursa za unapređenje kvaliteta;
- imaće ulogu centralne osobe zadužene za unapređenje kvaliteta u okviru organizacije.

Koordinator za unapređenje kvaliteta treba da bude motivisana osoba, da bude vešt u ophođenju sa ljudima (npr. komunikacija, empatija), da dobro barata podacima, da bude sposoban da inicira promene, da bude edukator, da bude u stanju da ocenjuje aktivnosti.

Rukovodstvo treba da podrži koordinatora za unapređenje kvaliteta tako što će mu obezbediti odgovarajuće resurse (kancelarija, kancelarijski materijal itd.) i dovoljno sredstava za edukativne materijale, kurseve i sl. Uloga koordinatora za unapređenje kvaliteta treba da bude objašnjena svim zaposlenima, a on treba da

bude predstavljen svim zaposlenima (na primer, na sastanku svih zaposlenih) kao ključna osoba u organizaciji kojoj je više rukovodstvo poverilo važne zadatke.

Odgovornosti koordinatora za unapređenje kvaliteta

- Obezbeđivanje delotvornog rada Komisije za unapređenje kvaliteta
- Organizovanje i koordinacija svih komisija i radnih tela za unapređenje kvaliteta
- Priprema izveštaja i odgovarajuće prenošenje informacija
- Pomoć u izradi programa kontinuiranog obrazovanja za lekare, sestre, nemedicinski kadar i druge stručnjake
- Pomoć u redovnom preispitivanju planova i programa unapređenja kvaliteta
- Savetovanje u utvrđivanju podataka, izvora informacija i njihove dostupnosti
- Organizovanje prikupljanja relevantnih podataka
- Vođenje registra aktivnosti u vezi sa unapređenjem kvaliteta
- Pomoć u integraciji i koordinaciji aktivnosti (da bi se sprečilo dupliranje posla)
- Obezbeđivanje redovnog praćenja sprovođenja preporuka o aktivnostima vezanim za kvalitet
- Izrada kalendara aktivnosti vezanih za kvalitet sa ciljevima i ishodima
- Uloga centralne tačke i obezbeđivanje resursa za sve inicijative u vezi sa kvalitetom

Sredstva i resursi koje treba obezbediti za koordinatora za unapređenje kvaliteta

Koordinator za kvalitet treba da ima određene uslove za rad:

- kancelariju;
- sto i sopstvenu telefonsku liniju;
- ormare za dokumenta sa ključem, za čuvanje poverljivih informacija;
- pomoćna sredstva, npr. belu tablu za pisanje, projektor itd.

Promovisanje koordinatora za kvalitet

Kada se odredi koordinator, važno je predstaviti ga zaposlenima na pravi način. Ključne stvari u vezi s tim jesu komunikacija i podrška od strane menadžmenta. Problemi i teme u vezi sa kvalitetom su relativno novi u Srbiji, tako da je važno podsticati prihvatanje tog pojma i okvira pre nego što aktivnosti počnu da se sprovode. Zato je od ključne važnosti objasniti lekarima, sestrama i drugim zaposlenima šta program za unapređenje kvaliteta treba da postigne – koji je njegov cilj, kakva je korist od njega i šta sve on podrazumeva. Edukacija osoblja je najvažnija u ovoj fazi, ali i u fazama koje slede.

Komunikacija se najbolje ostvaruje na sastancima zaposlenih i putem redovnih saopštenja i dopisa u kojima su u glavnim crtama izloženi program unapređenja kvaliteta i uloga koordinatora za unapređenje kvaliteta. Bilteni su zato koristan način za prenošenje i distribuciju ovakvih informacija.

Na mnogo načina, uspeh ili neuspeh programa unapređenja kvaliteta zavisi od sposobnosti koordinatora da primeni delotvoran pristup unapređenju kvaliteta: da planira, sprovodi planove, prezentuje rezultate i izveštava o njima i da zatim sprovodi korektivne aktivnosti, kao i da prati, analizira i distribuira rezultate.

Ukratko, koordinator za kvalitet je neko ko zna šta se, kada, zašto i kako dešava i on olakšava proces unapređenja kvaliteta u okviru organizacije.

4 Planiranje pristupa

Postoji potreba za definisanim, prethodno planiranim, jasnim pristupom za utvrđivanje programa unapređenja kvaliteta i to mora biti jasno definisano i objašnjeno osoblju. Rukovodstvo mora da podržava koncept unapređenja kvaliteta i njegovu primenu, da ga objasni zaposlenima i da ih ubedi da prihvate taj pristup.

U bolnici treba odrediti funkcije za formalnu analizu i ocenu kvaliteta (na primer: protivpožarna zaštita, kontrola infekcija, vođenje evidencija, izdavanje lekova i održavanje zaliha, održavanje higijene itd). Osobe odgovorne za te funkcije treba da budu svesne neophodnosti analize problema i procene kvaliteta, kao i potrebe za unapređenjem u svojoj oblasti.

U velikim ustanovama, odeljenja su odgovorna za analizu važnijih aspekata pružene nege i usluga, kao i za pokretanje procesa unapređenja kvaliteta uz pomoć komisije ili tela za kvalitet cele bolnice ili samog odeljenja.

Treba utvrditi dostupne izvore podataka (to treba da radi koordinator za unapređenje kvaliteta) radi lakšeg pregleda, analize, praćenja itd. Mogući izvori podataka mogu biti medicinski kartoni pacijenata, evidencija prisustva osoblja na radnom mestu, stopa odsustvovanja zbog bolesti, stope infekcija, evidencija o kvarovima na opremi itd.

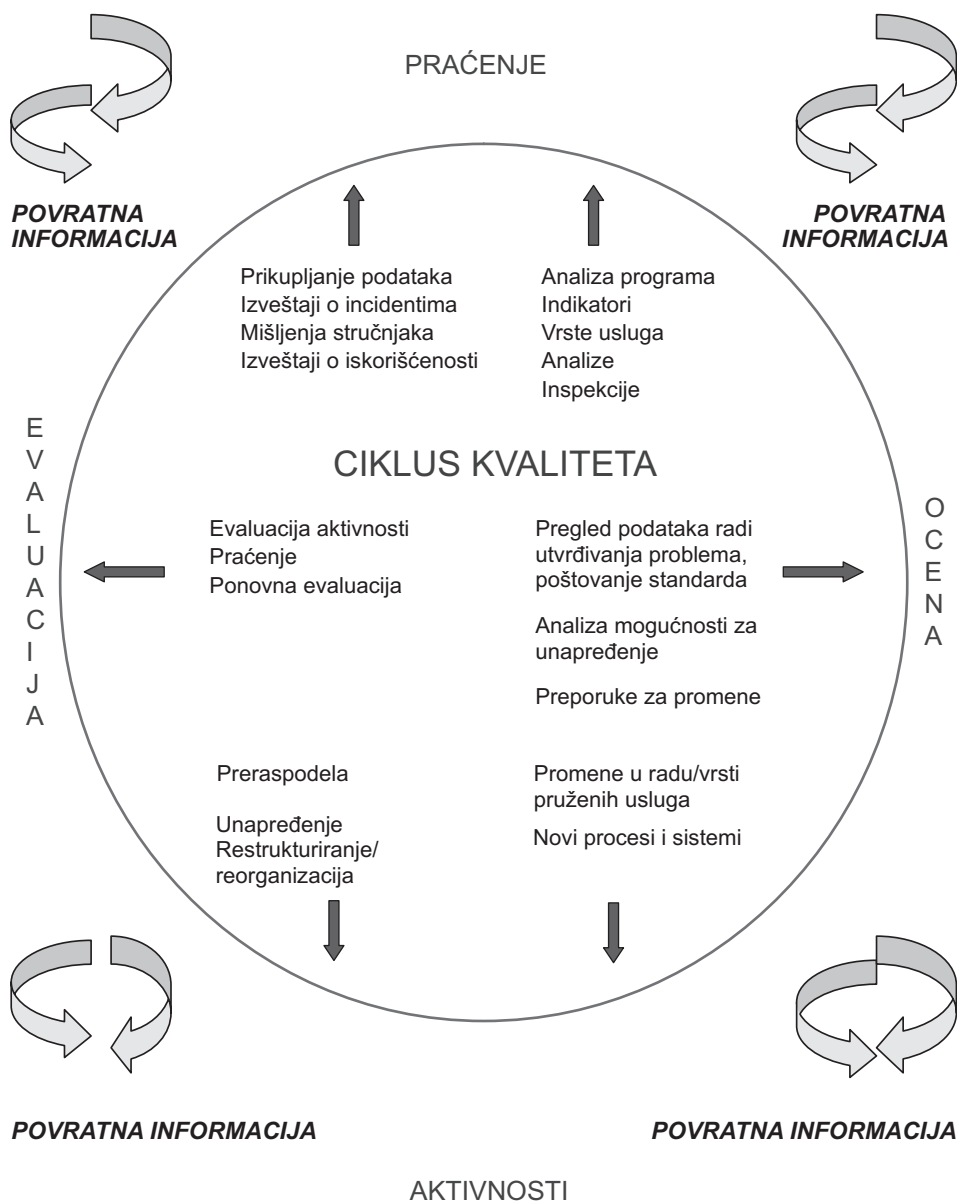
Treba utvrditi indikatore učinka, na primer: komplikacije vezane za hirurške intervencije, stopa smrtnosti, greške u propisivanju lekova, stopa odlaska (otkaza) zaposlenih, povrede pacijenata/zaposlenih, žalbe itd.

Koristeći sve gore navedeno, metodi u ciklusu kvaliteta u vezi sa praćenjem (prikupljanje podataka), ocenom (analiza informacija), aktivnostima (pronalaženje rešenja), evaluacijom, povratnim informacijama i dokumentovanjem treba da usmeravaju praktično i adekvatno preduzimanje aktivnosti u vezi sa kvalitetom.

Procesi

- Ciklus kvaliteta

CIKLUS UNAPREĐENJA KVALITETA



5 Edukacija osoblja

Edukacija osoblja o neophodnosti unapređenja kvaliteta veoma je važna. Osoblje mora biti svesno principa i praktične primene unapređenja kvaliteta, i to svako u svojoj oblasti. Osoblje treba edukovati (preko koordinatora za unapređenje kvaliteta) o sledećim stvarima:

- šta se podrazumeva pod unapređenjem kvaliteta;
- kako odabrati teme za unapređenje kvaliteta;
- kako razlikovati probleme koji se odnose na unapređenje kvaliteta (npr. sistemski problemi) od onih koji se mogu rešiti neposrednim aktivnostima (npr. smenjivanje zaposlenog koji je težak za saradnju sa neke istaknute pozicije);
- zahtevima za unapređenje kvaliteta;
- mehanizmima izveštavanja;
- različitim metodima za unapređenje kvaliteta (anketiranje pacijenata, evaluacija programa itd.).

Definisanje kvaliteta

Važan prvi korak u razvijanju koncepta kvaliteta jeste definisanje kvaliteta u kontekstu zdravstvene zaštite.

- *...ono što u potpunosti zadovoljava pacijenta...*
- *...sposobnost dostizanja bolje zdravstvene zaštite koja je prihvatljiva za pacijente i zajednicu...*
- *...neprestano ispunjavanje potreba i očekivanja korisnika i razvoj punog potencijala resursa koji se koriste u tom procesu...*
- *...optimalan nivo rezultata...*

KVALITET U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI ZNAČI

RADITI OD POČETKA PRAVU STVAR,

NA PRAVI NAČIN,

U PRAVOM TRENUTKU

(ALI I UČITI IZ GREŠAKA).

Često se ističe da je kvalitet kontinuirani proces i zato se definiše terminom stalno unapređenje kvaliteta – SUK (engl. Continuous Quality Improvement – QCI), ili menadžment sveukupnim kvalitetom – MSK (engl. Total Quality Management – TQM), i može se smatrati filozofijom menadžmenta koja nastoji da kontinuirano unapređuje performanse procesa, proizvoda i usluga. Naglašena je aktivna uloga najvišeg rukovodstva, koje treba da razume varijacije, merenja, ulogu korisnika i važnost uključivanja zaposlenih na svim nivoima organizacije u proces unapređenja.

Kontinuirani proces unapređenja podrazumeva:

- definisanje kvaliteta u smislu percepcije korisnika o sadržaju i pružanju usluga;
- analizu sistema radi utvrđivanja grešaka i odstupanja od utvrđenog plana, a ne svaljivanje krivice na pojedince;
- razvoj dugoročnih partnerskih odnosa sa spoljnim i unutrašnjim davaocima usluga i partnerima;
- korišćenje tačnih podataka za analizu procesa i merenje unapređenja sistema;
- korišćenje delotvornih načina saradnje i timskog rada;
- obuku supervizora i menadžera u vođenju stalnog procesa unapređenja;
- uključivanje osoblja u postavljanje ciljeva i obezbeđivanje povratnih informacija o rezultatima;
- naglašavanje potreba da više rukovodstvo strateški planira unapređenja;
- dostizanje dugoročne koristi malim i postepenim unapređenjima.

Cilj procesa unapređenja kvaliteta

Sistemske probleme, a ne probleme sa ljudima

U sve većoj meri, savremeni koncept unapređenja kvaliteta odbija stanovište da se loš učinak pojedinaca smatra glavnim uzrokom lošeg kvaliteta. Prihvaćeno je mišljenje da gotovo 85% problema u jednom sistemu potiče od problema u procesima tog sistema. U bolnicama naročito ima mnogo staromodnih, zastarelih postupaka zasnovanih na tradicionalnoj praksi, koji često vode u neefikasnost i nepotreban rad, a kao rezultat se dobija kvalitet nege koji je ispod prihvatljivog.

Orijentisanost ka korisniku (pacijentu)

U današnjem poslovnim svetu, poseban akcenat se stavlja na ispunjavanje želja korisnika. Svako ko odseda u modernom multinacionalnom hotelu to lako može uočiti. Kada primer sa hotelom primenimo na bolnice, lekari postaju korisnici odeljenja patologije, radiologije itd., pacijenti i osoblje su korisnici kuhinje ili perionice, odeljenja su korisnici vešernice itd.

Kada se ovi koncepti dublje primene u sklopu kontinuiranog unapređenja kvaliteta, kvalitet podrazumeva kulturu cele organizacije koja podržava kontinuiranu posvećenost unapređenju kvaliteta i zadovoljenje potreba korisnika. Tada rukovodstvo ima podršku u sledećim činjenicama:

- kvalitet je posao svih zaposlenih;
- kvalitet znači zadovoljenje zahteva korisnika;
- svi zaposleni moraju da učestvuju;
- unapređenje lošeg kvaliteta košta mnogo više od prevencije;
- troškovi lošeg kvaliteta mogu odneti veliki deo operativnog budžeta;
- kvalitet mora da bude sastavni deo organizacije – sa naglaskom na prevenciju;

- neadekvatan rad i ponavljanje poslova se moraju eliminisati – mora se od početka raditi ispravno;
- teži se ka kontinuiranom unapređenju sa ciljem da se izbegnu potencijalni problemi i štetne posledice.

ORIJENTISANOST KA KORISNIKU

Korisnik se definiše kao osoba ili odeljenje koje koristi proizvode nekog procesa, nege ili usluge. Procesi, nega i usluge su međusobno povezani i korisnik jedne od njih je često i proizvođač/davalac neke druge usluge.

U okviru zdravstvene ustanove, postoje dve vrste davaoca usluga. Postoje oni koji dolaze u ustanovu, npr. pacijenti, posetioci i snabdevači. To su spoljašnji korisnici. Pojedinci ili grupe koje koriste usluge ili rezultate rada unutar ustanova su unutrašnji korisnici.

Reč „korisnik“ je važna jer pomaže da medicinsko osoblje usvoji novi ugao posmatranja u kom su potrebe korisnika zdravstvenih usluga prioritet.

Utvrđivanje osnovnih parametara kvaliteta zahteva poznavanje potreba i očekivanja korisnika i istovremeno pruža informacije o aktivnostima koje treba preduzeti kako bi se postigla unapređenja.

Pristup kvalitetu

Njime upravlja više rukovodstvo

Postizanje kvaliteta podrazumeva promenu filozofije menadžmenta i metoda koje se primenjuju, a ne samo mala prilagođavanja. To je moguće samo ako je više rukovodstvo rešeno da to ostvari.

Menadžeri moraju sopstvenim primerom i angažovanjem voditi proces, inače neće doći do promena. Posvećenost najvišeg rukovodstva procesu kvaliteta je najvažniji preduslov uspeha.

Usredsređen je na zadovoljenje korisnika

Zadovoljenje korisnika je najveći prioritet.

Teži da uključi sve strukture

Cilj je dati svakome i na svim nivoima, na svakom odeljenju, mogućnost da doprinese kvalitetu i da ga razvija. To podrazumeva učestvovanje svih u rešavanju problema, planiranju i donošenju odluka – ovo je posebno značajno za zaposlene koji neposredno rade sa korisnicima, a koji u ovom slučaju neće imati istu ulogu kao u tradicionalnom, hijerarhijski postavljenom konceptu. Cilj je dati zaposlenima kontrolu nad njihovim radom i pružiti im potrebno znanje, veštine i sredstva, kako bi oni samostalno i motivisano radili.

Koristi strategiju prevencije

Cilj je eliminisati uzroke problema pre nego što oni nastanu, a ne popravljati

posledice već učinjenog. Na primer, ako menadžer samo pregleda izveštaje osoblja, to je detekcija. Međutim, ako menadžer radi na razvijanju veština zaposlenih kako bi oni samostalno pisali jasne i precizne izveštaje, to je prevencija.

Teži kontinuiranom unapređenju

Bez obzira na to koliki je napredak postignut, uvek postoje praktični načini da se uradi više sa manje sredstava – da se pruže bolje usluge i rezultati uz iste ili niže troškove – ovo je više puta potvrđeno u praksi.

Jedan od argumenata za težnju ka kontinuiranom unapređenju jeste neprestana promena dinamike – menjaju se potrebe korisnika, tehnologija neprestano napreduje i omogućava bolje načine rada.

Usmeren je na dugoročne ciljeve

Unapređenje kvaliteta i pristup kvalitetu zasnivaju se na dugoročnim koristima.

Sistematski je i metodološki utemeljen

Postoje različite metode i tehnike unapređenja kvaliteta. Zajedničke su im sledeće teme:

- prikupljanje i analiza informacija radi utvrđivanja potreba korisnika i identifikacije problema;
- prevođenje rezultata u standarde, specifikacije i kriterijume;
- postupanje po žalbama;
- merenje efekata aktivnosti za unapređenje kvaliteta u smislu postignutih rezultata.

Upravljanje se bazira na činjenicama

Upravljanje zasnovano na činjenicama ne znači puko korišćenje podataka na metodološki utemeljen način da bismo razumeli i rešavali probleme. To znači prikupljanje podataka o važnim pitanjima, uključujući konkretne podatke o osetljivim temama, npr. o moralu osoblja ili zadovoljstvu korisnika. To podrazumeva procenu na osnovu mišljenja ljudi sa relevantnim iskustvom, potragu za različitim uglovima posmatranja i odvajanje profesionalnog suda od privatnog interesa. Pre svega, to znači suočavanje sa realnošću, čak i kada nam se ne dopada ono što vidimo.

Promoviše kolektivnu odgovornost

Organizacije moraju da shvate da imaju odgovornost prema svojim zaposlenima, korisnicima i društvu u kom funkcionišu.

6 Identifikacija problema/problematičnih oblasti

Program unapređenja kvaliteta usredsređen je na utvrđivanje i rešavanje poznatih ili potencijalnih problema u cilju unapređenja zdravstvene nege i zdravstvenih usluga.

Nekoliko pristupa se može koristiti za identifikaciju problema u okviru bolnice. Ukoliko je to moguće, postojeće informacije treba koristiti u preispitivanju i evaluaciji. Te informacije se mogu dobiti iz izveštaja o incidentima (padovi pacijenata, problemi u vezi sa bezbednošću, itd.), smrtnim slučajevima u bolnici, stopama komplikacija itd. Ti podaci se obično redovno prikupljaju i treba ih koristiti u situacijama kada su relevantni. Može biti potrebno da se druge informacije prikupljaju putem upitnika za pacijente, istraživanja, inspekcije itd.

Problemi se mogu efikasno, delotvorno i ekonomično utvrditi ako se koristi i tumači više izvora podataka. Ukoliko se informacije analiziraju, verovatno je da će biti otkriven problem koji značajno utiče na proces rada (npr. česti kvarovi tehničke opreme zahtevaju planiranje programa održavanja ili pravovremenu nabavku određenih delova opreme). Ako je problem odabran samo na osnovu ličnih interesa pojedinca, ili se odnosi na oblast nege usmerenu na minimalan broj pacijenata, ili ne postoji velika verovatnoća da se dogodi neka dugoročna promena, program za unapređenje kvaliteta neće dobiti pravu šansu da istraži mnogo važnije i veće probleme.

Pošto je cilj programa unapređenja kvaliteta unapređenje nege pacijenata i krajnjeg ishoda te nege, ima smisla koncentrisati snage i aktivnosti na oblasti gde se može postići značajan napredak i na probleme koje je moguće rešiti.

Korišćenje nekoliko izvora podataka omogućava otkrivanje oblasti sa većim problemima, bez obzira na uzrok tih problema.

Primeri izvora podataka uključuju: medicinske kartone (za otkrivanje kontinuiranih kliničkih problema), izveštaje iz apoteke (npr. za utvrđivanje potrošnje lekova i potencijala za smanjenje troškova korišćenjem alternativa), izveštaje zaposlenih (npr. za utvrđivanje prekomernog broja zaposlenih ili stopa odsustvovanja sa posla), ankete pacijenata (radi dobijanja povratnih informacija o pruženim uslugama i sugestija korisnika za unapređenje oblasti u kojima postoji niži nivo kvaliteta), podatke o iskorišćenosti i opterećenju operacionih sala, podatke o broju pacijenata po specijalističkim oblastima.

Kontakti sa drugim, sličnim bolnicama mogu biti od koristi za utvrđivanje oblasti u kojima su problemi identifikovani, a potom i rešeni.

Kada se informacije pravilno organizuju i izvuku zaključci, faktori na koje treba obratiti pažnju u otkrivanju problema su sledeći:

- pojedinačni događaji od velikog značaja (npr. kvar aparata koji je od vitalnog značaja za bolnicu);
- ponavljanje problema, kao što je na primer pogrešno propisana terapija;
- specifični trendovi koji ukazuju na probleme (npr. visoke stope intrahospitalnih

infekcija ili čak smrtni slučajevi u određenim delovima bolnica koji ukazuju na prisustvo infektivnih agenasa);

- situacije ili problemi na koje ukazuju različiti izvori informacija (npr. loš kvalitet servirane hrane na koji ukazuju pacijenti i osoblje u sprovedenoj anketi).

Prilikom razmatranja podataka koji ukazuju na određeni problem, treba uzeti u obzir sledeće:

- opis problema - koliko puta se on pojavio, koji problem je u pitanju, koliko dugo problem postoji, gde se pojavio;
- implikacije samog problema – šta će se desiti ako se problem ne reši, da li će to uticati na pacijente ili ishod pružanja usluga;
- objašnjenje zašto se problem pojavio – razlozi za pojavljivanje tog problema.

U svim navedenim aspektima, osoblje uključeno u oblast rada o kojoj je reč treba da učestvuje u utvrđivanju i rešavanju nastalih problema.

Opis utvrđenih problema može da uključi sledeće:

- poznate probleme ili probleme na koje se sumnja, a za koje se smatra da se mogu rešiti određenom intervencijom;
- izvore podataka korišćene za utvrđivanje problema;
- kratak pregled pretpostavki o veličini problema – navođenje procenta pacijenata na koje je problem uticao (na primer, 25 % od svih pacijenata kojima se radi laparoskopija dobije postoperativnu infekciju rane);
- procenu očekivanih koristi ako su problemi rešeni, npr. bolja obuka pacijenata o načinu na koji da podižu teret, radi prevencije povreda kičme;
- moguća objašnjenja problema – na primer, manjak osoblja na odeljenju radiologije, neadekvatno propisivanje lekova, neadekvatna dokumentacija u kartonima pacijenata, povrede sa iglama i špricima koji se koriste više puta itd.

Mogući izvori detaljnijih podataka mogu biti:

- **izveštaji o incidentima**, koji se mogu grupisati u odnosu na vrstu incidenta, npr. padovi pacijenata, greške u propisivanju lekova, nezgode vezane za osoblje itd. Ako jedna određena tema ima najveći broj prijavljenih incidenata, onda bi tu temu trebalo prvu ispitati. Alternativa je rešavanje problema koji najviše utiče na negu pacijenata ili na budžet ustanove (npr. grejanje i potreba za štednjom energije ili boljom izolacijom). Ako uzmemo primer grešaka u propisivanju lekova, specifične oblasti na koje treba obratiti pažnju su sledeće:
 - nepravilno dokumentovana greška u propisivanju leka;
 - propust u propisanoj dozi leka;
 - davanje leka u pogrešno vreme;
 - određeno osoblje koje je često uključeno u incidente.

Ako su podaci prikazani, tada je moguće utvrditi obim problema i moguće uzroke, kao i korektivne aktivnosti koje treba preduzeti.

- **Anketiranje zaposlenih** korisno je u utvrđivanju problema zahvaljujući tome što zaposleni poznaju svakodnevno funkcionisanje odeljenja/sektora. Kategorizacija problematičnih oblasti pomaže u definisanju pravih problema koji mogu uticati na veći broj pacijenata nego što se čini na osnovu razmatranja problematičnih oblasti pojedinačno. Pre sprovođenja anketa zaposlenih, važno je da uključeno osoblje shvati da specifične oblasti u kojima postoje problemi mogu imati puno uticaja na unapređenje pružanja usluga i nege (sistemski problemi, a ne problemi sa ljudima). Uvek treba voditi računa o tome da su informacije o pacijentima /osoblju poverljive.
- **Istraživanja zadovoljstva korisnika/pacijenata** takođe mogu ukazati na problem u okviru bolnice – brzina pruženih usluga u okviru različitih odeljenja, problemi sa smeštajem (vlaga, hladne prostorije itd.), hranom ili neadekvatnom komunikacijom o različitim opcijama lečenja itd.

Oblasti za proveru kvaliteta: primeri

U ovom poglavlju date su specifične sugestije za oblasti u kojima se može preispitati kvalitet u određenim kliničkim, ali i nekliničkim disciplinama. Teme koje su date bi trebalo da budu praktične i primenljive, ali ih treba prilagoditi situaciji u Srbiji. Namera je da se podstaknu ideje za dalji rad na unapređenju kvaliteta u ustanovama zdravstvene zaštite. Ove sugestije nisu obavezujuće, niti je njihov spisak iscrpan. One predstavljaju oblasti koje se mogu obuhvatiti primenom uobičajenih tehnika i metoda za unapređenje kvaliteta.

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
ZA CELU BOLNICU: KLINIČKE	
INDIKATORI KVALITETA PRUŽENE NEGE	
Incidenti: Padovi i nesreće pacijenata Dekubitusi Greške u propisivanju lekova	Dokumentovanje/razmatranje incidenata radi utvrđivanja preventivnih mera ili uočavanja obrazaca incidenata Pregled stopa deku-bitusa kako bi se obezbedilo redovno okretanje pacijenata Identifikacija obrazaca grešaka radi bolje supervizije
Stope infekcija rana	Određivanje učestalosti: identifikacija određenih lekara na klinici: izrada protokola
Stope intrahospitalnih infekcija	Određivanje određenih oblasti u bolnici sa visokim stopama: istraživanje problema
Stopa neplaniranog ponovnog prijema	Pacijenti prerano otpušteni iz bolnice: potreba za razvijanjem procedura za otpuštanje pacijenata?

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
Žalbe pacijenata	Utvrđivanje problematičnih oblasti u pogledu zadovoljstva korisnika. Utvrđivanje oblasti na koje treba obratiti pažnju. Potreba za preduzimanjem aktivnosti.
Ankete zadovoljstva pacijenata	Sistematski metod za analizu mišljenja pacijenata: propratne mere na osnovu utvrđenog
INDIKATORI ISKORIŠĆENOSTI	
Prosečna dužina boravka po lekaru (lekari sa prolongiranim boravkom pacijenata)	Praćenje lekara čiji pacijenti imaju dugo vreme boravka: strategije za redukciju vremena boravka pacijenata
Vreme čekanja na ambulantni pregled	Utvrđivanje uzroka kašnjenja ili otkazanih pregleda: sistemska greška? Korektivne aktivnosti
Iskorišćenost operacionih sala	Analiza efikasne upotrebe operacionih sala/ vreme neophodno za određene operacije/ zakazivanje
BIOMEDICINSKI INŽENJERING	
Kontinuirano praćenje bezbednosti; aparati vraćeni na popravku: kalibracija, tražanje zastoja u radu; greške u radu itd.	Kontinuiranim praćenjem uspostavlja se sistem preventivnog održavanja
Edukacija na radu	Programi za edukaciju osoblja u primeni novih tehnologija/vrsta opreme koja se kupuje
MEDICINSKI KARTONI	
Provera kodiranja	Provera tačnosti; svi detalji o pacijentu; podudarnost sa međunarodnom klasifikacijom bolesti (MKB 10, engleski ICD 10)
Lokacija kartona	Provera mesta čuvanja kartona, autorizacija za njihovo premeštanje, sistem za praćenje itd.
Pregled dokumentacije	Provera na osnovu kriterijuma za popunjavanje kartona (npr. pristanak itd.): obavezni potpisi: sva relevantna dokumenta stoje zajedno u kartonu pacijenta: kapacitet za razvoj protokola
Pregled vremenskih varijabli procesa	Lekari popunjavaju kartone/ukucavaju podatke na vreme/pisma koja se šalju porodičnom lekaru pacijenta

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
MEDICINA RADA (REHABILITACIJA)	
Zadovoljstvo klijenata	Povratna informacija o pruženoj nezi ili ishodima nege; evaluacija toga koliko pacijenti razumeju informacije koje su im date
Pregled oblasti lečenja u smislu pristupačnosti, adekvatnosti, dostupne opreme, bezbednosti, broja osoblja	Analizira se prostor, broj zaposlenih u odnosu na broj pacijenata, opremljenost itd.
APOTEKA	
Poštovanje procedura obeležavanja	Obezbeđivanje dobre prakse u svakodnevnom davanju lekova, kontrola zaliha
Kontrola tačnosti procedura davanja terapije	Provera doziranja lekova u odnosu na recepte; utvrđivanje grešaka
Efektivnost informisanja osoblja u apoteci	Provera tačnosti datih informacija i operativnih instrukcija
Preispitivanje svih procedura u apoteci: razmatranje korišćenja lekova, ažuriranje beležaka o pacijentima, neželjene reakcije na lekove, administracija itd.	Korisno u razvijanju pravila za funkcionisanje odeljenja, izrada dijagrama toka aktivnosti, procesa i procedura u apoteci kao vodiča za osoblje i za veću efikasnost u radu.
KLINIČKE DISCIPLINE	
ODELJENJE ZA HITNI PRIJEM	
Sistem za pregled kliničkih aktivnosti za analizu pretraga, smrtnih slučajeva, incidenata (infarkti itd.)	Razvoj kliničkih protokola za kontinuirano praćenje usluga u smislu njihove adekvatnosti; efekti; sistem nadzora mlađeg osoblja.
Razmatranje žalbi (pacijenata i osoblja)	Otkrivanje problema u sistemu/procedure za rešavanje
Utvrđivanje stanja/situacija koje zahtevaju delovanje i praćenje. Primeri: smrt pacijenta, otpust iz bolnice pre tumačenja rezultata testova, povratak pacijenta na odeljenje u roku od 48 sati, određene procedure nisu sprovedene nad određenim pacijentima (nije urađen pregled karlice kod žene sa bolovima u donjem delu stomaka itd.)	Razvoj kliničkog okvira na odeljenju sa ustanovljenim kriterijumima i vodičima za određene tipove pacijenata, npr. svi pacijenti sa srčanim udarom treba da dobiju aspirin/streptokinazu itd.; svi koji imaju problema sa vidom treba da urade test za merenje oštine vida itd. Razvoj sistema koji se tiču svih mogućih situacija – kliničkih i administrativnih.

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
ANESTEZIJA	
Uspostavljanje protokola za unapređenje kvaliteta uključujući: preoperativnu analizu, uključivanje anesteziologa u preoperativni pregled pacijenta, pregled mehanizama za praćenje neželjenih događaja i razvoj standarda na osnovu najbolje prakse	Razvijanje sistematskog pristupa u okviru odeljenja s ciljem uspostavljanja standarda i protokola za unapređenje nege pacijenata. Uključivanje osoblja u proces unapređenja pružene nege.
Preispitivanje mehanizama za praćenje morbiditeta/mortaliteta u operacionim salama, intenzivnoj nezi itd. Prepoznavanje problema koji se mogu javiti (hipoksija, napadi, alergijske reakcije, neurološka oštećenja itd.) zajedno sa sistemima za praćenje, istraživanje i otklanjanje nedostataka; primeri: tim za unapređenje kvaliteta na odeljenju anestezije i reanimacije, redovni sastanci sa ovim timom itd.	Razvijanje mehanizama za praćenje aktivnosti, tehnika koje se primenjuju i incidenata koji se javljaju, kako bi se obezbedilo kontinuirano praćenje svih procesa, ishoda lečenja i kako bi se razvile strategije za njihovu prevenciju. Pomaže u uspostavljanju standarda nege pacijenata.
Pregled dokumentacije – kritični događaji; sve relevantne informacije o pacijentu postoje u anesteziološkom kartonu, ispunjavanje standardnih kriterijuma itd.)	Pomaže u podizanju sveukupnog kvaliteta i nivoa nege na odeljenju. Svi zaposleni na klinici učestvuju u razvoju standarda.
INTENZIVNA NEGA	
Popunjavanje glavnih statističkih podataka – prijem, smrtni slučajevi, dužina boravka na odeljenju, praćenje procedura (komplikacije pri intubaciji ili sa plasiranjem infuzije, stopa ponovnog prijema; infekcije, itd.)	Prikupljanje relevantnih podataka o pacijentima koji se odnose na davanje terapije itd., pomoći će u konstantnom praćenju i identifikaciji problema.

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
INTERNA MEDICINA	
U različitim granama interne medicine, praćenje aktivnosti u nizu specifičnih oblasti: smrt pacijenata, pregled pacijenata koji dugo borave u bolnici (recimo, više od 30 dana) radi analize razloga njihovog dugog boravka, kliničko praćenje i inspekcija (razlozi za sprovođenje određenih postupaka – rezultati – komplikacije – pozitivni/negativni rezultati itd.), intrahospitalne infekcije, preispitivanje lečenja radi unapređenja nege/svođenja komplikacija na minimum, reakcije na transfuzije krvi, obrasci iskorišćenosti postelja radi efikasnijeg korišćenja resursa (prevencija neosnovanih prijema, smanjenje prosečnog trajanja boravka pacijenata, problemi sa transferom/otpustanjem pacijenata).	Pregledi kliničkih podataka i analiza prakse treba da budu sastavni deo programa rada u okviru interne medicine koji su usredsređeni na unapređenje nege i zdravstvene zaštite; učenje iz grešaka ili situacija potrebno je kako bi se promenili određeni postupci; potrebno je analizirati efikasnost itd. Mehanizmi obuhvataju: pregled slučajeva, pregled neželjenih incidenata/smrtnih slučajeva, formalne procese evidentiranja određenih informacija (neželjene reakcije na lekove i sl.) radi praćenja problema. Za to je potrebna posvećenost i motivacija zdravstvenog osoblja na višim položajima i stalno angažovanje svih lekara na odeljenju u sklopu opšteg pristupa podizanju standarda.
GINEKOLOGIJA I AKUŠERSTVO	
Istraživanje o zadovoljstvu korisnica	Akušerstvo i ginekologija su naročito pogodni za istraživanje zadovoljstva pacijentkinja (nega, stav osoblja, davanje informacija itd.).
Razvoj kriterijuma za neželjene događaje u akušerstvu – preeklampsija, prevremeni porođaj itd.	Obezbeđuje standarde i protokole lečenja koji važe za sve zaposlene (naročito za mlađe lekare).
RADIOLOGIJA	
Mere kontrole kvaliteta radi smanjenja opasnosti od zračenja	Razvoj standarda radi svođenja problema sa zračenjem na minimum (olovna zaštita/kecelje itd.).
Kontrola kvaliteta opreme	Analiza kvaliteta slike, bezbednost električne opreme, bezbednost mašinske opreme – razvoj standarda
Pregled dokumentacije	Analiza odgovarajuće dokumentacije (uputi za rendgen, potpuni izveštaji o rezultatima rendgenskog snimanja, kartoni pacijenata itd.).
Problemi sa procesima (nema izveštaja o napravljenim rendgen snimcima, izgubljen trag ili zapis, komunikacija između radiologije i drugih odeljenja)	Utvrđuju se problematične oblasti, a osoblje se uključuje u njihovo rešavanje i definisanje novih procedura

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
Problematične oblasti na klinici – komplikacije u postupcima/pogrešna dijagnoza itd.	Podrazumeva sistem praćenja od strane kliničkog osoblja radi provere tačnosti u tumačenju rendgen snimaka (recimo, sporadična kontrola ili kontrola određenog procenta). Potrebno je da svi zaposleni budu posvećeni ovome.
PEDIJARIJA	
Procedure prijema/protokoli lečenja dece	Prepoznaju se posebne potrebe pacijenata na pedijatriji (prijavljivanje zlostavljanja/doziranje lekova itd.).
PATOLOGIJA	
Mere kontrole kvaliteta	Standardi za opremu/hemikalije/reagensi itd.
Dokumentacija	Adekvatnost zahteva za patološke analize (postoje svi klinički parametri koji argumentuju zahtev itd.), evidencije.
Procedure izveštavanja	Da li su odgovarajući zaposleni na višim položajima pregledali sve rezultate i dali svoj komentar?
Problemi sa procesima – kašnjenje rezultata testova/postavljanje prioriteta/vreme dobijanja rezultata određenog testa/izgubljeni rezultati	Pomažu u obezbeđivanju postojanja uspostavljenih standarda i procedura za povećanje efikasnosti na odeljenju i obezbeđenje optimalne nege i usluga.
Adekvatnost nadzora	Analiza procesa nadzora/usluga van radnog vremena. Može ukazati na povećanu potrebu za nadzorom od strane starijeg osoblja.
Kliničke inspekcije	Pogrešne dijagnoze – adekvatan opseg testova. Cilj je unapređenje kliničke nege i usluga.
HIRURGIJA	
Adekvatnost procesa praćenja u hirurškim disciplinama kako bi se olakšala analiza ishoda	Ima kao cilj uspostavljanje struktura za inspekciju i praćenje hirurškog lečenja – rad komisije, redovne studije kliničkih slučajeva i formalni izveštaji, prikupljanje podataka, protokoli za istraživanje, sakupljanje podataka i pristup njima, mehanizmi za davanje povratnih informacija, tokovi procesa na klinici.

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
RAD SESTARA	
Ispitivanje zadovoljstva pacijenata	Dobijanje povratnih informacija od pacijenata o uslugama, nezi i lečenju. Utvrđeni problemi se moraju rešiti i, ako je potrebno, promeniti sistemi funkcionisanja.
Ispitivanje zadovoljstva zaposlenih	Dobijanje povratnih informacija od zaposlenih za potrebe menadžmenta. Otkrivanje problema sa stavom, moralom, sistemskih problema.
Pregled prakse rada medicinskih sestara	Pregled pravila i procedura i poređenje sa međunarodnom najboljom praksom i standardima može pomoći u razvoju/unapređenju prakse rada medicinskih sestara u zdravstvenom sistemu Srbije.
Praćenje nesrećnih slučajeva pacijenata (incidenti/greške u terapiji/ infekcije/hirurške komplikacije itd.)	Prikupljanje podataka radi određivanja trendova/obrazaca ili incidenata koji se mogu izbeći. Davanje povratnih informacija na osnovu kojih se unapređuje praksa medicinskih sestara.
Razmatranje žalbi i pohvala pacijenata	Iz izveštaja i mišljenja pacijenata utvrđuju se stvari na koje rukovodstvo – glavne sestre itd. – treba da obrati pažnju.
Ocenjivanje zaposlenih/praćenje radnog opterećenja	Pomaže u određivanju optimalnog broja zaposlenih i u ocenjivanju učinka koje sprovode nadređeni.
NEKLINIČKE OBLASTI	
FINANSIJE I RAČUNOVODSTVO	
Dostupnost finansijskih izveštaja – vremenski rokovi – upotrebljivost obezbeđenih informacija	Finansijski izveštaji o troškovima koji su korisni menadžmentu
Postojanje interne kontrole	Finansijska kontrola radi sprečavanja korupcije/zloupotrebe i obezbeđenja najboljih finansijskih poteza.
SLUŽBA STERILIZACIJE	
Pregled procedura čišćenja i sterilizacije	Cilj je obezbeđivanje adekvatnih standarda i rezultata. Standardi se razvijaju radi sprečavanja nedostataka (bazirani su na internacionalnim modelima).

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
Zadovoljstvo korisnika	Analiziraju se nivoi zadovoljstva uslugama koje su pružene internim korisnicima – operacionim salama, korisnicima sterilnih paketa itd. Reaguje se na njihove odgovore.
Obrasci tokova radnih procesa	Analizira se kretanje predmeta i opreme koja se sterilize: problemi u prikupljanju/dostavljanju.
Edukacija osoblja	Analiza potreba osoblja za edukacijom u oblastima higijene, kontrole infekcija, pravilnih tehnika sterilizacije.
SLUŽBA ZA ODRŽAVANJE ČISTOĆE	
Pregled stanja i usluga službe za čišćenje	Anketiranje osoblja, pacijenata, posetilaca. Ocena u odnosu na standarde čistoće.
Kontrola opreme	Adekvatnost opreme i materijala obezbeđenih za čišćenje.
Standardi kontrole infekcije	Da li su adekvatni? Ako ih nema, treba sastaviti adekvatan pravilnik zajedno sa odgovarajućim osobljem.
Bezbednosne procedure	Bezbednost osoblja/pacijenata, uključujući tehnike podizanja tereta, prevenciju povreda itd.
USLUGE KUHINJE	
Pregled kuhinje i usluga radi provere higijene, odlaganja otpada, temperature hrane, sistema dostave itd.	Ispitivanje zadovoljstva pacijenata/osoblja korisno je radi dobijanja povratne informacije. Treba razmotriti pitanja zaliha i odlaganja, postupaka nabavke, čistoće i higijene, obuke osoblja.
ODRŽAVANJE	
Adekvatnost programa korektivnog i preventivnog održavanja	Programi preventivnog održavanja sa ciljem sprečavanja pojave velikih problema koliko je to moguće. Planirani sistematski program sa rasporedom i standardima za opremu.
Analiza efikasnosti glavnih instalacija (kotlovi itd.)	Ukazuje na oblasti u kojima će biti potrebna ulaganja radi povećanja efikasnosti/produktivnosti.
Procedure i aktivnosti u vezi sa bezbednošću	Potrebe za adekvatnom opremom za zaštitu i bezbednost (odela, kacige, zaštitne naočare itd.). Razvoj protokola za bezbednost i procedura koje se moraju poštovati.
Štednja energije	Pravila za štednju i smanjivanje potrošnje energije.

TEME ZA ANALIZU	PRIMENA/KOMENTAR/ISHOD U VEZI SA KVALITETOM
Zadovoljstvo korisnika	Povratna informacija od internih korisnika, npr. mišljenje zaposlenih na svim odeljenjima o pruženim uslugama.
MENADŽMENT	
Izjava o misiji/unapred razvijeni planovi Svest zaposlenih o programu kvaliteta	Uloga menadžmenta je da usmerava organizaciju. Postojanje planova i definisana misija ustanove pomažu u dokumentovanju posvećenosti organizacije treba uvek da budu dostupni. Potrebna je evaluacija programa za unapređenje kvaliteta.
Uspostavljene strukture za olakšano donošenje odluka – komisije, protok informacija i sistemi	Merenje delotvornosti procesa upravljanja u organizaciji
Uspostavljene procedure i pravila upravljanja ljudskim resursima – evidencija o zaposlenima, sistem nagrađivanja, orijentacioni programi, upravljanje radnim pitanjima, edukacija osoblja, procesi komunikacije, sistemi praćenja ostavki zaposlenih, plaćanje prekovremenog rada, bolovanja itd.	Kvalitetni protokoli i pravila upravljanja ljudskim resursima su veoma važni za zadržavanje kvalitetnog osoblja, održavanje radne etike i profesionalnih odnosa i obezbeđenje produktivnosti zaposlenih.
Procesi za žalbe i povrede dužnosti	Sistemi su neophodni za rešavanje žalbi i drugih problema zaposlenih.

7 Odabir metoda i pristupa

Kada se identifikuju problemi/problematične oblasti, sledeći korak je odabir metoda za pristup problemu. Za konkretne probleme na odeljenju, učešće osoblja je veoma značajno u pronalaženju mogućih rešenja i obezbeđenju posvećenosti za postizanje boljih rezultata.

Postoje različite metodologije, u zavisnosti od problema. Na primer, proverom iskorišćenosti utvrđuju se obrasci u lečenju pacijenata i analizira adekvatnost određenih intervencija; upitnicima se prikupljaju strukturirani podaci kako bi se pristupilo specifičnim problemima; kontrola kriterijuma pomaže da se utvrdi da li su pružena nega i usluge u skladu sa standardima itd.

Prednost prospektivnih studija je u tome što obezbeđuju neophodne podatke, iako može biti odlaganja zbog čekanja potrebnog broja pacijenata ili odgovora.

Retrospektivne studije omogućavaju dovoljan broj pacijenata, ali period koji se ispituje mora biti dovoljno blizak.

8 Dokumentovanje rasporeda i prikupljanje rezultata

Treba sastaviti raspored prema kom odeljenja dostavljaju teme koje treba razmotriti u vezi sa unapređenjem kvaliteta, razviti metode koje treba koristiti i uvesti redovno izveštavanje o tekućim aktivnostima za unapređenja kvaliteta. Ako se neko odeljenje ne pridržava zahteva programa za unapređenje kvaliteta, to treba prijaviti višem rukovodstvu.

Raspored treba da bude realan i treba ga distribuirati svima nakon konsultacija sa odeljenjima kojih se tiče. Unapređenje kvaliteta predstavlja kontinuiranu aktivnost orijentisanu ka dugoročnim ciljevima, tako da nema svrhe očekivati trenutne ili brze promene i poboljšanja.

Sve aktivnosti unapređenja kvaliteta treba zabeležiti u evidenciji (i o njima redovno izveštavati Komisiju za unapređenje kvaliteta).

9 Distribucija rezultata i iniciranje procesa praćenja

Važan korak u programu unapređenja kvaliteta je adekvatna priprema i distribucija rezultata, koji predstavljaju povratnu informaciju za kolege u bolnici. Ovaj korak omogućava da rezultatati budu dostupni onima koji treba da budu upoznati sa onim što je utvrđeno.

(1) Akcioni plan

Neophodno je jasno istaći šta treba postići, šta će biti preduzeto na osnovu studije o unapređenju kvaliteta (npr. dodatna obuka za osoblje kom je to neophodno, promene u pravilniku, bolja dokumentacija i formulari, više praćenja od strane zaposlenih na višim položajima itd.). Relevantne osobe koje treba informisati takođe treba da budu određene, kako bi se započele aktivnosti.

(2) Prezentovanje rezultata

Kada se ustanovi šta treba saopštiti zainteresovanim stranama, treba razmotriti različite mogućnosti za prezentaciju (tabele, grafikoni, narativni rezimeji, grafički prikazi itd.). Metod koji odaberemo treba da bude adekvatan za slušaoce, treba da saopštava poruku koju želimo da prenesemo, treba da bude jednostavan. Rezultati se mogu distribuirati, na primer, na sledeće načine: u izveštajima komisija, na oglasnim tablama, na sastancima zaposlenih u odeljenju itd.

(3) Praćenje

U skladu sa ciklusom unapređenja kvaliteta, važno je planirati propratne aktivnosti.



Bez propratnih aktivnosti, ne može se meriti delotvornost ciklusa unapređenja kvaliteta. Propratne aktivnosti treba definisati u fazi planiranja programa i posle aktivnosti praćenja, ocene i preduzimanja mera na osnovu toga.

Dostupni podaci sugerišu da se u praksi unapređenje obično javlja ubrzo posle preduzimanja mera, pošto proces praćenja podiže nivo svesti osoblja. Ipak, bez izveštaja i praćenja, teško je oceniti trajnost promene ili unapređenja u praksi. Vreme kada treba početi sa propratnim aktivnostima zavisi od trajanja prethodnih procesa u ciklusu prikazanom na slici: praćenja, ocene i preduzetih mera. Na primer, ciklus unapređenja kvaliteta koji je trajao tokom tri meseca može se pratiti sledećih tri meseca.

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Jelena Đukić

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Literatura

- Al-Assaf AF, Schmele JA (1993). *The Textbook of Total Quality in Healthcare*, St. Lucia Press, Florida
- Canadian Healthcare Association (2002). *Patient Safety and Quality Care: Action Required Now to Address Adverse Events. A Backgrounder*. Montreal
- Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit (2005). *Measurement for improvement toolkit*. Royal Melbourne Hospital. Melbourne
- DiP Brown L, Miller Franco L, Rafeh T Hatzell N (2002). *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. U.S. Agency for International Development, Bethesda, MD
- Irish Society for Quality in Healthcare (2001). *Managing quality in healthcare: Continuous Quality Improvement. Based on the work of Donald Berwick MD and Paul Plsek*. Dublin
- Marszalek-Gaucher, E, Coffey, R.J (1991). *Transforming healthcare organisations: How to achieve and sustain organizational excellence*. Jossey Bass, San Francisco
- Ministry of Health (2002). *Toward Clinical Excellence. An Introduction to Clinical Audit, Peer Review and Other Clinical Practice Improvement Activities*. PO Box 5013, Wellington, New Zealand <http://www.moh.govt.nz>
- Ministry of Health (2003). *Improving Quality (IQ): A Systems Approach for the New Zealand Health Sector*. Wellington, New Zealand
- NHS (2001). *Assuring the Quality of Medical Practice. Implementing Supporting doctors protecting patients*. London
- NSW Clinical Excellence Commission (2005). *Improving patient access to acute care services. A practical toolkit for use in public hospitals*. Sydney
- Palmer HR, Donabedian A, Povar GJ (1991). *Striving for Quality in Health care: An Inquiry into Policy and Practice*, Health Administration Press: Ann Arbor, Michigan
- Parsley K, Corrigan P (1994). *Quality Improvement in Nursing and Healthcare: A practical approach*, Chapman and Hall, London
- Quality Assurance Project (2003). *Maximizing Quality of Care through Health Sector Reform: The Role of Quality Assurance Strategies*. Pan American Health Organization, Washington
- Schroeder P (1994). *Improving Quality and Performance: Concepts, programs, and Techniques*, Mosby, London
- WHO (2003). *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Health Evidence Network. Geneva
- Davies HTO, Nutley SM, Mannion R (2000). Organisational culture and quality in health care. *Quality in Health Care* 9: 111-119
- Heidenreich PA (2004). Commentary: Measuring the Quality of the VA Health System. *Health Services Research* Vol 39-6-Part 1: 1793-1798

Leonard M, Graham S, Bonacum D (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* Vol 13 (Suppl 1): i85-i90

Powell AE, Davies HTO, Thomson TG (2003). Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care* Vol 12: 122-128

Vetter N (2004). Quality of care and performance indicators. *J Public Health* Vol 26-4: 323-324

Vincent CA (2004). Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Qual Saf Health Care* Vol 13: 242-243

Wagner EH (2004). Effective Teamwork and Quality of Care. *Medical Care* Vol 42-11: 1037-1039

Wolff AM, Taylor SA, McCabe JF (2004). Using checklists and reminders in clinical pathways to improve hospital inpatient care. *MJA* 181: 428-431

INSTRUMENTI I TEHNIKE ZA UNAPREĐENJE USLUGA

Majkl O'Rurk

Deo 1: Proces unapređenja

Proces unapređenja sistema zdravstvene zaštite i kvaliteta usluga u bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama tesno je povezan sa procesom kliničke nege. Pod ovim procesom podrazumeva se prepoznavanje problema (**dijagnostika**), procena obima i veličine problema (**procena zasnovana na dijagnostičkim testovima**), utvrđivanje jednog broja intervencija koje bi mogle umanjiti problem (**odabir najbolje intervencije koja će biti sprovedena**), sprovođenje intervencija (**odluka o trajanju intervencije**), naknadnu procenu radi utvrđivanja delotvornosti intervencija (**naknadna procena i provera**).

Za sistematsko poboljšanje neophodno je poznavanje sistemâ i procesâ u okviru usluge o kojoj je reč. U ovom dokumentu dati su opisi različitih načina poboljšanja usluga i prakse, kao i opisi različitih instrumenata i veština neophodnih za poboljšanje.

Proces poboljšanja sastoji se iz sledećih faza:

1. Pripremna faza

Definisanje onoga što želimo da postignemo i osoba koje treba da budu uključene.

2. Faza dijagnostike

Konstatovanje celokupnog problema, promena koje bi mogle dovesti do poboljšanja i načina merenja bilo kakvog poboljšanja do kog bi promene mogle dovesti.

3. Faza intervencija

Sprovođenje promena definisanih u fazi dijagnostike.

4. Faza uticaja i sprovođenja

Merenje i evidentiranje efekata promena.

5. Faza obezbeđivanja održivosti poboljšanja

Kontinuirano praćenje i planiranje budućih poboljšanja.

U procesu poboljšanja kvaliteta usluga najvažnije je prepoznati kada su promene potrebne. To podrazumeva sposobnost prihvatanja činjenice da se problemi javljaju, da se uglavnom tiču sistema ili procesa i da mogu biti rešeni pristupom koji uključuje saradnju, primenom sistematskih instrumenata i metodologija.

Prihvatanje procesa promene podrazumeva i shvatanje činjenice da je promene moguće uvesti isključivo timskim radom – zajedničkim nastojanjem različitih ljudi, sa odgovarajućim veštinama i iskustvom, da reše problem i njihovim naknadnim

angažovanjem kako bi obezbedili to da promene budu sprovedene i održive.

1.1 Pripremna faza

Na početku procesa unapređenja treba sprovesti četiri ključne aktivnosti. To su:

1. donošenje odluke o tome koji proces treba poboljšati;
2. formiranje timova;
3. formulisanje izjave o misiji ili cilju;
4. razmatranje odgovarajućih merenja.

1.1.1 Donošenje odluke o tome koji proces treba poboljšati

Na samom početku neophodno je odlučiti koji proces ili situaciju treba poboljšati, a treba da postoje i podaci koji govore u prilog pretpostavci da problem postoji, npr. podaci o varijacijama u procesu, podaci o pritužbama, klinički indikatori i/ili zbirni podaci o incidentima.

Podaci se mogu odnositi na stanovništvo, ustanovu, konkretnog kliničara ili određenu situaciju/kontekst.

Odabrani proces može:

- da se odnosi na skupe procedure ili stanja;
- da se odnosi na učestale procedure, stanja ili grupe pacijenata sa sličnom dijagnozom;
- dovesti do ozbiljnih komplikacija ili neželjenih događaja;
- biti u vezi sa dokumentovanim nezadovoljstvom pacijenta/korisnika;
- da se odnosi na slučaj neslaganja činjenica i kliničke prakse (na primer, pacijent ne reaguje adekvatno na usvojeni način lečenja).

Zadatak rešavanja određenog problema može biti dat timu, ili tim sam bira problem kojim želi da se bavi.

Ponekad se smatra da problem postoji, ali ne postoje podaci u prilog tome. Pre donošenja odluke o tome da proces treba poboljšati neophodno je sakupiti podatke koji potvrđuju postojanje problema. Time se, u najmanju ruku, obezbeđuje polazna osnova za kasnije merenje ostvarenog poboljšanja.

Neke vrste problema u bolnicama.

Urgentni centar/hitna služba

Smrt pacijenta; otpuštanje pacijenta pre nego što su rezultati testiranja protumačeni; povratak pacijenta u centar u roku od 48 sati; kod nekih pacijenata nisu sprovedene određene procedure (nije urađen EKG kod pacijenata koji su doživeli srčani udar; nije urađen pregled karlice kod žena koje osećaju bol u predelu abdomena itd.).

Klinika

Smrt pacijenata; ponovni pregled pacijenata koji su dugo na lečenju (npr., više od 30 dana) da bi se utvrdili razlozi; inspekcija klinike (razlozi sprovođenja neke procedure, ishodi, komplikacije, pozitivni/negativni rezultati itd.); bolničke infekcije; revizija načina lečenja kako bi se poboljšala nega/izbegle komplikacije; reakcije prilikom transfuzije krvi; obrazac korišćenja bolničkih kreveta u cilju efikasnijeg korišćenja resursa (prevencija nepotrebnog zadržavanja pacijenata, smanjenje dužine boravka u bolnici i problema u vezi sa prebacivanjem/otpuštanjem pacijenata).

Radiologija

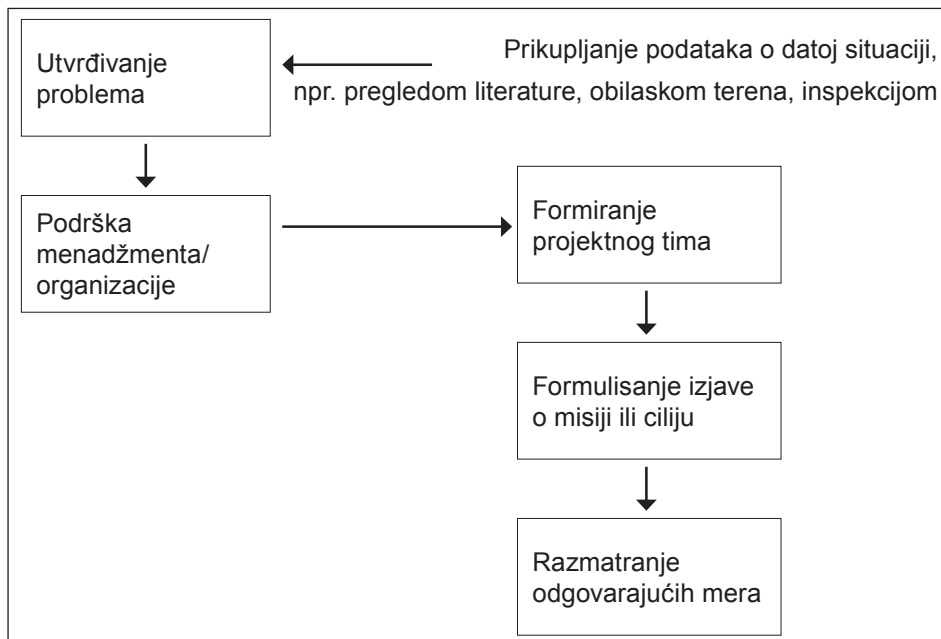
Problemi u procesu (neevidentirano rentgensko snimanje, gubitak podataka, komunikacija između radiologije i drugih odeljenja).

Laboratorija

Problemi u procesu – kašnjenje nalaza/određivanje prioriteta/brzina dobijanja rezultata za pojedine analize/gubitak nalaza.

Nekada je potrebno sprovesti pretraživanje literature kako bi se pronašao najbolji način (u državi ili svetu) za rešavanje problema ili stanja o kome je reč.

Pregledom postojeće literature može se izbeći „otkrivanje tople vode“ i doprineti prevazilaženju nedostataka u načinu rada. Ključne reči za istraživanje, kao i članci do kojih se dođe, treba da budu dati na uvid i proveru svim članovima tima.



1.1.2 Formiranje timova

Važan korak nakon donošenja odluke o vrsti projekta jeste okupljanje odgovarajućih ljudi koji će raditi na rešavanju uočenog problema.

Kada je reč o **projektnom timu**, sledeći kriterijumi treba da budu ispunjeni:

- Tim treba da bude sastavljen od osoba koje raspolažu **osnovnim znanjem** o datom procesu – od ljudi koji su deo procesa, ili su posebno zainteresovani za taj proces. Na primer, članovi tima koji nastoji da poboljša proceduru prijema dece sa cističnom fibrozom treba da budu pedijatri specijalizovani za respiratorne infekcije, fizioterapeuti, pedijatrijske sestre, administrativni službenici dečijeg odeljenja i roditelji (u najmanju ruku), odnosno svi koji imaju neposredno iskustvo sa pomenutim pitanjem. Članovi tima koji se bavi kontrolom bolničkih infekcija treba da budu specijalista za infektivne bolesti, mikrobiolog, medicinske sestre i osoblje pomoćnih službi bolnice zaduženih za održavanje higijene.
- Članovi tima moraju biti predstavnici različitih delova procesa i, ukoliko je potrebno, različitih nivoa u organizaciji. Veoma je lako nenamerno zaboraviti one za koje se smatra da su van datog procesa; na primer, predstavnike odeljenja patologije ili radiologije, udruženja zdravstvenih radnika, lekare opšte prakse i privatne zdravstvene ustanove. Bar jedan član tima treba da prođe obuku iz **metodologije unapređenja kvaliteta**. U idealnim uslovima, vođa tima treba da bude obučen za upravljanje radom tima.
- Posebnu pažnju treba posvetiti uključivanju **korisnika** u rad projektnog tima. Oni mogu ponuditi različito viđenje procesa i mogućnosti za poboljšanje. Zavisno od toga o kakvom procesu se radi, predstavnik/predstavnici korisnika može/mogu biti iz same organizacije (osoblje) ili van nje.

Idealna veličina tima je 5–9 članova. Ukoliko tim postane preveliki, to može da znači da je vaš projekat preambiciozan u pogledu obuhvata. Za poboljšanje je potrebno vreme. U stresnom radnom okruženju, poput bolničkog, normalno je da lekari tvrde da nemaju vremena da budu aktivni članovi timova. Zato struktura sastanaka treba da bude takva da lekari na najefikasniji način (u smislu uštede vremena) mogu svojim znanjem o datom procesu da daju doprinos. Od kliničara ne treba očekivati da vode sastanke tima, osim ukoliko nisu posebno zainteresovani za to.

Projektni tim

SVRHA

- Ispitivanje procesa, testiranje promene i analiza rezultata
- Davanje preporuka za poboljšanje ili promenu
- Sprovođenje promena ili poboljšanja u delo

ČLANSTVO

Podnošenje izveštaja komisiji za kvalitet ili drugom odgovarajućem telu

Osobe sa osnovnim znanjima o datom procesu

Podrazumeva i vođu tima, kao i osobu koja podstiče rad na poboljšanju kvaliteta

Idealna veličina tima je do 9 članova

VREMENSKI OKVIR

Ograničen – konkretan projekat kratkog trajanja

Formulisanje opšteg cilja tima

Na prvom sastanku tima odlučuje se o tome šta tačno tim planira da uradi. Ta odluka se zapisuje, tj. formuliše kao cilj, koji treba da bude **SMART** (srp. pametan), tj da bude:

S pecific – konkretan

M easurable – merljiv

A ppropriate – primeren

R esult oriented – usmeren ka rezultatu

T ime scheduled – vremenski isplaniran

Saglasnost u pogledu cilja ili misije tima je lakše postići ukoliko članovi tima pre prvog sastanka ili na samom sastanku dobiju relevantne informacije, npr. osnovne podatke o procesu koji treba ispitati: stopa prijema, učestalost infekcija, dužina boravka itd. Primeri jasnih (opštih) ciljeva su:

- smanjenje učestalosti infekcija pri intervencijama zamene zglobova na manje od 1% u roku od dvanaest meseci;
- smanjenje dužine čekanja laboratorijskih nalaza za 20% u roku od osam meseci;
- sprovođenje preventivnih provera opreme dva puta godišnje.

Ciljevi treba da budu jasni, kvantitativno merljivi i vremenski definisani

Izjave o misiji ne smeju da sadrže željeno rešenje problema, npr. primena protokola o obuci u Odeljenju za bioinženjering.

U ovoj fazi timovi treba da razmotre i to da li je potrebno izmeniti sastav tima uključivanjem novih ljudi sa znanjem i iskustvom u datoj oblasti. Kako tim ne bi postao preveliki, novi članovi se mogu angažovati u skladu sa potrebama za određenom vrstom ekspertize u datom trenutku. Ova mogućnost treba da bude predviđena opisom zadataka tima.

Razmatranje odgovarajućih merenja

Timovi treba unapred da imaju podatke (mere) koji govore u prilog tvrdnji da nekom pitanju treba posvetiti posebnu pažnju, npr. promenljiva stopa prijema, stopa smrtnosti, učestalost nekog konkretnog zahvata, stopa pojave infekcije ili sličnih kliničkih incidenata. Ovi podaci su neophodni da bi se ustanovilo da li planirana promena dovodi do poboljšanja.

Da bi poboljšanje bilo evidentno, trebalo bi beležiti promene posmatranih podataka.

Treba sakupiti i druge podatke kako bi se dobio tačan uvid u celokupnu situaciju. Sve aktivnosti poboljšanja kvaliteta treba da budu usmerene na poboljšanje:

- kliničkih ishoda
- zadovoljstva
- efikasnosti pružanja usluga.

1.2 Faza dijagnostike

Ovo je važna faza. Nakon donošenja odluke o procesu ili problemu koji će biti ispitivan i postizanja saglasnosti u pogledu izjave o misiji kojom se definiše opseg projekta, u narednom koraku treba otkriti uzroke problema.

Potrebno je usredsrediti se na razvoj teorija kojima se objašnjava zašto je određen problem prisutan. U ovoj fazi ne treba upasti u zamku korišćenja prečica. Tim koji ide prečicama izložen je povećanom riziku od uzaludnog ulaganja truda u potencijalno rešenje za koje se na kraju ispostavi da nije povezano sa uzrokom problema.

Faza dijagnostike podrazumeva prikupljanje i analizu kvantitativnih i kvalitativnih podataka o procesu koji se ispituje, u cilju utvrđivanja uzroka i mogućih rešenja problema. Diskusija o tome kako različiti uzroci u interakciji dovode do problema pomaže timu da odredi prioritetne uzroke i rešenja i tako osigura delotvornost mera koje preduzima.

Tokom ove faze tim primenjuje jedan broj dijagnostičkih ili kvalitativnih instrumenata. Ti instrumenti omogućavaju timu da u potpunosti razume dati proces – način na koji trenutno funkcioniše, kako utiče na korisnike i gde postoji mogućnost za poboljšanje. Instrumenti podrazumevaju izradu dijagrama toka procesa, prikupljanje ideja, izradu dijagrama uzroka i posledica i vođenje fokus-grupa korisnika. Naravno, nije uvek neophodno koristiti sve ove instrumente.

Tim nastoji da utvrdi prirodu i obim problema, očekivanja korisnika od datog procesa i njihovo razumevanje tog procesa, kao i raspoloživa sredstva za rešavanje problema. To podrazumeva utvrđivanje/otkrivanje onoga što drugi čine na rešavanju tog problema, npr. pregledom literature, obilaskom terena i istraživanjem na Internetu.

Celokupni tim treba da se uključi i da razume procese koje istražuje da bi obezbedio razvoj odgovarajućih i delotvornih strategija i svoju posvećenost preduzetim aktivnostima. To je važno zato što će upravo članovi tima biti uključeni u testiranje tih intervencija.

U fazi dijagnostike se preporučuje preduzimanje koraka navedenih dalje u tekstu. Iako bi tim na taj način trebalo da prikupi dovoljno informacija o procesu da bi omogućio poboljšanje, može se, takođe, primeniti većina drugih instrumenata sugerisanih u ovom dokumentu.

Pogrešno je donositi odluku o rešenju nekog problema u ranoj fazi procesa poboljšanja, pre nego što je problem precizno definisan. Prolazak kroz fazu dijagnostike je od ključnog značaja jer se tada definišu najadekvatnije intervencije. Najbolje rešenje ne mora biti i najočiglednije.

U **fazi dijagnostike** sakupljaju se podaci neophodni za definisanje problema, organizovanje informacija i utvrđivanje njihovog prioriteta.

- Dijagram toka procesa
- Fokus-grupe korisnika
- Prikupljanje ideja
- Tehnika nominalne grupe
- „Tabela sa reckama“
- Dijagram uzroka i posledica
- Dijagram afiniteta
- Pareto dijagram
- Grafikoni sa tekućim podacima, npr. dijagram promene podataka u vremenu, dijagram statističke kontrole procesa (SKP)

Uopšteno govoreći, sledeći instrumenti su se dobro pokazali u praksi. Naravno, nije uvek neophodno koristiti sve da bi se sakupile korisne informacije o procesu koji se ispituje.

Za utvrđivanje najboljih i primenjenih procesa (koji se mogu razlikovati) treba:

1. izraditi dijagram toka:

- grafički prikazati dati proces;
- sakupiti kvantitativne podatke;

2. utvrditi sporna pitanja:

- prikupljanje ideja ili tehnika nominalne grupe;
- izrada uzročno-posledičnog dijagrama;

3. organizovati sporna pitanja:

- sortirati uzroke po važnosti korišćenjem kvantitativnih i kvalitativnih podataka.

1.3 Faza intervencija

Nakon što je izrađena mapa procesa i utvrđena priroda i uzroci problema koji se u njemu javljaju, timovi koji rade na poboljšanju treba da ustanove gde postoje mogućnosti za poboljšanje i koje promene će dovesti do poboljšanja. Model poboljšanja kvaliteta usluga zasnovan je na pristupu učenja iz grešaka; promena

se testira tako što se sprovede, zatim se posmatraju njeni efekti tj. posledice i na kraju se iz tih posledica izvlače zaključci.

Završetak jednog skupa testova vodi ka daljem testiranju. Nakon svakog testa tim dolazi do određenih saznanja o tome šta je funkcionisalo, šta nije, šta treba zadržati, a šta promeniti ili odbaciti. Tim može nastaviti sa testiranjem sve dok ne prepozna intervenciju koju smatra dovoljno dobrom i odgovarajućom za širu primenu.

Intervencija se sastoji od sledećih koraka:

- ispitivanje podataka prikupljenih tokom faze dijagnostike. Posebna pažnja se pridaje problemima koje je tim označio kao prioritete;
- postizanje konsenzusa u okviru tima o tome na šta će poboljšanje biti usmereno;
- odlučivanje o tome koje će intervencije ili promene najpre dovesti do poboljšanja. Neki primeri strategija podrazumevaju edukaciju osoblja, primenu protokola ili kliničkih procedura. Testiranje promene nije uvek jednostavno. Dešavaju se nepredviđene stvari, promena nekada ne utiče na problem, a mogu se pojaviti i neželjeni efekti;
- **planiranje** testiranja odabranog poboljšanja ili promene. Ko? Šta? Kada? Gde?

Testiranje pomaže da se procene troškovi i prateći efekti promene i prepreke za sprovođenje svedu na najmanju meru;

- **testiranje** (tj. sprovođenje plana) i prikupljanje podataka za analizu. Prikupljanje podataka može biti jednostavno, npr. upisivanjem recke u tabelu svaki put kada se posmatrana pojava dogodi. Dokumentovanje problema i neočekivanih pojava je od ključnog značaja jer nam pomaže da razumemo zašto je promena dovela, ili nije dovela, do poboljšanja;
- **proučavanje** rezultata. Poređenje dobijenih podataka sa očekivanim. Da li testiranje ukazuje na poboljšanje? Da li je moguća šira primena? Analiza podataka pomaže da se ustanovi u kom delu je promena dobro izvedena, da li su pomoćni procesi sprovedeni na odgovarajući način i koje pretpostavke su se pokazale ispravnim. Kada podaci ne govore u prilog procesu, može se zaključiti da rešenje nije bilo odgovarajuće;
- **postupanje** na osnovu rezultata. Promena se sprovodi (ukoliko je ocenjena kao dobra), ili se testiraju druge mogućnosti. U svakom slučaju, dalji koraci treba da budu zasnovani na rezultatima testiranja planirane intervencije.

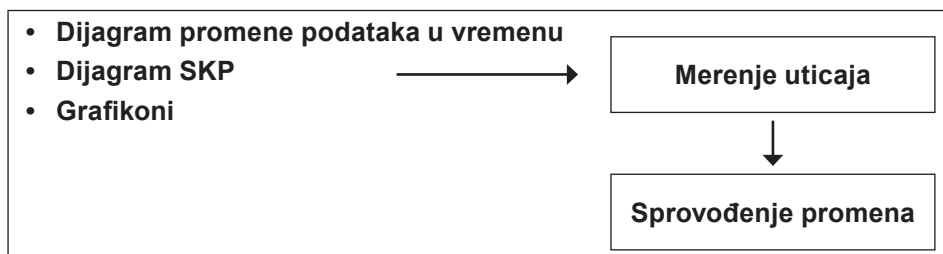
Testiranje planiranih promena ili intervencija može da potraje. Poboljšanje iziskuje ulaganje. Jedan od načina za smanjenje potrebnih resursa jeste uspostavljanje i praćenje indikatora učinka tokom vremena. Kratak „snimak“ stanja/učinka u različitim trenucima tokom nekog perioda je često dovoljan. Ukoliko klinički timovi vode takvu evidenciju, efekti promena se lako mogu proceniti.

1.4 Faza uticaja i intervencija

Timovi treba da mere uticaj sprovedenih promena da bi bili sigurni da su intervencije dovele do poboljšanja i da bi obezbedili dokaze koji opravdavaju trajno uvođenje tih promena. Prema tome, neophodno je sakupiti i analizirati podatke, te ih dati svima na uvid. Popularni načini predstavljanja podataka jesu dijagrami i sheme, o kojima se govori u nastavku teksta.

Uspeh projekta unapređenja ne garantuje i njegovu održivost. Uspešna intervencija treba da bude i formalno sprovedena. Smatra se da je promena zaista uvedena kada postane deo ustaljene prakse. Ako želite uspeh, najbolje je sprovoditi samo one promene za koje ste sigurni da će dovesti do poboljšanja. Sprovođenje se od testiranja razlikuje na više načina.

1. Budući da testiranje promene nije trajan proces, nije neophodna strukturna podrška, npr. obuka, dokumentacija i standardizacija. Međutim, da bi promena bila sprovedena, istovremeno moraju biti sprovedeni i odgovarajući pomoćni procesi.
2. Ako su rezultati testiranja promene nesigurni, najbolje je sprovoditi samo one promene za koje ste sigurni da će dovesti do poboljšanja.
3. S obzirom da se testiranje uglavnom obavlja na malom uzorku, manje je ljudi uključeno u testiranje nego u sâmo sprovođenje promene. To znači da se u fazi sprovođenja može očekivati veći otpor promenama, pa treba pripremiti delotvorni plan upravljanja promenama.



1.5 Faza obezbeđivanja održivosti poboljšanja

Nakon sprovođenja promena treba uspostaviti mehanizme za obezbeđivanje održivosti tih promena, što može da obuhvati:

1. **standardizaciju** postojećih sistema i procesa sprovođenja radnih aktivnosti;
2. **dokumentovanje** politike, procedura, protokolâ i smernica koji su u vezi sa uvedenom promenom;
3. **merenje/procenu i proveru**, kako bismo bili sigurni da je promena postala deo uobičajene prakse;
4. **obrazovanje i obuku** osoblja.

1.5.1 Standardizacija

Svrha standardizacije je da osigura doslednu primenu novih metoda ili procedura tokom vremena. Klinički tim koji radi na poboljšanju treba da dâ preporuke za poboljšanje rukovodstvu klinike, kako bi promene postale deo politike i svakodnevne prakse. Rukovodstvo bi trebalo da na odgovarajući način ugradi preporuke u „norme“ ili „smernice za najbolju praksu“ i da ih saopšti svim relevantnim akterima.

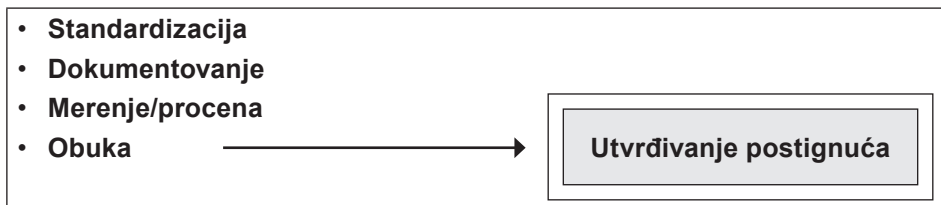
Preporuke mogu biti predstavljene u formi kliničkih procedura ili logaritama odlučivanja, konvencionalne narativne politike i procedura, ili kao mešavina ovih oblika.

1.5.2 Dokumentovanje

Timovi su odgovorni za dokumentovanje svih faza projekta od planiranja, preko testiranja, provere napretka, sprovođenja promena i svih propratnih aktivnosti, uključujući i završetak projekta. Na ovaj način formira se „memorija organizacije o radu tima“.

Dokumentacija predstavlja neophodnu osnovu za planiranje dodatnog obrazovanja i obuke osoblja tokom faze sprovođenja promene, obezbeđivanje usaglašenog rada različitih grupa, razumevanje određene metode ili procesa, kao i za formulisanje opšteprihvaćene definicije promene.

Dokumentovanje može biti u vidu zapisnikâ sa sastanaka, kopija izveštaja, prepiske i radnih listova. Na ovaj način se obezbeđuje osnova za proveru napretka i postignuća, omogućava praćenje razvoja tokom vremena i informisanje novih članova koji se timu pridruže nakon početka projekta. Potpuna i ažurna dokumentacija olakšava i pripremu prezentacija o radu tima.



1.5.3 Merenje/procena rezultata

Merenjem procesa se obezbeđuje to da se primenjene promene zaista i sprovode i pruža izvor novih saznanja tokom sprovođenja, kao i metoda za održavanje nakon sprovođenja. Merenjem se uspostavlja osnova za kontinuiranu proveru i poboljšanje. Izlaganjem rezultata merenja procesa na vidno mesto obezbeđuje se stalna usredsređenost na taj proces. Posmatranje rezultata merenja tokom vremena omogućava kliničkom timu da utvrdi da li postoji kontinuitet u ostvarivanju željenih rezultata i da li se to može očekivati i u budućnosti.

1.5.4 Obrazovanje i obuka

Nekada je potrebno određeno obrazovanje i obuka da bi promena bila sprovedena. Potrebno je dokumentovati i nove metode ili radne procese, a ljude obučiti za nov način rada.

Pri donošenju odluke o obimu obuke tim treba da uzme u obzir:

- vrstu predložene promene;
- osobu koja će biti nadležna za sprovođenje promene;
- nivo stručnosti i radnog iskustva ciljne grupe.

Ukoliko željena promena podrazumeva samo proširenje posla koji se već obavlja, svu potrebnu obuku moguće je svesti na razgovor o promeni sa kliničarima i rukovodstvom na koje ta promena utiče. Takva obuka može biti sprovedena na radnom mestu ili pregledom novih standarda rada na sastanku. Učenje koje uključuje praksu najčešće je imperativ kod ovakve vrste obuke.

Ukoliko je promena složenija i obuhvatnija (npr. podrazumeva korišćenje nove tehnologije), za njeno sprovođenje može biti potrebna formalna obuka u učionici. Najdelotvornije su interaktivne radionice i seminari, ali može biti potrebno da budu upotpunjene obukom na radnom mestu, stručnim savetovanjem ili drugom vrstom edukacije.

Deo 2: Instrumenti i tehnike za unapređenje

U nastavku teksta predstavljeni su neki konkretni instrumenti i tehnike za poboljšanje kvaliteta, koji omogućavaju sistematičan i strukturiran pristup poboljšanju u većini situacija (napominjemo da ovaj spisak ne obuhvata sve postojeće tehnike i instrumente). Tehnike su razvrstane prema prethodno opisanim procesima.

Tabela instrumenata – odabir odgovarajuće tehnike primerene datoj situaciji

Formiranje delotvornog tima – stavljanje akcenta na saradnju

Instrumenti i tehnike

- Saveti za uspešno vođenje sastanka
- Osnovna pravila u timu
- Pregovaranje i rešavanje sukoba

Prikupljanje podataka o procesu – sve aktivnosti poboljšanja moraju biti zasnovane na podacima i činjenicama

Instrumenti i tehnike

- „Tabela sa reckama“
- Tabele
- Podaci do kojih se dolazi posmatranjem
- Indikatori i varijacije

Dijagnostikovanje problema – sposobnost usredsređivanja na glavno pitanje

Instrumenti i tehnike

- Dijagram toka
- Prikupljanje ideja
- Izglasavanje prioriternih ideja
- Tehnika nominalne grupe
- Fokus-grupe korisnika

Analiza problema – uključujući i traženje rešenja za datu situaciju

Instrumenti i tehnike

- Dijagram uzroka i posledica (tehnika riblje kosti)
- Dijagram afiniteta
- Paretoov dijagram
- Sheme i dijagrami
- Merenje uticaja

Provera napretka – provera stvarne delotvornosti preduzetih aktivnosti

Instrumenti i tehnike

- Kontrolna lista

Predstavljanje postignuća tima – saopštavanje rezultata članovima tima, odeljenju ili organizaciji

Instrumenti i tehnike

- Različita sredstva prezentovanja

2.1 Odabir odgovarajućeg instrumenta

U tabeli koja sledi predstavljeni su osnovni raspoloživi instrumenti i mogućnosti njihove primene. Opisi primene instrumenata dati su u nastavku.

Tabela 1: Tabela instrumenata

Aspekt Instrumenti	Dijagno- stikovanje problema	Analiza problema	Merenje uticaja	Provera na- pretka	Održavanje rezultata
„Tabela sa reckama“	x		x		x
Tabela	x		x		x
Pregled literature	x				x
Dijagram toka	x	x		x	x
Prikupljanje ideja	x	x			
Izglasavanje prioriternih ideja		x	x		
Tehnika nominalne grupe	x	x			
Fokus-grupe korisnika	x	x	x	x	x
Indikatori i varijacije	x		x		x
Dijagram afiniteta	x	x			
Dijagram uzroka i posledica		x			
Paretoov dijagram		x	x		x
Stubičasti dijagram, tortasti dijagram, histogram		x	x		x
Dijagram promene podataka u vremenu		x	x	x	x
Dijagram SKP	x	x	x	x	x
Način prezentovanja					x

2.2 Formiranje delotvornog tima

Timovi ne nastaju jednostavnim okupljanjem grupe ljudi da bi radili na projektu poboljšanja kliničke prakse ili nekom drugom zajedničkom zadatku. Pojedinci treba da nauče da rade kao tim i da razumeju da će njihov učinak biti meren na osnovu rezultata celog tima. Veliki deo posla timovi obavljaju na sastancima, što zahteva dosta vremena. Članovi tima žele da dobro iskoriste to vreme. Osnovna pravila i saveti, dati u nastavku, mogu pomoći kliničkim timovima da bolje sarađuju.

- Zajednički usaglasiti i definisati uloge i odgovornosti različitih članova tima, odnosno vođe tima ili savetnika za kvalitet i članova tima.
- Dogovoriti se o tome ko će voditi različite aktivnosti tima. U delotvornom timu postoji podela liderskih uloga, a na taj način i zajednička odgovornost za izvršenje određenih zadataka i postizanje ciljeva tima. To znači da u nekim situacijama lekari mogu preuzeti lidersku ulogu, dok je u drugim situacijama primerenije da medicinske sestre ili drugi zdravstveni radnici preuzmu tu ulogu.
- Akcenat bi trebalo staviti na nastojanje da se kreira okruženje u kome svi članovi tima prihvataju rad tima kao prioritet, a ne kao smetnju svojim svakodnevnim aktivnostima. Projekat kojim se bavi tim postaje deo svakodnevnog posla članova tima.

Saveti za uspešno vođenje sastanka

1. Počnite i završite sastanak na vreme.
2. Koristite dnevni red: definišite tačke o kojima će biti reči, osobe zadužene za konkretne tačke dnevnog reda i, ukoliko smatrate korisnim, ograničite vreme koje će biti posvećeno svakoj tački.
3. Vodite zapisnik, kako bi iznesene ideje bile sačuvane, čak i one koje se u tom trenutku ne čine relevantnim.
4. Utvrdite osnovna pravila (videti u daljem tekstu).
5. Kontrolišite dominantne pojedince.
6. Uključite čutljive pojedince.
7. Na kraju sastanka izvedite zaključke ili kratak pregled.
8. Odredite zapisničara koji će beležiti planove, ključne tačke diskusije, odluke, zadatke i sl. prema potrebi.
9. Imenujte odgovorne osobe i definišite rokove za sve dogovorene aktivnosti: ko će šta uraditi i do kada.
10. Uvek se vratite na aktivnosti sa prethodnih sastanaka i proverite da li je plan ispoštovan.

Osnovna pravila u timu

U nastavku teksta dat je predlog osnovnih pravila. Tim može da usvoji sva pravila na ovom spisku, ili da odabere ona koja smatra odgovarajućim. U svakom slučaju, članovi tima treba da postignu saglasnost o tome. Osnovna pravila u timu su sledeća:

1. svi članovi su ravnopravni i njihova mišljenja se jednako uvažavaju;
2. članovi tima govore slobodno i na smenu; svi moraju imati priliku da se obrate;
3. članovi tima pažljivo slušaju druge;
4. svaki član mora dobiti priliku da kaže svoje mišljenje;

-
5. nijedna osoba ne sme da dominira;
 6. svaki član tima govori samo u svoje ime, a nikad u ime svih;
 7. članovi tima govore ono što misle, a ne ono što misle da drugi žele da čuju;
 8. treba pretresati, analizirati i napadati probleme, a ne ljude;
 9. članovi moraju poštovati poverljivost informacija razmenjenih u okviru tima;
 10. kada se postigne neki dogovor, od članova se očekuje da zastupaju isti stav čak i nakon što napuste sastanak;
 11. važnije je biti iskren nego prikloniti se mišljenju drugih radi jedinstva;
 12. tim nastoji da postigne konsenzus, a ne demokratiju;
 13. svaka osoba može reći šta misli, ali to ne znači da će biti po njenom;
 14. ukoliko svi ćute, smatraće se da se slažu sa onim o čemu je reč;
 15. ne postoje tačni i netačni odgovori.

Pregovaranje i rešavanje sukoba

Da bi u timu bio postignut dogovor često je potrebno pregovarati, kako o podeli nadležnosti i odgovornosti tako i o aktivnostima koje će biti preduzete.

Cilj pregovaranja u timu jeste da svi članovi tima budu zadovoljni postignutim dogovorom o spornom pitanju ili odlukom. U idealnoj situaciji biće zadovoljene potrebe svih članova. Ponekad, međutim, dolazi do sukoba, naročito kada se pojedinci u timu čvrsto drže različitih gledišta. Sukobi utiču na motivaciju i energiju u timu i zato ne smeju biti zanemareni.

Postoje mnogi delotvorni pristupi pregovaranja i rešavanja sukoba. Neki od njih su:

- definisanje krajnjeg cilja i svih pitanja o kojima se ne može pregovarati unapred;
- analiza spornog pitanja pre donošenja ishitrenih zaključaka;
- razumevanje interesa svih članova tima;
- poštovanje mišljenja i stavova drugih članova tima;
- izbegavanje dominacije jedne osobe ili više njih;
- traženje informacija od svakog pojedinaca, koje bi doprinele razumevanju njegovog viđenja datog problema;
- traženje različitih mogućnosti koje bi mogle dovesti do zadovoljavajućeg kompromisa. Uz poštovanje različitih gledišta, tim treba da istraži rešenja koja su svima prihvatljiva. Utisak svih članova tima bi trebalo u najmanju ruku da bude takav da su ih drugi saslušali u toku procesa pregovaranja;
- nalaženje rešenja koje svi članovi podržavaju i kome se ni jedan član ne protivi (tj. konsenzus);
- dokumentovanje postignutog dogovora/rešenja na kraju procesa pregovaranja.

2.3 Prikupljanje podataka o procesu

Prikupljanje podataka je ključni element uočavanja i rešavanja problema. Bez dobrih podataka, instrumenti za poboljšanje kvaliteta ne mogu da funkcionišu na odgovarajući način.

2.3.1 „Tabela sa reckama”

Korisni podaci nisu uvek proizvod komplikovanih baza podataka ili elektronskih sistema. Moguće je delotvorno prikupiti podatke i na krajnje jednostavan način – korišćenjem papira i olovke. „Tabela sa reckama” je jednostavan instrument za prikupljanje podataka o nekom događaju tako što se broji njegovo javljanje. Ovaj instrument omogućava da se na jednostavan način zabeleži i brzo izbroji koliko se često nešto dešava, kao i da se utvrde trendovi ili obrasci po kojima se to dešava.

Ove tabele se mogu koristiti za prikupljanje podataka koji se odnose na prošlost, sadašnjost ili budućnost. Kao i u slučaju drugih instrumenata za prikupljanje podataka, važno je:

- odlučiti koja oblast rada ili problem će se ispitati;
- odlučiti koja vrsta podataka će se prikupljati;
- osmisлити jednostavnu metodu prikupljanja podataka;
- definisati rok za prikupljanje podataka;
- obučiti ljude za korišćenje datog instrumenta, da bi se obezbedila doslednost prikupljanja podataka;
- isprobati instrument da bi bili sigurni da se prikupljaju korisni podaci;
- prikupljati podatke za tačno definisani period;
- analizirati podatke korišćenjem instrumenata kao što su grafikoni, histogrami i dijagrami promene podataka u vremenu.

Tabele sa reckama ili kontrolne liste su naročito korisne u kombinaciji sa posmatranjem. Primenom utvrđenih kriterijuma, ovi instrumenti obezbeđuju doslednost u prikupljanju podataka. Moguće je, na primer, posmatrati poštovanje normi koje se odnose na čistoću, odlaganje otpada, odlaganje oštih predmeta, nalepnice sa rokom upotrebe na lekovima, sadržaj kolica za hitnu pomoć, ili sprovođenje politike koja se odnosi na pranje ruku, broj ljudi u čekaonici, ili prisustvo na obrazovnim seminarima.

Tabela 2: Primer jednostavne „tabele sa reckama” – nedostatak kreveta (prebacivanje pacijenta iz urgentnog centra na odeljenje)

Uzroci nedostatka kreveta	Recke (broj puta)	Međuzbir
Nema spremačice da zameni posteljinu	IIII	4
Kašnjenje laboratorijskih nalaza	III	3
Nema slobodnih kreveta na odeljenju	II	2
UKUPNO		9

2.3.2 Tabela

Tabela predstavlja kompaktan način za grafičko organizovanje podataka. Tabele su naročito pogodne kada treba predstaviti velike skupove podataka.

Koraci su jednostavni.

1. Prebrojte podatke i organizujte ih prema kategorijama.
2. Napravite tabelu sa redovima i kolonama. Unesite podatke u različite kategorije i dodajte zbirne vrednosti u krajnju desnu kolonu i poslednji red. Pogledajte primer u nastavku.
3. Obeležite svaku kolonu i red.
4. Proverite da li su ukupne vrednosti u kolonama i redovima tačno sabrane.
5. Dajte naziv tabeli.

Tabela 3: Jednostavna tabela: problem – uzroci odlaganja otpusta iz urgentnog centra

Uzrok	jan– mart	april– jun	jul– sept.	okt– dec.	Ukupno
Kašnjenje rezultata rendgenskog snimanja	39	30	28	29	126
Manjak kreveta na odeljenju	13	16	21	13	63
Kašnjenje izveštaja kliničkog tima	5	4	7	4	20
Manjak lekara	4	7	8	5	24
Manjak medicinskih sestara	3	2	1	4	10
Ostalo	3	2	1	3	9
Ukupno	67	61	66	58	252

2.3.3 Opservacioni podaci

Mnogi od opisanih instrumenata oslanjaju se na neposredno posmatranje kao izvor podataka. Posmatranje može biti jedini način prikupljanja podataka o aktivnostima za koje ne postoji pisana evidencija, posebno kada je reč o posmatranju pacijenta, osoblja ili ponašanja drugih ljudi.

Neposredno posmatranje je najpouzdaniji način evaluacije radnog učinka osoblja zaduženog za zdravstvenu negu (npr. kada je reč o poštovanju protokola o zabrani podizanja, normama u vezi sa čistoćom, načinu obraćanja pacijentima, poštovanju pravila o pranju ruku, proveravanju roka trajanja lekova itd). Posmatranje je pogodno i za procenu prisustva na obrazovnom seminarima, rasporeda sedenja u čekaonicama i prostorijama urgentnog centra u periodima kada ima najviše pacijenata, korišćenja opreme ili prostorija, odlaganja otpada i pridržavanja pravila koje se odnosi na obezbeđivanje prohodnosti požarnih izlaza.

Posmatranje se najčešće primenjuje u kombinaciji sa „tabelama sa reckama” ili kontrolnim listama, kako bi se održala doslednost pravovremenog beleženja posmatranih podataka. Posmatranje se može kombinovati i sa drugim instrumentima, a naročito onima koji služe za ocenu utisaka korisnika (npr. fokus-grupe korisnika, razgovori sa pacijentima i ankete o stepenu zadovoljstva).

2.3.4 Indikatori i varijacije

Suštinski cilj korišćenja indikatora je poboljšanje kvaliteta nege korisnika zdravstvenih usluga. Indikatori su mere učinka koje se mogu koristiti za opisivanje problema: koliko se često javlja, kada, gde i ko je njime pogođen.

Indikatori se formulišu tako što se podaci prikupe, a zatim predstave u vidu matematičkih formula ili tabela i grafikona. Formula se sastoji od brojioca (ono što se posmatra) i imenioca (referentna vrednost). Indikator može biti predstavljen kao, na primer, udeo stanovništva pogođenog nekim događajem ili stanjem, procenat ljudi koji prisustvuju nekom događaju, učestalost neke pojave ili stanja kod određene grupe ljudi. Prema tome, indikatori su pogodni za procenu trenutne situacije, poređenje karakteristika neke grupe ljudi ili procesa sa drugim grupama/procesima, ili za procenu varijacija u pojavljivanju/postojanju neke karakteristike. Da bi poređenje pomoću indikatora bilo moguće, neophodno je da postoji norma ili referentna vrednost. U svakom procesu postoje određene varijacije. Prema tome, da bi se smanjio broj varijacija u procesu treba uporediti rezultate procesa sa normom ili prethodno utvrđenom referentnom vrednošću.

Indikatori su hijerarhijski organizovani. Različiti indikatori su relevantni za različite nivoe u okviru sistema, budući da različiti nivoi (npr. stanovništvo, država, bolnica, odeljenje, klinika itd.) imaju različite potrebe za informacijama. To znači da skup podataka koji su korisni na nivou klinike ne mora biti relevantan na nivou države. Prema tome, razvoj delotvornih indikatora iziskuje dobro poznavanje potreba za informacijama. Korisnost određenog indikatora definiše se kao njegova sposobnost da obezbedi informacije potrebne onima koji taj indikator koriste.

(i) Klinički indikatori

Klinički indikatori su mere specifičnih kliničkih stanja, tj. mere funkcije u vezi sa konkretnim stanjima. Oni su objektivna, kvantitativna mera procesa ili ishoda zdravstvene nege pacijenata.

Klinički indikatori nisu definisane norme, već služe za skretanje pažnje kliničara na potencijalne probleme i/ili mogućnosti za unapređenje nege pacijenata. Klinički timovi mogu da istraže varijacije u podacima dobijenim korišćenjem indikatora i to može da bude polazna osnova za poboljšanje.

Donabedian je opisao model za analizu kvaliteta korišćenjem indikatora kao kvantitativnih mera strukture, procesa ili ishoda nege pacijenata.

Na primer, odnos broja zaposlenih i broja kreveta je indikator strukture, procenat pacijenata „dnevne hirurgije” i prosečna dužina boravka su indikatori procesa, a letalitet je mera ishoda.

OBLAST NA KOJU SE INDIKATOR ODNOSI: KARDIOLOGIJA

Tema: Primena trombolitičke terapije kod akutnog infarkta miokarda

Obrazloženje: Trombolitička terapija je tretman kojim se spasava život pacijenta i zato ga treba primeniti što pre nakon akutnog infarkta miokarda.

Pojmovi u vezi sa ovim indikatorom

Akutni infarkt miokarda koji zahteva trombolitičku terapiju definiše se kao bol u grudima koji traje duže od 30 minuta i elevacija ST segmenta ili blok leve grane srca (LBBB).

Trombolitička terapija se definiše kao intravenska terapija koja se primenjuje u cilju razgradnje tromba (npr. streptokinaza ili T-PA).

Indikator

Ovo je uporedni indikator izražen kao stopa, a odnosi se na proces nege pacijenta.

FORMULA INDIKATORA

Brojilac: broj pacijenata sa akutnim infarktom miokarda koji zahteva trombolitičku terapiju, koji je dobiju u roku od sat vremena po prijemu u bolnicu.

Imenilac: ukupan broj pacijenata sa akutnim infarktom miokarda koji zahteva trombolitičku terapiju, koji je dobiju u toku posmatranog perioda.

OBLAST NA KOJU SE INDIKATOR ODNOSI: AKUŠERSTVO

Tema: Slučajevi prvorotki sa neoštećenim donjim genitalnim traktom posle vaginalnog porođaja.

Ovaj indikator se koristi zato što se česti slučajevi neoštećenog perineuma smatraju željenim ishodom.

Pojmovi u vezi sa ovim indikatorom

Donji genitalni trakt podrazumeva sve strukture ispod grlića materice, ne uključujući i sam grlić.

Hirurški rekonstruktivni zahvat predstavlja ušivanje neke od struktura donjeg genitalnog trakta posle porođaja. Ovo je uporedni indikator izražen kao stopa, a odnosi se na proces i ishod nege pacijenta.

Ovaj indikator se odnosi na pacijentkinje koje su bile **nulipare** do trenutka porođaja.

Brojilac: broj prvorotki koje ne zahtevaju hirurški rekonstruktivni zahvat na donjem genitalnom traktu, kao što je prethodno objašnjeno.

Imenilac: ukupan broj prvorotki koje su imale vaginalni porođaj.

**OBLAST NA KOJU SE INDIKATOR ODNOSI: RADIOLOGIJA –
raspoloživost izveštaja**

Tema: Vreme potrebno za dobijanje izveštaja o rendgenskom snimku neurgentnog, hospitalizovanog pacijenta.

Obrazloženje: Ako želimo da izveštaj radiološke dijagnostike ima bilo kakav uticaj na vođenje slučaja, trebalo bi da bude dostupan odgovarajućem lekaru u roku od 24 sata.

Definicije pojmova**Vrsta indikatora**

Ovo je uporedni indikator izražen kao stopa, a odnosi se na proces nege pacijenta.

Pojmovi u vezi sa ovim indikatorom

Vremenski okvir za posmatranje ovog indikatora je od ponedeljka u 9:00h do četvrtka u 17:00h za sva tražena ispitivanja.

Vreme potrebno za dobijanje izveštaja je vreme koje protekne od trenutka primanja zahteva do trenutka kada je izveštaj spreman.

U svrhu ovog indikatora, izveštaj je svako pisano, elektronsko ili verbalno saopštenje, dostupno ordinirajućem lekaru. Neurgentni zahtev je svaki zahtev na koji lekar ne stavi oznaku hitnosti.

FORMULA INDIKATORA

Brojilac: broj izveštaja o rendgenskim snimcima neurgentnih, hospitalizovanih pacijenata, koji nisu dostupni u roku od 24 sata, u posmatranom periodu.

Imenilac: ukupan broj zahteva za rendgenske snimke neurgentnih, hospitalizovanih pacijenata u posmatranom periodu.

**OBLAST NA KOJU SE INDIKATOR ODNOSI: ORTOPEDSKA HIRURGIJA
– ugradnja totalne proteze kuka**

Tema: Postoperativna infekcija nakon ugradnje totalne proteze kuka

Obrazloženje: Ako do infekcije dođe nakon primarne ugradnje totalne proteze kuka, postoji ozbiljan rizik da će proteza morati da se ukloni.

Definicije pojmova

Vrsta indikatora

Ovo su uporedni indikatori izraženi kao stope, koji se odnose na ishod nege pacijenta.

Pojmovi u vezi sa ovim indikatorom

Postoperativna bolnička infekcija može se definisati kao pojava ili drenaža gnojavog sadržaja iz hirurške rane i/ili pozitivna bakterijska (patogena) kultura brisa hirurške rane.

FORMULA INDIKATORA

Brojilac: broj pacijenata koji se podvrgnu primarnoj ugradnji totalne proteze kuka i koji imaju postoperativnu bolničku infekciju, u posmatranom periodu.

Imenilac: ukupan broj pacijenata koji se podvrgnu primarnoj ugradnji totalne proteze kuka, u posmatranom periodu.

(ii) Varijacije

Varijacije se javljaju u svim aspektima života – među ljudima i u ustanovama. Mogu se javljati kao:

1. varijacije koje ukazuju na to da se nešto promenilo ili da nije u redu, ili
2. slučajno odstupanje koje traje duže vreme i ne ukazuje na to da je došlo do određene promene.

Ono što je kod ove koncepcije bitno jeste to da ne treba automatski reagovati na svaku primećenu slučajnu varijaciju, ali treba obratiti pažnju na obrasce. Prema tome, odluke treba donositi na osnovu prirode varijacije.

Ukoliko se uoči varijacija, treba temeljno ispitati moguće uzroke. Ako se ispitivanjem otkriju mogućnosti za poboljšanje, treba ih iskoristiti.

Postoji mnogo razloga za varijacije, među kojima su i sledeći:

- bolnice i druge zdravstvene ustanove mogu imati različite strukture pacijenata;
- različite grupe stanovništva mogu imati različite potrebe;
- razlike u socioekonomskom statusu utiču i na zdravstveno stanje i potrebe za zdravstvenom zaštitom;
- struktura troškova se može razlikovati od ustanove do ustanove;
- različitim ustanovama se različito rukovodi;
- postoje razlike u kliničkoj praksi.

Problemi sa podacima (na primer, u vezi sa nepotpunom dokumentacijom ili neodgovarajućim šifrovanjem) često dovode do varijacija, ali nisu pravi razlog varijacije. Zapravo, njih treba posmatrati kao indikatore problema u sistemu.

(iii) Potencijalne zamke

Indikatori obezbeđuju podatke na osnovu kojih se prepoznaju oblasti koje je moguće unaprediti. Međutim, postoje mnoge zamke u korišćenju podataka koje treba izbeći. Neke od njih su:

- nedostatak naučnog pristupa pri tumačenju indikatora i postavljanju ciljeva;
- postavljanje nedostižnih ciljeva;
- pojava problema kada se postavljaju viši ciljevi, na primer na godišnjem nivou, na osnovu učinka za koji se ispostavi da je slučajnost, pa ciljevi postaju nedostižni;
- zadovoljavanje prosečnim učinkom, umesto nastojanja da se u potpunosti iskoristi potencijal;
- zanemarivanje dugoročnih planova;
- izostanak definisanja razloga „dobrog” učinka;
- kreativno, nestandardizovano ili neredovno izveštavanje.

2.4 Dijagnostikovanje problema

Faza dijagnostike podrazumeva:

1. prikupljanje podataka potrebnih za dijagnostikovanje problema;
2. utvrđivanje uzroka;
3. organizovanje informacija i određivanje prioriteta među njima.

Postoji nekoliko instrumenata za poboljšanje kvaliteta koji se mogu koristiti za dijagnostikovanje problema. Neki instrumenti su osmišljeni za prikupljanje informacija od pružalaca usluga, a neki za prikupljanje informacija od korisnika zdravstvene zaštite. Najčešće upotrebljavani instrumenti su:

- dijagram toka procesa
- prikupljanje ideja
- izglasavanje prioriteta ideja
- tehnika nominalne grupe
- fokus-grupe korisnika.

2.4.1 Dijagram toka

Prvi zadatak projektnog tima je da izradi dijagram toka datog procesa. To treba učiniti nakon definisanja cilja. U dijagramu toka vizuelno se predstavlja redosled koraka ili tok odlučivanja u datom procesu. On pomaže timu da postigne konsenzus o procesu i o tome kako taj proces može biti poboljšan. Dijagram toka može biti složen, ali treba težiti što jednostavnijem.

Proces izrade dijagrama toka olakšava:

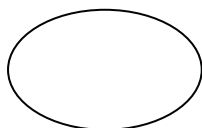
- razumevanje procesa u datom trenutku;
- otvoreno preispitivanje procesa, poređenje sa drugim, delotvornijim procesima i prepoznavanje potreba za poboljšanjem, kada je to moguće;
- utvrđivanje složenosti procesa i upravljanje procesom;
- definisanje ishoda i koraka u procesu;
- poboljšanje i pojednostavljenje procesa.

Kvadrati ili drugi simboli predstavljaju različite korake ili aktivnosti. Ovakvi dijagrami koji prikazuju redosled svih koraka mogu se koristiti za planiranje projekta, opisivanje procesa, prepoznavanje koraka koji su doveli do nepoželjnog događaja, ili za dokumentovanje standardnog načina obavljanja nekog posla. Oni mogu pomoći članovima grupe da razumeju šta se trenutno dešava u procesu, kao i da se dogovore o redosledu aktivnosti u novom, poboljšanom procesu.

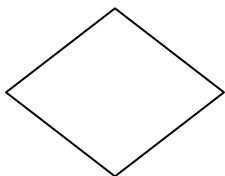
Ključni koraci u izradi dijagrama toka su:

1. definisanje procesa koji će biti razložen. To konkretno podrazumeva utvrđivanje okvira procesa: gde počinje, gde se završava, kao i veze sa drugim procesima;
2. utvrđivanje koraka u okviru procesa – onako kako se trenutno odvija, a ne onako kako tim smatra da bi trebalo. Definisanje ključnih aktivnosti ili postupaka, kao i tačaka odlučivanja. One mogu ukazivati na mogućnost zastoja, grešaka ili problema u komunikaciji u okviru sistema. Prikupljanje ideja je dobar način da se utvrdi spisak svih ključnih aktivnosti i odluka, od početka do kraja procesa;
3. izrada dijagrama uz korišćenje odgovarajućih simbola, pri čemu članovi tima iznose svoje ideje. Dijagram toka treba da bude jednostavan, a strelice pokazuju pravac svih koraka u procesu. Koraci moraju biti poređani po redosledu sprovođenja. Učešće osoba koje poznaju proces omogućava da tabela bude pravi odraz stanja.

Osnovni simboli koji se koriste za izradu dijagrama toka su sledeći:



početak/kraj



tačka odluke



korak u procesu



izrađeni dokument

Nije neophodno koristiti baš ove simbole, ali mogu biti od pomoći.

2.4.2 Prikupljanje ideja¹⁷

Cilj prikupljanja ideja je da članovi tima osmisle što veći broj ideja. Ovaj instrument je koristan kada tim nastoji da utvrdi uzroke nekog problema, ili kada nastoji da reši problem. Nešto složenija alternativa ovom instrumentu je tehnika nominalne grupe (TNG), opisana u nastavku.

Kada je tim sastavljen od ljudi koji dobro poznaju proces o kome je reč, na ovaj način se lako mogu utvrditi uzroci i rešenja. Postoje dva osnovne metode prikupljanja ideja:

- **Strukturirana:** jedan po jedan, članovi grupe iznose po jednu svoju ideju, dok svi ne iscrpe sve svoje ideje.
- **Nestrukturirana:** ko god ima neku ideju iznese je, bez redosleda, dok se sve ideje ne iscrpe.

Smernice za prikupljanje ideja

1. Odrediti „zapisničara“ koji će beležiti ideje.
2. Zapisati problem ili ideju, ili dobro formulisano pitanje, na tablu ili veliki papir.
3. Početi preispitivanjem teme; utvrditi da li svi razumeju probleme o kojima je reč.
4. Dati prisutnima minut ili dva da razmisle u tišini.
5. Zapisati sve ideje na tablu ili veliki papir, kako bi svi mogli da ih vide.
6. Dogovoriti se da neće biti diskusije tokom iznošenja ideja. Diskusija dolazi kasnije.
7. Dogovoriti se da ničije ideje neće biti kritikovane, čak ni gundanjem niti grimasom!
8. Nadograditi/razvijati ideje koje drugi iznesu.
9. Ostaviti ranija rešenja po strani; poželjne su nove ideje i nov način razmišljanja.
10. Usredsrediti se na formulisane novog sistema umesto na zapušavanje starih rupa. Ne treba koristiti reči kao što su: manje, više, bolje, ne, jer se tako vezujete za aktuelne probleme.

¹⁷ Eng. brainstorming (prim. prev.)

Rezultati prikupljanja ideja mogu izgledati ovako:

Problem: Postoperativne infekcije kod intervencija zamene zglobova.

1. Loša zaštita antibioticima
2. Izloženost bolničkim sojevima bakterija
3. Operisani visokorizični pacijenti
4. Izostao/loš postoperativni nadzor nad bolničkim infekcijama
5. Neodgovarajuće kompetencije nižeg medicinskog osoblja
6. Loše aseptične tehnike

Sledeći korak je utvrđivanje prioritetnih pitanja za grupu. To se obično postiže nekom vrstom glasanja. Kada se radi o manjoj grupi, uglavnom je dovoljno podizanje ruke. Kada je pitanje o kome je reč složenije i kada je uključen veći broj ljudi, nekada nije moguće postići konsenzus za vreme koje grupa ima na raspolaganju. U takvim slučajevima, najbolje je primeniti metod izglasavanja prioritetnih ideja.

2.4.3 Izglasavanje prioritetnih ideja

Izglasavanje prioritetnih ideja je jednostavan, strukturirani pristup koji grupe koriste da izdvoje najznačajnija ili prioritetna pitanja na nekom spisku. Najčešće se primenjuje nakon postupka prikupljanja ideja čiji je rezultat mnoštvo ideja, a cilj je da se izdvoji manji broj onih kojima odmah treba ili vredi posvetiti pažnju.

Izglasavanje prioritetnih ideja podrazumeva više krugova glasanja, pri čemu se nakon svakog kruga spisak predloga prepolovi – nakon 4 ili 5 krugova glasanja moguće je skratiti čak i spisak od 30 do 50 stavki na razuman broj sa kojima se može raditi. Ishod ovakvog glasanja odražava mišljenje većine i ne treba ga mešati sa prikupljanjem podataka. Dakle, ovo nije zamena za sakupljanje podataka radi izdvajanja najvažnijeg pitanja iz grupe pitanja.

Koraci u izglasavanju prioritetnih ideja

1. Uzeti spisak stavki nastalih u postupku prikupljanja ideja i svakoj dodeliti broj.
2. Dve ili više sličnih ideja združiti ukoliko se grupa slaže da su suštinski iste. Ukoliko je potrebno, ponovo numerisati sve stavke.
3. Zamoliti sve članove da izdvoje nekoliko prioritetnih stavki za diskusiju i njihove brojeve zapišu na papir. Broj izdvojenih stavki može biti najviše trećina od ukupnog broja na spisku (npr. za spisak od 48 stavki = 16 izdvojenih; za spisak od 37 stavki = 13).
4. Prebrojati glasove nakon što svaki član napravi svoj spisak. Članovi mogu glasati i podizanjem ruke kada se prozove broj odgovarajuće stavke .
5. Da bi spisak postao kraći, treba odstraniti ideje koje su dobile najmanje glasova. S obzirom na to da veličina grupe utiče na rezultate, predlažu se sledeća pravila:

-
- a. ukoliko je grupa mala (pet ili manje članova), precrtati one ideje koje su dobile samo jedan ili dva glasa;
 - b. ukoliko je grupa srednje veličine (6–15 članova), izbaciti sve ideje sa tri i manje glasova;
 - c. ukoliko je grupa velika (više od 15 članova), odstraniti ideje sa četiri i manje glasova.
6. Ponoviti korake 2–5 za spisak preostalih stavki. Nastaviti proces grupnog glasanja sve dok ne ostane samo nekoliko stavki. Ukoliko se do tog trenutka nijedna stavka ne nametne kao najvažnija, treba razgovarati o tome kojoj treba dati najveći prioritet. Može biti potreban još jedan krug glasanja.

2.4.4 Tehnika nominalne grupe (TNG)

Tehnika nominalne grupe (TNG) je još jedna strukturirana metoda prikupljanja ideja ili svođenja spiska ideja na broj s kojim je moguće raditi.

Ovaj pristup je nešto formalniji od postupka prikupljanja ideja i izglasavanja prioritetnih ideja. Grupa se naziva „nominalnom“ zato što u procesu sakupljanja ideja među članovima grupe nema onoliko interakcije koliko je tipično za pravi tim. Relativno nizak nivo interakcije ukazuje na to da je TNG dobra kada se radi o kontroverznim pitanjima. Takođe, TNG omogućava svakom članu tima da ravnopravno izrazi mišljenje i glasa o spornim pitanjima.

Tehnika nominalne grupe se može koristiti u cilju donošenja odluka konsenzusom, ili u nameri da se omogući svakom članu tima da ravnopravno doprinese diskusiji. To može biti korisno za „smirivanje“ dominantnih ili uticajnih članova, koji bi inače kontrolisali diskusiju i dominirali procesom.

Tehnika nominalne grupe se obično sprovodi u dva koraka – formalizovano prikupljanje podataka praćeno procesom selekcije.

Prvi korak: Formalizovano prikupljanje podataka

1. Definišite zadatak u formi pitanja (obično ga unapred formuliše vođa tima ili moderator).
2. Izložite svrhu diskusije uključujući pravila i procedure.
3. Postavite pitanje i pojasnite ga.
 - Neka pitanje bude ispisano na zidu ili sadržano u informativnom materijalu koji se deli članovima tima. Može pomoći i čitanje pitanja naglas, kako bi bili sigurni da ga svi učesnici razumeju.
 - Podstaknite svakoga ko ne razume pitanje da traži dodatno objašnjenje. To ne treba da pređe u diskusiju o samoj temi.
4. Formulišite ideje.
 - Ovo je najvažniji korak u procesu.
 - Zamolite članove tima da u tišini zapišu svoje odgovore.

5. Napravite spisak ideja.

- Kada svi završe, zamolite svakog učesnika da pročita jednu ideju sa svog spiska. Zapišite sve odgovore na tablu. Nastavite tako sve dok svi učesnici ne iscrpe svoje spiskove ili dok ne istekne vreme (predlaže se maksimalno 30 minuta).
- U ovoj fazi razgovor nije dozvoljen, čak ni postavljanje pitanja radi pojašnjenja, u cilju da se proces ubrza i spreči da postane dosadan.

6. Pojasnite ideje i diskutujte o njima.

- Okačite sve papire na tablu tako da ih cela grupa vidi. Pitajte da li neko ima pitanja u vezi sa bilo kojom zapisanom idejom. Na pitanja o konkretnim idejama odgovara osoba koja je njihov autor. Ostali članovi mogu da se uključe u diskusiju i pomognu da se ideje preciznije formulišu. Formulacija ideje se može promeniti samo uz saglasnost osobe koja je prvobitni autor te ideje.
- Kada se iscrpe sva pitanja, spisak treba što više sažeti. Ukoliko su autori ideja saglasni, vođa tima može da spaja slične ideje. Međutim, ako autori smatraju da postoje razlike, onda ideje treba da ostanu u prvobitnoj formi.
- Preostale ideje na spisku obeležite brojevima, radi lakšeg upućivanja na ideje u narednoj fazi.

Drugi korak: Selekcija

Ova faza je, zapravo, formalniji vid izglasavanja prioriternih ideja, koja se koristi radi sažimanja spiska mogućnosti i selekcije „najpopularnijih“ ideja.

1. Kada se u prvoj fazi prikupi preko 50 ideja, primenite neku od metoda da biste taj spisak skratili na 50 ili manje, npr. jedan ili dva kruga glasanja, ili neka članovi jednostavno povuku neke manje ozbiljne ideje koje su prvobitno naveli. Nijedan član ne može da odstrani ideju drugog člana bez njegove saglasnosti.
2. Dajte svakom učesniku nekoliko kartona ili papira dimenzija 5×10 cm. Broj kartona zavisi od broja ideja preostalih na spisku: po četiri kartona ukoliko na spisku ima do 20 ideja; po šest kartona za 20–35 ideja; po osam kartona za 35–50 ideja na spisku.
3. Zamolite članove tima da samostalno odaberu ideje sa spiska koje smatraju najboljim ili najvažnijim. Na svaki karton zapisuju po jednu ideju (dakle, najviše četiri, šest ili osam ideja, zavisno od broja dobijenih kartona).
4. Zamolite članove da pojedinačno boduju svaku ideju tako što će najviše bodova dati onoj koju smatraju najvažnijom. Maksimalni broj bodova opet zavisi od broja dobijenih kartona (četiri, šest ili osam). Na primer, ukoliko se radi o sistemu od osam kartona, ideji koja se smatra najvažnijom dodeljuje se osam bodova, drugoj po važnosti sedam bodova i tako svo do najmanje važne ideje koja dobija jedan bod. Postupak je isti i u slučaju sistema od šest i četiri kartona.
5. Kada svi učesnici završe bodovanje ideja, sakupite kartone i prebrojte bodove. Najjednostavnije je beležiti broj dodeljenih poena na tabli odmah pored svake ideje, a zatim te bodove sabrati. Ideja sa najvećim ukupnim brojem bodova smatra je najvažnijom prema mišljenju grupe.

6. Analizirajte rezultate kao grupa i prodiskutujte o reakcijama.

- Da li je bilo iznenađenja?
- Da li ima primedbi?
- Da li neko zahteva dodatno glasanje?

Ako se članovi ne slažu sa dobijenim rezultatom, tim može da uzme u razmatranje više od jedne (dve ili tri) ideje koje su dobile najviše bodova. Ukoliko se članovi slažu u pogledu značaja ideje koja ima najviše glasova, TNG se završava. Tim zatim donosi odluku o sledećim koracima.

2.4.5 Fokus-grupe korisnika

Kada govorimo o kvalitetu misli se na ispunjavanje ili, ukoliko je moguće, prevazilaženje očekivanja korisnika. Da bi se to postiglo, treba saznati kako korisnici doživljavaju neki problem i u kojoj meri su zadovoljni uslugom. U korisne tehnike za definisanje stava korisnika spadaju neposredno posmatranje učinka ili ponašanja, kao i ankete, razgovori ili upitnici. Uz pomoć ovih tehnika moguće je uočiti nepoklapanja između očekivanja korisnikâ i pruženih usluga, razvijati indikatore kvaliteta usluga, kako bi stepen zadovoljstva korisnika mogao da se meri i prati, kao i pospešiti komunikaciju između korisnika i pružalaca usluga.

Fokus-grupe, takođe, predstavljaju posebno efikasan i delotvoran način za dobijanje povratnih informacija od korisnika u slučajevima kada su potrebne konkretnije i detaljnije informacije.

U korisnike spadaju grupe pacijenata, roditelji i/ili staratelji, medicinske sestre, lekari, pridruženi zdravstveni radnici i administrativni radnici u zdravstvu. Na primer, ukoliko tim primenjuje fokus-grupe u sklopu procesa unapređenja fizioterapije dece sa cističnom fibrozom, treba imati u vidu sledeće grupe korisnika:

1. sve dečije fizioterapeute
2. fizioterapeute koji rade sa decom obolelom od cistične fibroze
3. pedijatre specijalizovane za respiratorne bolesti
4. lekare opšte prakse
5. lekare pripravnici i specijalizanti
6. medicinske sestre koje dežuraju noću
7. medicinske sestre koje rade danju
8. roditelje dece obolele od cistične fibroze
9. decu obolela od cistične fibroze, stariju od 13 godina.

Prilikom održavanja fokus-grupa korisnika treba obratiti pažnju na nekoliko ključnih stvari:

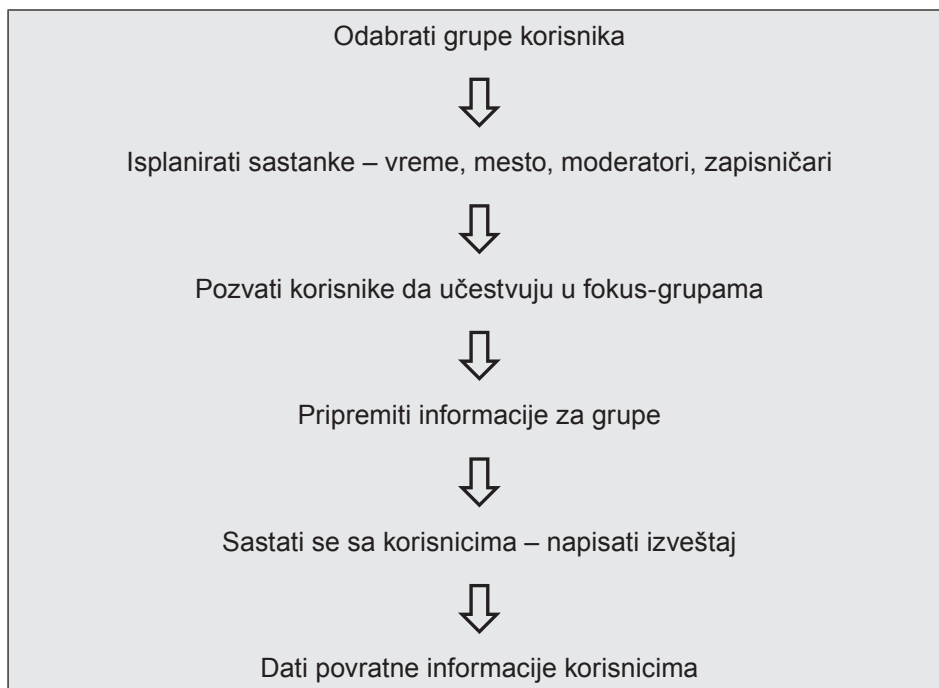
- Pre nego što počnete, odredite nekoliko jednostavnih pravila. To će olakšati kontrolu, naročito kada se radi o većim grupama. Na primer:
 - svi učesnici će imati priliku da iznesu svoje mišljenje;
 - nije dozvoljeno da više učenika govori u isto vreme;

- učesnici treba da kažu šta zaista misle, a ne ono što misle da neko želi da čuje;
- ne postoje tačni i netačni odgovori;
- svako treba da govori samo u svoje ime, a ne u ime drugih.
- Počnite jednostavnim, pozitivnim, uopštenim pitanjem, na primer:
 - Šta Vam se najviše svidelo u lečenju tokom boravka u bolnici?
 - Kao lekaru koji prima pacijente na ovom odeljenju, šta Vam se najviše dopada u pogledu zdravstvene zaštite koja se ovde pruža?
- Nastavite sa četiri do pet pitanja koja će podstaći diskusiju, na primer:
 - Šta je to što Vam se ne dopada u vezi sa uslugom?
 - Šta biste želeli da promenite?
 - Koje informacije biste želeli da dobijate?
 - Kako biste želeli da dobijate informacije?

Ovakva pitanja obično dovedu do opsežne diskusije i obezbede veliki broj informacija.

- Sastavite upitnik(e) za korisnike, zasnovane na informacijama koje su učesnici fokus-grupe pružili u vezi sa očekivanjima. Te informacije treba upotrebiti prilikom utvrđivanja osnovnog nivoa zadovoljstva korisnika, pre uvođenja bilo kakve promene.

U shemi datoj u nastavku predstavljen je proces vođenja fokus-grupa korisnika.



2.5 Analiza problema

Analiza problema podrazumeva ispitivanje kvalitativnih i kvantitativnih podataka o posmatranom procesu, sakupljenih tokom faze dijagnostike. Instrumenti koji se najčešće koriste u ovom procesu su:

- dijagram uzroka i posledica (tehnika riblje kosti);
- dijagram afiniteta;
- Pareto dijagram;
- različiti grafikoni sa podacima o trenutnom stanju.

2.5.1 Dijagram uzroka i posledica

Nakon dokumentovanja procesa koji se u datom trenutku sprovode, a u vezi sa ophođenjem prema pacijentima, tim treba da organizuje moguće uzroke problema (npr. kašnjenja, zastoje, probleme sa osobljem, očekivanja korisnika, obrazovanje i obuku osoblja) koristeći informacije do kojih je došao u postupku prikupljanja ideja. Jedna od mogućnosti jeste da se svi predlozi unesu u dijagram uzroka i posledica.

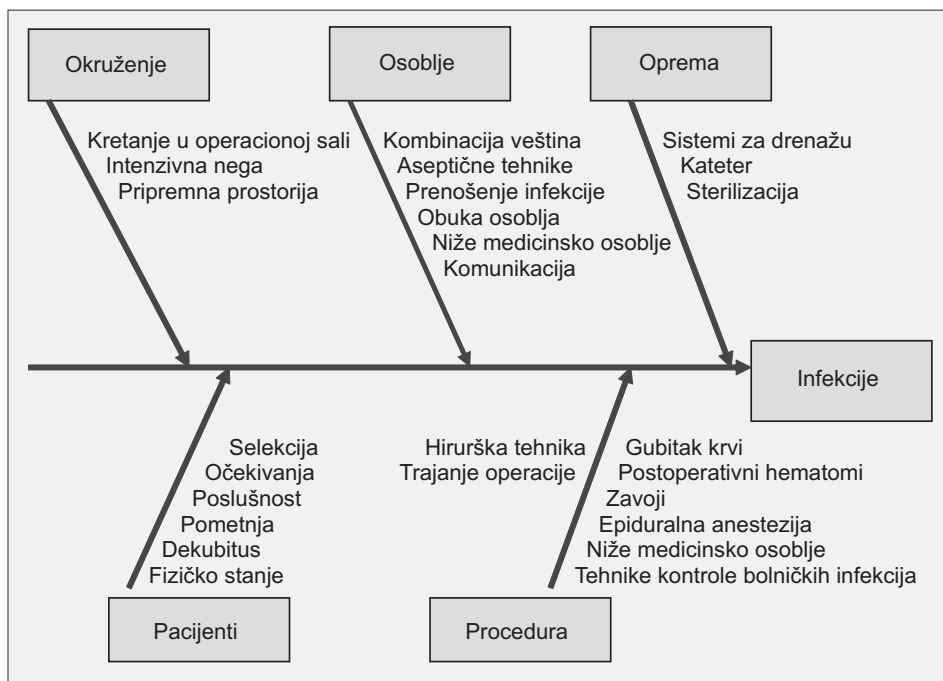
Dijagram uzroka i posledica poznat je i pod nazivom riblja kost ili Iškava dijagram. U svakom slučaju, radi se o delotvornom instrumentu za organizovanje ideja nastalih u postupku prikupljanja ideja i njihovo svrstavanje u kategorije. Ova vrsta dijagrama omogućava grafički prikaz organizovanog spiska mogućih uzroka, rešenja ili činilaca u vezi sa uočenim problemom u procesu.

Tim zatim može glasanjem da odluči koje probleme smatra najozbiljnijim i na osnovu toga odredi oblasti u kojima je neophodno preduzeti određene mere. Na taj način se usredsređuju naponi koje tim ulaže u cilju poboljšanja. Informacije dobijene od fokus-grupa korisnika mogu pomoći pri definisanju prioriteta.

Dijagram uzroka i posledica sastoji se od jedne centralne vodoravne linije koja se završava kvadratom u kome je naveden problem, kao i četiri do šest „kostiju“ povučenih uspravno od centralne linije na gore i dole. Strelice se koriste da bi prikazale smer kojim se uspravne linije „ulivaju“ u horizontalnu liniju, tj. doprinose krajnjem problemu.

Ove linije koriste se za navođenje uzroka problema, razvrstanih prema kategorijama ili grupama uzroka; na primer, problemi u vezi sa materijalom, opremom, osobljem, procedurom ili okruženjem. Detaljniji uzroci problema navode se uz pomenute uspravne linije, u okviru odgovarajuće kategorije ili teme.

Slika 1: Dijagram uzroka i posledica



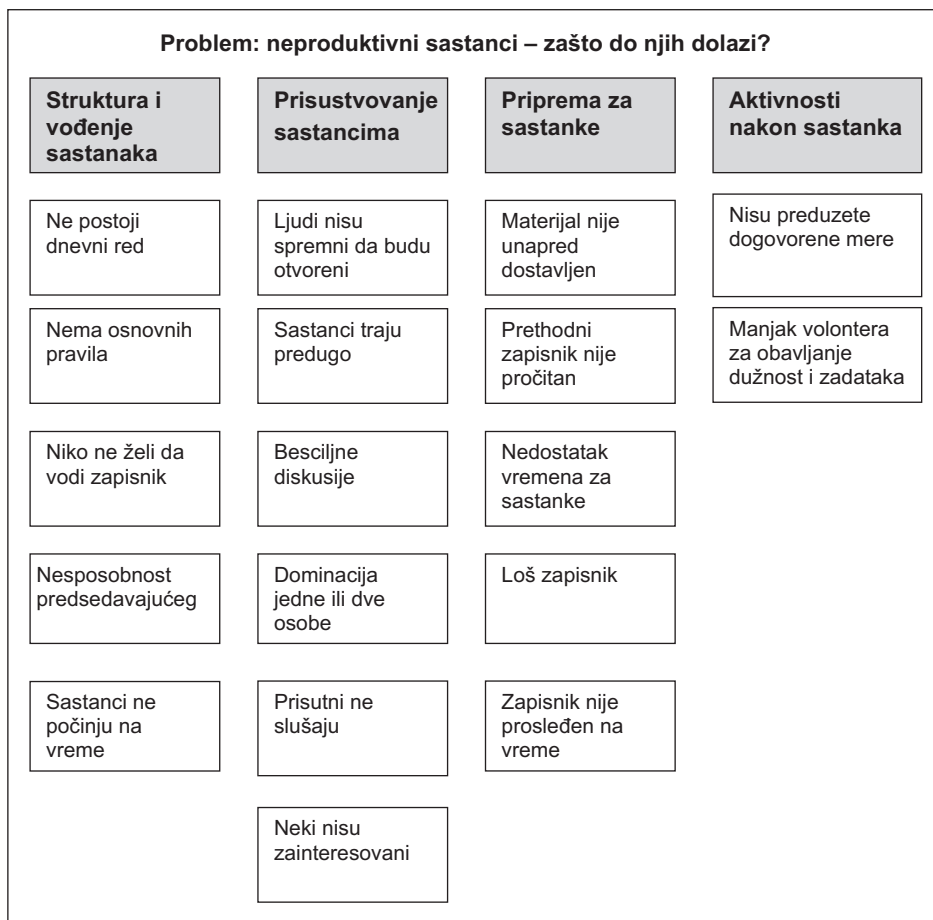
2.5.2 Dijagram afiniteta

Dijagram afiniteta je još jedan koristan instrument za prikupljanje i organizovanje ideja, mišljenja, ili problema koje je tim prepoznao. Ideje koje nastanu kao rezultat aktivnosti poput prikupljanja ideja obično su međusobno povezane. Dijagramom afiniteta formuliše se tema svake grupe ideja i svakoj grupi se daje poseban naziv ili naslov.

Dijagram afiniteta može se koristiti kada tim nastoji:

1. da strukturno organizuje veliko ili komplikovano pitanje (npr. kada treba utvrditi ključne činioce razvoja nove usluge ili proizvoda);
2. da razloži komplikovano pitanje na kategorije (npr. kada treba odrediti glavne korake za finalizaciju nekog složenog projekta);
3. da postigne saglasnost u pogledu nekog pitanja ili situacije (npr. kada je potrebno odrediti smer kojim treba krenuti da bi određeni cilj bio ostvaren, a rizik od izbijanja sukoba sveden na najmanju meru).

Slika 2: Dijagram afiniteta



Koraci u izradi dijagrama afiniteta

1. Počnite jasnim izlaganjem problema ili cilja koji će biti ispitan. Ograničite trajanje postupka; obično je dovoljno 45–60 minuta.
2. Prikupite ideje u vezi sa datim pitanjem ili problemom. Zamolite sve učesnike da zapišu svoje ideje na kartice ili samolepljive papiriće i to jednu ideju po jednoj kartici (predlaže se pet do sedam krupno ispisanih reči po kartici).
3. Uz pomoć moderatora grupišite kartice ili samolepljive papiriće u kolone prema sličnosti tematike ideja. To je najbolje uraditi u tišini, bez diskusije u ovoj fazi.
4. Proverite spiskove da biste bili sigurni da su sve ideje grupisane na odgovarajući način, u okviru odgovarajućih tema. Pregrupišite ih, ukoliko je potrebno. Nemojte biti uporni u traženju veze između ideja. Nekada je bolje ostaviti jednu ideju (na jednoj kartici) da stoji sama, nego pridružiti je nekoj grupi i promeniti njen pravi smisao.

-
5. Dajte svakoj grupi naslov ili naziv koji najbolje opisuje temu date grupe ideja. Naziv bi trebalo da odražava razlog zbog koga učesnici smatraju da te konkretne ideje treba združiti, a obično se formuliše kao kratka glagolska fraza.
 6. Nakon grupisanja većeg broja ideja u celine sa kojima je lakše raditi, razgovarajte o njima i odredite prioritete u smislu važnosti i potencijalnog uticaja na učinak.

2.5.3 Pareto diagram

Pareto diagram se sastoji od stubaca čija visina odražava učestalost ili uticaj problemâ. Naziv dijagrama potiče od Paretovog principa prema kome „80% nevolja proizilazi iz 20% problemâ“.

Iako procenti nikada ne mogu biti sasvim precizni, timovi obično otkriju da najviše nevolja potiče od samo nekoliko problema, najviše 20%, koji se jasno vide na dijagramu.

Prema Paretovom pravilu, timovi koji rade na poboljšanju trebalo bi da usmere 80% svog truda na 20% prilika za poboljšanje. Slično tome, timovi mogu da primete i to da 80% posla obavlja 20% članova tima!

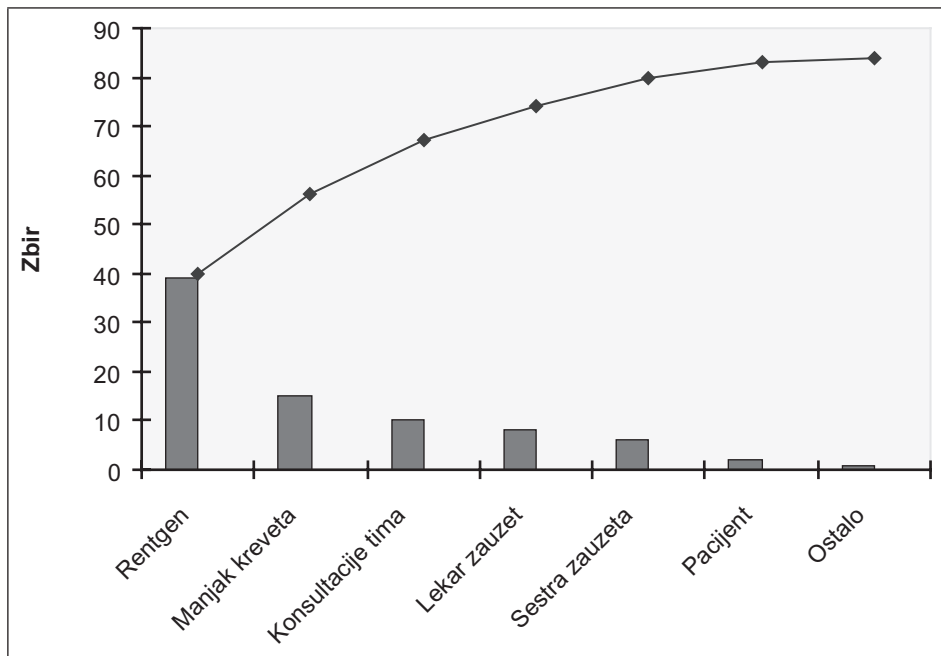
Pareto diagram je stubičasti diagram u kome su stupci poređani po visini od najvišeg ka najnižem, s leva na desno. Visina stubaca odražava učestalost ili uticaj problemâ. Kategorije predstavljene visokim stupcima relativno su važnije od onih sa desne strane.

Pareto diagram:

- grafički predstavlja relativni značaj ili učestalost alternativa ili opcija;
- prikazuje, pomoću stubaca poređanih po visini, relativnu učestalost alternativa ili opcija (nominalnih podataka);
- često sadrži i kumulativnu liniju;
- pomaže pri utvrđivanju prioriteta za početak procesa poboljšanja;
- može biti izrađen na osnovu rezultata neformalnih metoda sakupljanja podataka (npr. grupnih metoda, postupka prikupljanja ideja, izglasavanja prioriteta ideja i tehnike nominalne grupe);
- može biti izrađen na osnovu rezultata formalnih metoda sakupljanja podataka, poput tabele sa rečkama i baza podataka kliničkih indikatora.

Pareto diagram je koristan instrument u procesu rešavanja problema. On pomaže pri utvrđivanju problema koji treba rešavati i uzroka problema koje treba prioritetno otkloniti. Ovim dijagramom se lako daje vizuelni prikaz najčešćih uzroka problema, čime se olakšava odluka o tome na šta prvo treba usmeriti energiju da bi rezultati bili najveći.

Slika 3: Primer Paretovog dijagrama



Pareto diagram omogućava timu da moguće uzroke problema svedu na manji broj i skrene pažnju na nekoliko ključnih faktora sa najvećim potencijalom za poboljšanje. Njime se, takođe, doprinosi postizanju konsenzusa u grupi, ukazivanjem (visinom stupca) na prirodu problemâ o kojima je reč i na ono na šta timovi prvo treba da obrate pažnju.

2.5.4 Ostale sheme i dijagrami

Postoje mnoge tehnike koje se koriste za vizuelni prikaz promena u procesu tokom vremena, ili za poređenje učinka pre i posle neke intervencije. Neke od njih su:

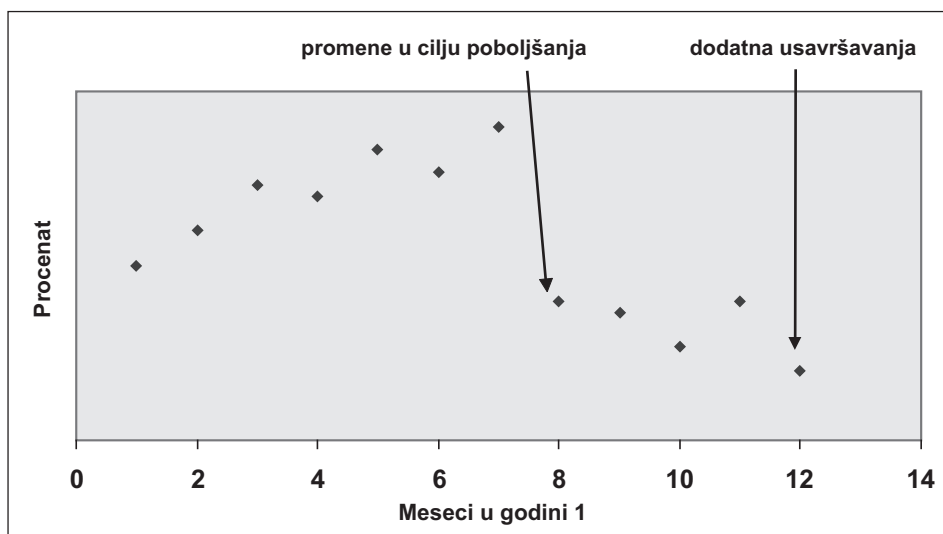
- stubičasti dijagram, na kome se prikupljeni podaci prikazuju tako da je moguće uočiti odnose između različitih kategorija faktora;
- tortasti dijagram, koji je koristan za vizuelni prikaz važnosti nekoliko kategorija podataka u uzajamnom odnosu. Rezultati se uglavnom prikazuju u procentima. Kao što sam naziv kaže, ovaj grafički instrument prikazuje kako je „torta isečena“, ali nije tako pogodan za poređenje podataka tokom vremena;
- histogram, koji ilustruje obrasce varijacije u procesu i koji je naročito pogodan za prikaz varijacije u određenom procesu tokom vremena.

i) **Dijagrami promene podataka u vremenu**

Dijagram promene podataka u vremenu (koji se ponekad naziva vremenski prikaz) može doprineti razumevanju varijacija i koristi se za otkrivanje trendova ili drugih obrazaca promene podataka tokom vremena. Ovim dijagramom se grafički prikazuje istorijat ili obrazac varijacije nekog indikatora ili mere. Redovo unošenje podataka u grafikon omogućava uočavanje promena i otkrivanje problemi kada/ukoliko do njih dođe. Dijagram promene podataka u vremenu je jedan od brojnih instrumenata koji omogućavaju uočavanje trendova ili obrazaca promene podataka tokom vremena. Koristan je:

- za razumevanje varijacija i uočavanje trendova ili obrazaca promene podataka u vremenu;
- za ilustrovanje efekata intervencija tokom vremena. To se postiže unošenjem komentara u dijagram;
- za prikazivanje i beleženje podataka kao što su ukupne i srednje vrednosti i razmere, u hronološkom poretku.

Slika 4: Primer dijagrama promene podataka u vremenu



Timovi treba da počnu sa prikupljanjem podataka pre intervencije i da, zatim, rezultate intervencije ucrtaju na dijagram kako bi izmerili promenu u procesu. Najbolje je u dijagram uneti napomenu kada se određene intervencije sprovedu, kako bi eventualne promene procesa, do kojih je došlo nakon intervencije, bile lako uočljive. Ovakav način unošenja napomena u dijagram olakšava i razumevanje uticaja promena tokom vremena.

Pri tumačenju ovakvih dijagrama, ne treba pridavati važnost svakoj varijaciji podataka.

Dakle, dijagrami promene podataka u vremenu su korisni za registrovanje uticaja intervencija, prikaz dugoročnih poboljšanja i prepoznavanje promena i trendova u učinku koji mogu ukazati na potrebu za dodatnim intervencijama.

(ii) *Dijagrami statističke kontrole procesa (SKP)*

Dijagrami statističke kontrole procesa koriste se kada je potrebno temeljnije tumačenje ili poznavanje nekog procesa.

Dijagram SKP je dijagram promene podataka u vremenu sa dodatnom funkcijom prikazivanja gornje i donje granice statističke kontrole za odgovarajući proces. Ove granice kontrole, koje se izračunavaju prema statističkim formulama, obično predstavljaju 3 standardna odstupanja iznad i ispod srednje vrednosti. One pokazuju kolike varijacije su tipične za dati proces i obezbeđuju okvir za procenu stepena u kome se varijacija u procesu nalazi u domenu statističke kontrole (uobičajeni uzrok ili slučajna varijacija). Kada se vrednosti nađu izvan ovih granica ili formiraju konkretne obrasce, može se posumnjati da postoji poseban uzrok varijacije koji treba istražiti.

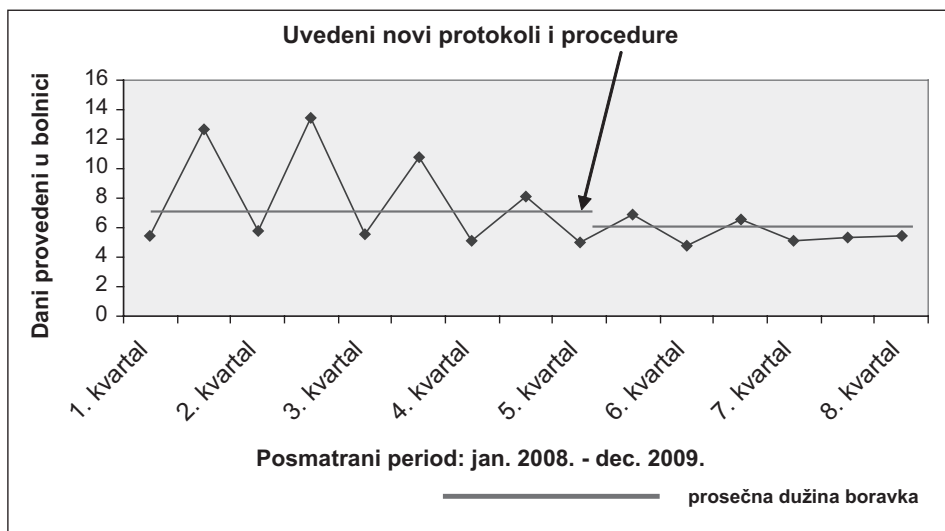
Ukoliko se posebni uzroci varijacije odstrane, ili se bar njihov uticaj smanji, veća je mogućnost da proces bude u okvirima statističke kontrole, a njegovo funkcionisanje predvidljivije. Time se otvara mogućnost za temeljnije poboljšanje procesa.

Prema tome, dijagrami statističke kontrole procesa mogu se koristiti:

- za posmatranje slučajnih varijacija u procesu i proveru toga da li je proces pod kontrolom;
- za utvrđivanje značenja varijacije – da li do nje dolazi zbog uobičajenih razloga, ili su u pitanju posebni uzroci;
- za procenu toga da li je tim uspostavio veću kontrolu procesa smanjenjem varijacije.

Slika 5: Primer dijagrama statističke kontrole procesa

Ukupna dužina boravka pacijenata kod kojih je izvršena ugradnja veštačkog kolena



2.5.5 Merenje uticaja

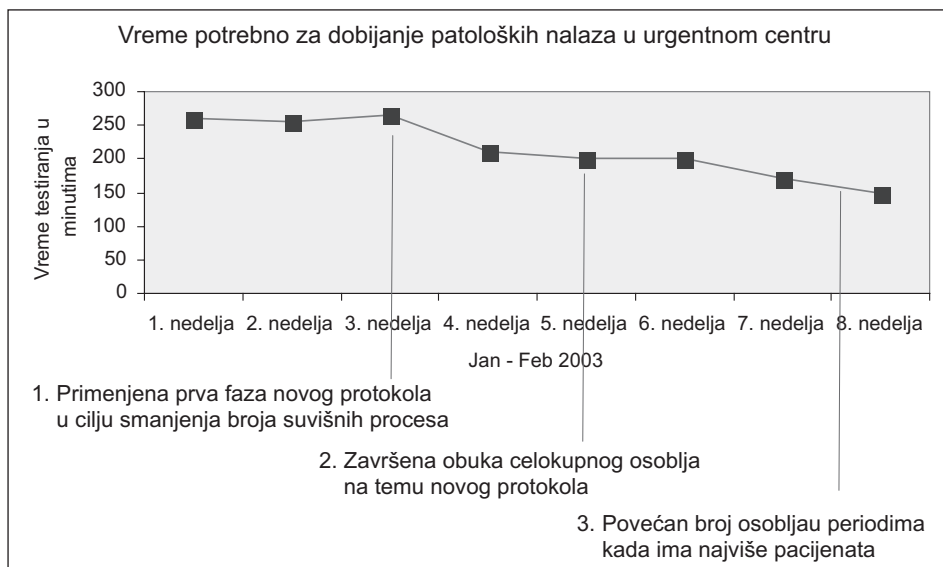
Merenje pomaže timu da razume kako postojeći sistem funkcioniše i proceni rezultate sprovedenih promena.

Najniža norma za praćenje napretka je dijagram promene podataka u vremenu sa napomenama. Na njemu se beleži funkcionisanje sistema tokom vremena, uključujući i napomene o ključnim događajima u datom periodu. Pod ključnim događajima podrazumevaju se sprovedene promene u sistemu (npr. promena uloge trijažne sestre) i drugi faktori koji bi mogli da utiču na funkcionisanje sistema (npr. epidemija gripa).

Merenje treba da pomogne da se ubrza proces poboljšanja, a ne da se uspori. Timu je potrebno onoliko merenja koliko je dovoljno da zaključi da li promene koje sprovodi vode ka poboljšanju. Kada to utvrdi, može da krene dalje i preduzme sledeći korak.

U nastavku je dat primer dijagrama koji se odnosi na vreme potrebno za dobijanje patoloških nalaza u urgentnom centru.

Slika 6: Primer dijagrama promene podataka u vremenu sa napomenama



Merenje

1. Beležite promene podataka u vremenu

Poboljšanje iziskuje promene, a za promene je potrebno vreme. Do mnogih informacija o sistemu i tome kako ga unaprediti može se doći beleženjem promene podataka u vremenu i otkrivanjem trendova i obrazaca.

2. Usredsredite se na one mere koje su neposredno povezane sa vašim ciljem

Ako je cilj smanjenje vremena do trombolize, odredite kako će biti definisan indikator, prikupite podatke o tom indikatoru i beležite ih u vidu dijagrama promene podataka u vremenu ili dijagrama sa napomenama.

3. Pri sakupljanju podataka koristite uzorke

Korišćenje uzorka je jednostavan i efikasan način za razumevanje funkcionisanja nekog sistema. Korišćenje uzorka je naročito važno ako mera nije dostupna iz elektronskog sistema za prikupljanje podataka. Primeri korišćenja uzorka uključuju prikupljanje podataka na svakom n-tom pacijentu koji dođe u urgentni centar, ili sakupljanje podataka u određeno vreme tokom dana, ili određenim danima u nedelji. Podaci se mogu obrađivati jednom nedeljno korišćenjem medijane (srednje tačke između najviše i najniže vrednosti).

Korišćenje uzorka je, takođe, jednostavan i efikasan metod prikupljanja podataka u cilju registrovanja promene. Ova tehnika je usmerena na dobijanje samo onoliko podataka koliko je dovoljno da bi se uočio obrazac promene. Više informacija dobija se posmatranjem malog uzorka u dužem vremenskom periodu nego kraćim posmatranjem većeg uzorka. Uočeno je da je 15–25 vrednosti zabeleženih u dijagram u principu dovoljno da se prepozna obrazac.

Primer: indikator „vreme do primene intravenske analgezije“ definiše se kao vreme od trijaže do prvog upisa u registar lekova koji izazivaju zavisnost.

Plan primene metode korišćenja uzorka: napraviti uzorak od 20 slučajeva upisanih u registar na nedeljnom nivou metodom slučajnog uzorka ili ciljanog uzorka.

4. Obezbedite informacije i obuku za one koji prikupljaju podatke i uključite merenje u rutinske dnevne poslove

Sve osoblje uključeno u proces formiranja uzorka treba da zna za šta se podaci koriste. Osmislite jednostavne formulare za prikupljanje podataka, ukoliko podaci ne mogu biti izvučeni iz postojećih informacionih sistema. Neka prikupljanje podataka postane rutinski deo nečijeg posla. Korišćenje uzorka će smanjiti pritisak poštovanja vremenskih rokova.

5. Napravite jednostavne grafikone

Napravite jednostavne grafikone kako biste prikazali informacije o napretku tima ka cilju. Svrha vizuelnog prikaza je u tome da se što više informacija predstavi na što manjem prostoru sa najvećim mogućim efektom.

6. Usavršite proces prikupljanja podataka

Preispitajte proces prikupljanja podataka koji primenjujete i razmislite kako može biti poboljšan.

2.6 Analiza napretka

Veoma je važno da projektni tim ili tim koji radi na poboljšanju redovno analizira napredak koji ostvaruje u svim fazama svog projekta poboljšanja.

Proces analize može biti sastavni deo sastanaka. Delotvorni timovi ne koriste sastanke samo da bi pratili ostvarenje ciljeva u dogovorenim rokovima, već i da bi se uverili da su članovi tima zadovoljni načinom na koji tim funkcioniše i da bi članovima omogućili da iznesu svoje komentare o načinima za poboljšanje datog procesa.

Kontrolna lista se može pokazati kao koristan instrument za praćenje napretka tima. Njena upotreba omogućava timu da neposredno prikuplja podatke i opažanja.

2.7 Predstavljanje postignuća projektnog tima

Projektni timovi moraju da „prodaju“ rezultate svog truda. Oni moraju da pošalju poruku svima koji treba da je čuju. Jedan od načina da se postignuća tima predstavite ostalima u organizaciji jeste držanje formalne prezentacije ključnim interesnim grupama o ishodu projekta koji je tim sproveo, postignutim rezultatima, novim saznanjima i promenama u politici ili praksi koje su rezultat rada tima. Prezentacije mogu biti organizovane i u toku sprovođenja projekta da bi se istakla postignuća ili prekretnice u projektu.

Objavljivanje članaka u biltenu vaše organizacije ili postavljanje teksta o radu tima na oglasnu tablu kako bi ga svi videli predstavljaju još neke od mogućnosti za informisanje drugih o procesu poboljšanja.

Ne zaboravite da svaki proces poboljšanja mora imati odgovor na tri pitanja:

1. Šta smo pokušavali da postignemo? (Šta smo želeli ili šta je trebalo da poboljšamo?)
2. Koje smo promene sproveli pa je došlo do poboljšanja? (Kako smo se poboljšali?)
3. Kako znamo da je ta promena donela poboljšanje? (Kako znamo da smo se poboljšali?)

2.7.1 Prezentacije

Priprema prezentacije biće znatno lakša ukoliko je tim vodio dobru evidenciju o svom radu od najranijih faza projekta, jer je tako mnogo lakše setiti se razvoja projekta tokom vremena i istaći konkretna dostignuća ili probleme na putu ka cilju.

Prezentacije se mogu koristiti za lakše vođenje sastanaka, obrazloženje novog projekta ili nove ideje, ili propagiranje promene u organizaciji, zasnovane na rezultatima projekta poboljšanja kvaliteta.

Priprema je od ključnog značaja za uspešnu prezentaciju. To podrazumeva i pripremu preglednog i dopadljivog vizuelnog prikaza kao podške za ključne argumente govornika.

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju,
Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Literatura

- Allman J (2000). *Quality Maintenance and Improvement in Clinical Health Care in the Hospital Environment*. The Sydney Adventist Hospital, NSW
- Berwick D (1998). Developing and Testing Changes in Delivery of Care. *Annals of Internal Medicine* 128 (8) pp 651-656
- Boyce N, McNeil B, Graves R, Dunt E (1997). *Quality and Outcome Indicators for Acute Healthcare Services*. Sydney
- Institute of Medicine (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System* National Academic Press, Washington DC
- Langley G, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost P, Jossey L (1996). *The Improvement Guide. A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. Bass Publishers, San Francisco
- McNeil B, Boyce N (1999). *Report to National Health Ministers Benchmarking Working Group on Patient Safety Monitoring Systems*. Commonwealth Department of Health and Human Services. NSW Health, Sydney
- NSW Health (1999). *A Framework of Managing the Quality of Health Services in New South Wales*. Sydney
- NSW Health (2001). *Clinical Practice Improvement Made Easy: A Guide for Health Care Professionals*. Sydney
- Scholtes P, Joiner B, Streibel B (1996). *The Team Handbook* 2nd Edition Oriel Publishing, NY
- Standards Australia (2000). *Draft Guidelines for Managing Risk in Healthcare*. Sydney
- Taskforce on Quality in Australian Healthcare (1996). *The final report of the Taskforce on quality in Australian health care*. Australian Health Ministers' Advisory Council, Canberra
- UK Department of Health (2000). *Organisation with a Memory*. London
- Wilson D, Runciman W (1995). The Quality in Australian Health Care Study, *MJA* 163(9): 458-471.

METODE NAMENJENE MENADŽERIMA KLINIKA ZA POBOLJŠANJE PRAKTIČNOG RADA I TRETMANA PACIJENATA

Majkl O'Rurk

1 Usredsređenost na kvalitet

Kvalitet u zdravstvenoj zaštiti zapravo podrazumeva poboljšanje zaštite i stalnu težnju ka unapređenju prakse i metoda. Lekari su posebno odgovorni za obezbeđivanje najbolje moguće nege svojim pacijentima. U poslednjih dvadeset godina došlo je do značajnih dostignuća u naučnom shvatanju, terapiji i tehnologiji. Ove promene su nedvosmisleno dovele do boljeg lečenja i nege, ali postoji opasnost da ta poboljšanja budu kompromitovana ljudskim faktorom ili sistemskim greškama koje je moguće sprečiti. Kliničari treba jednako da vode računa o svakodnevnim i rutinskim, kao i o novim i zanimljivim aspektima kliničkog lečenja. Oni moraju da primenjuju metode kojima se na osnovu merenja i analiza pruža delotvoran odgovor na sve manjkave aspekte zdravstvene zaštite koju pružaju svojim pacijentima.

Cilj ovog članka je da se menadžerima klinika i kliničkim timovima pruže informacije o raspoloživim instrumentima za preispitivanje i poboljšanje kvaliteta njihovog praktičnog rada, kao i o načinu izveštavanja o svojim zaključcima.

1.1 Klinička usredsređenost na kvalitet i poboljšanje – šta je potrebno

Postoje tri ključne komponente u kliničkom upravljanju neophodne za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite.

Prva od ovih komponenti podrazumeva da kliničari bolje razumeju „ljudski faktor“ u radu. Kada se govori o ljudskom faktoru misli se na učinak ljudi na radnom mestu – i pojedinačno i u timu. Dobro obavljanje zadataka na poslu uslovljeno je činocima vezanim za pojedince, kao i činocima karakterističnim za sistem u kom ti pojedinci rade. Bolje razumevanje ovih činilaca omogućava bolje osmišljavanje radnog okruženja i sistema. Ovakav trajni sistematski proces može da doprinese smanjenju ljudskih grešaka i poboljšanju pouzdanosti i bezbednosti.

Važno je da zdravstveni radnici budu u stanju da prepoznaju načine za otklanjanje grešaka i da prilagode sisteme zdravstvene zaštite tako da se rizik od greške svede na najmanju moguću meru.

Druga ključna komponenta se može postići angažovanjem na aktivnostima poput praćenja incidenata, delotvorne upotrebe kliničkih indikatora i, na primer, uzajamnog preispitivanja osoba jednakih po rangu, u cilju prepoznavanja problema povezanih sa kliničkom negom. Ovakve aktivnosti, ukoliko se sprovedu u otvorenom i fer okruženju bez kažnjavanja, mogu da budu veoma delotvorne.

Postoji mnogo različitih pristupa koje kliničari mogu da koriste da bi ostvarili pomenute ciljeve, a u ovom dokumentu navedene su neke od priznatih tehnika usredsređivanja na poboljšanje. Nijedna metoda sama po sebi nije dovoljna. U svakoj disciplini kliničari moraju da odaberu, primene i održavaju niz različitih metoda da bi stvarno poboljšali negu pacijenata.

Treća ključna komponenta unapređenja kvaliteta zahteva od kliničara da deluju, shodno naučnim principima, u skladu sa podacima i informacijama dobijenim iz različitih aktivnosti, a sve u cilju stalnog unapređivanja zdravstvene zaštite.

Prema tome, model za poboljšavanje kliničke prakse izgleda ovako:

1. Razvoj znanja i veština za razumevanje učinka ljudi, sistema zdravstvene zaštite i za smanjenje broja grešaka, odnosno njihovo ispravljanje.



2. Primena metoda za otkrivanje, merenje i analizu problema u pružanju zdravstvene zaštite.



3. Postupanje u skladu sa tim informacijama u cilju poboljšanja individualnih i sistemskih aspekata pružanja zdravstvene zaštite.

Prema tome, svrha ovog članka je da menadžerima klinika i kliničkim timovima dâ smernice za različite strategije za prepoznavanje problema u sistemima zdravstvene zaštite koje im stoje na raspolaganju. Ovde je dat prikaz nekih praktičnih metodologija koje se mogu koristiti za delovanje u skladu sa dobijenim informacijama i rezultatima preispitivanja, u nameri da se obezbedi kontinuirano unapređenje zdravstvene zaštite. Ovaj pristup se naziva **kliničko upravljanje**.

Kliničko upravljanje se definiše kao „*okvir odgovornosti zdravstvenih organizacija za kontinuirano unapređenje kvaliteta svojih usluga i očuvanje visokih standarda zdravstvene zaštite putem stvaranja okruženja u kome će izvrsnost kliničke nege moći neometano da se razvija*”.

Kliničko upravljanje ima dva glavna elementa:

1. Menadžeri u zdravstvu su odgovorni za standarde zdravstvene zaštite koju pružaju i obezbeđivanje struktura i okruženja podsticajnih za pružanje visokokvalitetne zdravstvene zaštite.
2. Kliničari su odgovorni ne samo za kvalitet sopstvenog kliničkog učinka, već, što je još važnije, za učinak sistemâ uspostavljenih u partnerskom odnosu sa glavnim zainteresovanim stranama u organizaciji – rukovodiocima, lekarima, medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim radnicima, uz usredsređenost na tim.

Uspešna realizacija kliničkog upravljanja iziskuje razvoj čvrstog partnerstva između kliničara i menadžera radi bezbednog i primerenog pružanja zdravstvene zaštite. Delotvorno kliničko upravljanje zahteva od kliničara i menadžera da rade zajedno na razvoju filozofije poboljšanja oko koje je postignuta saglasnost.

2 Metode pružanja informacija o kvalitetu kliničkog lečenja

U ovom odeljku opisuju se aktivnosti koje menadžeri klinika i klinički timovi mogu da preduzmu radi prikupljanja informacija o kvalitetu kliničkog lečenja/nege koju pružaju pacijentima. Ovo nije potpuni spisak, već obuhvata najčešće aktivnosti koje preduzimaju kliničari u mnogim zemljama. Navedene aktivnosti su razvijane tokom niza godina i dokazano je da su delotvorne u rešavanju potencijalnih kliničkih problema.

Opisane aktivnosti obezbeđuju informacije o kvalitetu pružene zdravstvene zaštite. Naredni korak je postupanje u skladu sa rezultatima. U ovom odeljku opisane su sledeće aktivnosti:

- 1. Olakšano praćenje incidenata**
- 2. Upravljanje signalnim događajima**
- 3. Delotvorno korišćenje kliničkih indikatora**
- 4. Sastanci radi uzajamnog preispitivanja osoba jednakih po rang**
- 5. Sastanci za diskusiju o morbiditetu i mortalitetu**
- 6. Ad hoc revizije/preispitivanja**
- 7. Retrospektivno pregledanje kartona**

Za svaku od ovih aktivnosti postoje podaci, a literatura u prilogu obezbeđuje dodatne informacije o svakoj ponaosob.

Opisane aktivnosti treba koristiti u sledećem kontekstu:

- Kad god je to moguće, treba koristiti **multidisciplinarni** pristup prilikom primene koncepata i strategija.
- Procesi koje kliničari preduzimaju kada je reč o primeni ovih koncepata moraju da budu **transparentni** i takvi da ne samo drugi kliničari, već i menadžeri u zdravstvenim službama i pacijenti mogu **računati na njih**.
- Kliničare treba podsticati da koriste **anonimizovane informacije (bez pominjanja imena lica o kojima je reč)** u cilju obezbeđivanja poverljivosti za pacijente i kliničare i radi podsticanja otvorene i iskrene diskusije o pitanjima koja se postavljaju u vezi sa konkretnim događajima.
- Procena ili kritika događaja treba, pre svega, da se **bavi sistemskim pitanjima**, a ne da nastoji da svali krivicu za greške ili pretpostavljene greške koje su se možda dogodile na pojedinca.
- Uključenost **mlađih saradnika i studenata** treba podržati i podstaći.

2.1 Olakšano praćenje incidenata

Uvod

Istraživačkim studijama potvrđena je epidemija masovno potcenjenih povreda koje su se mogle sprečiti, a koje su izazvane neadekvatnim medicinskim upravljanjem. U mnogim dokumentima kojima se definiše politika, visoko na spisak prioriteta stavlja se poboljšanje prijavljivanja incidenata, što je prvi korak ka smanjenju povreda pacijenata, i poziva se na usvajanje naučenog iz drugih visokorizičnih delatnosti.

U složenim nemedicinskim delatnostima razvijeni su sistemi prijavljivanja incidenata koji su usredsređeni na situacije u kojima je greška za malo izbegnuta, pri čemu se podstiče dobrovoljno prijavljivanje incidenata, obezbeđuje poverljivost (za razliku od anonimnosti) i naglašava značaj sistema za prikupljanje podataka, njihovu analizu i poboljšanje.

Definicije

Incident predstavlja neplanski događaj čija je posledica, ili moguća posledica, povreda, pogoršanje zdravstvenog stanja, šteta ili druga vrsta gubitka.

Svaki događaj koji je mogao imati neželjene posledice, ali ih nije imao i koji se ne može ni po čemu, osim po ishodu, razlikovati od sasvim ozbiljnih neželjenih događaja treba, takođe, smatrati incidentom. Ovakve događaje nazivamo „**jedva izbegnuta greška**“.

Praćenje incidenata podrazumeva sistem za uočavanje, obradu, analizu i prijavljivanje incidenata sa ciljem da se spreči njihova ponovna pojava.

Proces praćenja incidenta je u prošlosti bio kritikovan zbog ograničene sposobnosti da prepozna sistemske probleme koji leže u osnovi pojave neželjenih događaja, odnosno propusta. Ovaj sistem verovatno neće prepoznati neke važne kategorije incidenata (poput incidenata koji podrazumevaju greške propusta, a ne greške činjenja), osim ako postupak uočavanja ne bude olakšan.

Ako težimo tome da praćenje incidenata i upravljanje njima bude delotvorno, mora ga karakterisati timski pristup, multidisciplinarnost i uključivanje i višeg i mlađeg kadra.

Delotvorno praćenje incidenata zavisi i od opredeljenosti ka postupanju u skladu sa informacijama koje proizlaze iz procesa u cilju poboljšanja u sistemima zdravstvene nege. Ovo uključuje i prijavljivanje incidenata ili procesa koji zahtevaju mere na nivou ustanove. Za te mere odgovorni su odbor za kvalitet nege i najviše rukovodstvo organizacije.

Olakšano praćenje incidenata podrazumeva upotrebu postojećih mehanizama izveštavanja o pojavi incidenata, pojačanih oportunitetnim prepoznavanjem šireg spektra incidenata nego što bi to normalno bio slučaj.

Cilj

Cilj olakšanog praćenja incidenata je jačanje postojećeg sistema izveštavanja o incidentima, olakšavanje prepoznavanja većeg procenta incidenata koji se javljaju u kliničkoj praksi i preduzimanje mera na osnovu informacija izvedenih iz ovih izveštaja u cilju poboljšanja zdravstvene zaštite.

Metoda

1. Svaki klinički tim ili jedinica nekog odeljenja treba da odabere primereno vreme za diskusiju o incidentima koji su se javili u njihovoj kliničkoj oblasti u proteklom vremenskom periodu, npr. prethodne nedelje. Ovo ne treba da bude poseban „sastanak o incidentima“, već „normalan“ sastanak kliničkog tima.
2. Tim treba onim incidentima koji su dobrovoljno prijavljeni putem postojećih obrazaca za prijavljivanje da doda sve druge incidente uočene postavljanjem nekoliko (recimo 6–8) odgovarajućih pitanja. U osnovi ovih pitanja treba da stoje lokalna znanja o incidentima koji bi mogli da se dogode u tom kliničkom okruženju, kao i prepoznate dimenzije kvaliteta – bezbednost, delotvornost, primerenost, učešće korisnika usluga, dostupnost i efikasnost.

Dimenzije kvaliteta

Bezbednost: mera u kojoj se potencijalni rizici izbegavaju i šteta usled nemara svodi na najmanju meru u procesu pružanja zdravstvene zaštite.

Delotvornost: mera u kojoj je terapija ili intervencija postigla željeni ishod.

Primerenost: odabir intervencije za koju je najverovatnije da će dati željeni ishod.

Učešće korisnika usluga: proces uspostavljanja partnerskog odnosa sa korisnicima/pacijentima/licima koja o njima brinu.

Dostupnost: mera u kojoj pojedinac (ili stanovništvo) može da dobije intervenciju koja mu je potrebna.

Efikasnost: mera u kojoj je najbolji kvalitet moguće postići uz najmanje troškove.

Pitanja će biti različita za svaki klinički tim i incident koji se razmatra.

Na primer, tim za akutno kliničko zbrinjavanje može da postavi sledeća pitanja: „Da li je protekle nedelje bilo slučajeva...

- greške u vezi sa lekovima;
- infekcije na intravenskoj liniji;
- neočekivanog prijema u jedinicu intenzivne nege (JIN);
- pada pacijenata;
- infekcije rana;
- nepoštovanja usvojenih smernica;
- neodgovarajućih prijema/postupaka lečenja;

-
- neprijavljenih rezultata;
 - izveštaja po kojim nije pravovremeno postupljeno;
 - zakasnelog, prevremenog ili neadekvatnog otpusta/premeštaja;
 - pritužbi od strane pacijenata ili osoblja;
 - pojave dekubitusa; ili
 - propusta u pružanju zdravstvene nege?”

Tim za zdravstvenu negu i patronažu u zajednici postavljao bi drugačija pitanja koja su primerenija njegovoj praksi i očekivanim incidentima. Grupa porodičnih lekara bi postavljala pitanja u vezi sa dostupnošću zdravstvene zaštite pacijentima, odgovarajućim uputima, propisivanjem lekova, problemima ostvarivanja kontakta sa službama za kućnu negu i negu po okončanom lečenju, itd.

Sve incidente treba utvrditi pre sastanka odeljenja/tima i treba imenovati odgovarajuću osobu da prati relevantne detalje incidenta pre diskusije na samom sastanku.

3. Član tima treba da predstavi činjenice o incidentima i da se, zatim, o njima diskutuje.

- Informacije o pacijentu i pružaocu usluga treba, kad god je to moguće, anonimizovati (ne pominjati imena).
- Diskusija treba da bude iscrpna, ali pristup treba uvek da bude edukativan, a ne usmeren ka utvrđivanju greške pojedinca. **Cilj nije kritikovanje pojedinca ili svaljivanje krivice na njega.**
- Diskusija treba da bude usredsređena na prepoznavanje sistemskih propusta u pruženom lečenju.

4. Da bi se podstakla diskusija, treba postaviti sledeća pitanja:

- Šta smo uradili, ili smo zaboravili da uradimo, što je doprinelo pojavi ovih incidenata? (Treba prepoznati to da su greške propusta daleko češće od grešaka činjenja.)
- Šta treba uraditi na ovom nivou da bi se sprečilo ponavljanje ovakvog incidenta?
- Ko je odgovoran za propratne mere?
- Ko još treba da zna za incident? Na primer, da li incident treba prijaviti odboru za kvalitet (bilo samo informativno, ili da bi odbor preduzeo neke mere)?

5. Moguće mere/ishodi:

- Ako ne postoji dovoljno informacija u vezi sa nekim incidentom, treba imenovati osobu koja će pratiti taj problem i ponovo ga predstaviti na narednom sastanku.
- Ako se uoči nedostatak u sistemu, može biti primerena neka od sledećih mera:
 - nova ili revidirana praksa;
 - novi ili revidirani protokol;
 - poboljšani kanali komunikacije.

-
- Ako postoji zabrinutost u vezi sa nekim događajem u drugom odeljenju/grupi
 - može se napisati pismo;
 - može se organizovati sastanak.
 - Ako se uoči širi problem u sistemu/ustanovi, treba ga prijaviti najvišem odboru za kvalitet te ustanove.

Zaključak

Olakšano praćenje incidenata treba da bude stalna, redovna, fundamentalna aktivnost za svakog kliničara i svaki klinički tim. Incidenti i jedva izbegnute greške će se stalno dešavati. Sistem dobrovoljnog prijavljivanja incidenata bez prateće kazne u visokorizičnim nemedicinskim delatnostima obezbeđuje veliku količinu informacija o suštinskim procesima koje se ne bi mogle dobiti na drugi način. Potrebno je da i zdravstveni radnici na isti način prijavljuju i ispituju incidente i jedva izbegnute greške.

2.2 Upravljanje signalnim događajima

Definicija

Signalni događaj je neočekivana pojava koja uključuje smrt ili tešku fizičku ili psihološku povredu i podrazumeva bilo koje odstupanje od procesa koje bi povećalo verovatnoću teškog neželjenog ishoda.

Signalni događaj se može definisati i kao događaj koji se dešava retko, ili onaj koji predstavlja neželjeni događaj takve ozbiljnosti da iziskuje obavezno ispitivanje konkretnog slučaja. Ovakvi događaji se nazivaju „signalnim“ jer signalizuju potrebu za ispitivanjem i odgovorom.

Ciljevi

Ciljevi praćenja signalnih događaja su sledeći:

1. pozitivan uticaj na poboljšanje zdravstvene zaštite pacijenata;
2. usredsređivanje pažnje tima/ustanove u kojoj se odigrao signalni događaj na objašnjenje uzroka tog događaja, kao i na uvođenje promena u sistem i procese pružanja zdravstvene zaštite, radi smanjenja verovatnoće za pojavu takvog događaja u budućnosti;
3. povećanje opšteg znanja o signalnim događajima, njihovim uzrocima, kao i strategijama za njihovu prevenciju;
4. poboljšanje bezbednosti zdravstvene zaštite korisnika i očuvanje poverenja javnosti u pruženu zdravstvenu zaštitu. Kada dođe do signalnog događaja u nekoj organizaciji zdravstvene zaštite, neophodno je da odgovarajuća lica u toj organizaciji budu obaveštena o tom događaju, ispituju i razumeju uzroke tog događaja, kao i da izvrše promene u sistemima i procesima te organizacije, čime se smanjuje verovatnoća da se takav događaj u budućnosti ponovi.

Prepoznavanje signalnih događaja

Do signalnih događaja može doći i oni se mogu prepoznati na tri načina.

1. Ima signalnih događaja koje tim može da prepozna **prospektivno**, tj. koji se mogu predvideti. Treba znati da pojava nekih ishoda predstavlja signalne događaje. Ako do takvog događaja dođe, to bi moglo da ukazuje na ozbiljan problem koji se tiče kvaliteta zdravstvene zaštite. Ovi događaji se razlikuju od jedne do druge kliničke discipline/oblasti.
2. Drugi signalni događaji mogu se prepoznati samo **u trenutku kada se događaju**, jer se takav događaj nije mogao predvideti. Na primer:
 - smrt svesnog, prethodno zdravog muškarca starog 19 godina, koji je tokom noći primljen na intenzivnu negu radi posmatranja zbog moguće povrede glave zadobijene u saobraćajnoj nesreći.
3. Neki događaji mogu u početku izgledati kao niz incidenata, što se tek **retrospektivno** može prepoznati kao signalni događaj. Zaposleni moraju naučiti da prepoznaju izgled, ili razvoj signalnog događaja. Na primer:
 - produženo trajanje ostanka jednog pacijenta nakon endoskopske retrogradne holangio-pankreatografije (ERCP) zbog neočekivanog pankreatitisa, pa nedugo zatim produženo trajanje ostanka drugog pacijenta, a onda eventualno još jednog nakon posle ERCP, pri čemu su svi neočekivano dobili pankreatitis.

Primeri signalnih događaja koji se mogu prepoznati pre nego što se dese su sledeći:

- neočekivana smrt novorođenčeta;
- operacija pogrešnog pacijenta ili pogrešnog uda;
- hemolitička reakcija na transfuziju prilikom davanja krvi ili krvnih derivata koji su ozbiljno nekompatibilni u pogledu krvne grupe;
- kanulacija periferne arterije za davanje intravenskih lekova;
- značajne neželjene reakcije na lekove;
- ozbiljne greške u davanju lekova;
- smrt pacijenta kome je izvršena transplantacija bubrega u roku od tri meseca nakon transplantacije;
- otkazivanje presađenog bubrega u roku od 3 meseca, uključujući i neuspešno okončanje transplantacije tokom same operacije.

Signalni događaji treba da upozore kliničare i menadžere na mogućnost ozbiljnog problema u sistemima, procesima, protokolima ili u ljudskim resursima.

Metoda

Kada menadžer u klinici otkrije ili posumnja na ozbiljan neželjeni učinak ili varijaciju koji za posledicu imaju, ili bi mogli imati, signalni događaj, mora se inicirati podrobna analiza kako bi se utvrdilo na šta treba usmeriti promene u cilju

postizanja poboljšanja. Svi signalni događaji iziskuju istragu i analizu, a takvu analizu treba sprovesti prema usvojenim dimenzijama kvaliteta zdravstvene nege (npr. bezbednost, primerenost, efikasnost itd.).

Istraga treba prvenstveno da bude usredsređena na sisteme i procese, a ne na učinak pojedinaca. Njom treba da bude obuhvaćeno sve od specijalnih uzroka u kliničkim procesima do uobičajenih uzroka u organizacionim procesima. Tom analizom treba utvrditi potencijalne načine za poboljšanje u procesima ili sistemima, čime bi bila smanjena verovatnoća nastanka takvih događaja u budućnosti, ili bi se analizom moglo utvrditi da nema mogućnosti za takva poboljšanja.

Potrebne mere

Proizvod istrage i analize signalnog događaja jeste akcioni plan u kome se definišu strategije koje klinički tim namerava da primeni radi smanjenja rizika od nastanka sličnih događaja u budućnosti. Ovim planom treba da budu određena i odgovorna lica za realizaciju, mehanizmi nadzora, vremenski okviri (dinamika), kao i strategije za merenje delotvornosti ovih mera.

Izveštavanje

Vođa tima koji sprovodi istragu treba da prijavi signalne događaje i kliničkom direktoru i bolničkom odboru za kvalitet. Odbor je odgovoran za preduzimanje mera i aktivnosti koje su potrebne na nivou ustanove kako bi umanjio rizik od ponavljanja takvog događaja. Postoji potreba da se jasno definišu načini prijavljivanja signalnih događaja menadžerima i lekarima na višim položajima.

- Kratak rezime događaja.
- Kratak prikaz preduzete istrage i sprovedene analize.
- Preduzete mere (i one koje će biti preduzete).
- Preporuke za druge timove, druge ustanove i/ili zdravstveni sistem u celini.

2.3 Delotvorna upotreba kliničkih indikatora

Definicija

Klinički indikator su pokazatelji ili mere koje se odnose na konkretna klinička stanja, ili mere funkcije koje imaju poseban značaj za određena stanja.

Klinički indikator možemo definisati i kao meru kliničkog rukovođenja i ishod zdravstvene zaštite. Ovo je objektivna mera procesa ili ishoda lečenja pacijenta, izražena kvantitativno.

Ciljevi

Klinički indikator nisu jasno definisane norme; oni su, zapravo, osmišljeni da budu „signalne lampice”, koje prikupljanjem i analizom podataka mogu da alarmiraju kliničare i ukažu im na moguće probleme i/ili prilike za unapređenje lečenja/nege pacijenata. Ove oblasti mogu biti dodatno ispitane u okviru kliničkih timova, ili se mogu uputiti vrhovnom odboru za kvalitet u okviru te ustanove, koji definiše

mere na nivou cele organizacije. Korist koja se može dobiti upotrebom kliničkih indikatora ne leži u pukom prikupljanju podataka, već u načinu korišćenja tih podataka, odnosno u analizi podataka i merama preduzetim u cilju održivog unapređenja kliničke prakse. Klinički indikatori ne daju rezultate ako ih kliničari i menadžeri ne koriste delotvorno u cilju postizanja poboljšanja.

Prilikom odabira indikatora treba imati na umu sledeće:

- utvrditi koje indikatore je potrebno pratiti i o njima izveštavati;
- indikatore treba birati prema vrednostima koje imaju u smislu pružanja informacija potrebnih kliničarima radi merenja i poboljšanja kvaliteta lečenja/nege, a ne samo za puko izveštavanje;
- indikatori se mogu zasnivati na međunarodnim modelima ili drugim utvrđenim i proverenim indikatorima;
- spisak indikatora koji su prikupljeni i o kojima se izveštava ne mora nužno da bude dugačak. Manji broj indikatora koji daju korisne i relevantne informacije o kvalitetu kliničkog lečenja/nege i na osnovu kojih se mogu preduzeti mere daleko je bolje rešenje nego veliki broj indikatora koji te zahteve ne zadovoljavaju;
- utvrđivanje odgovarajućih indikatora treba da bude stalan proces i treba da obuhvati procenu pitanja poput korisnosti podataka, raspoloživosti mehanizama za njihovo prikupljanje, kao i sredstava koja su za prikupljanje potrebna.

Ovi indikatori se mogu razvijati na lokalnom ili međunarodnom nivou.

U Prilogu 1 dati su primeri indikatora (Zajedničke komisije za akreditaciju u SAD).

Metoda

- Prikupljeni podaci o indikatorima daće kliničkim timovima informacije o pruženom lečenju/nezi.
- Timovi treba da razmotre prikupljene podatke o svakom odabranom indikatoru i identifikuju one oblasti varijacija u praksi koje iziskuju dodatno ispitivanje. O ovome treba diskutovati i na sastancima drugih timova/kliničkih jedinica.
- Takve podatke treba koristiti za „označavanje“ oblasti koje eventualno treba ispitati. Može se desiti da prikupljene apsolutne vrednosti u početku ne pružaju timovima previše informacija, ali će im grafički prikazane promene podataka dati značajnije informacije i skrenuti pažnju tima na potrebu za ispitivanjem.
- Ta ispitivanja treba sprovoditi uz primenu naučnog metoda za unapređenje kliničke prakse.

Varijacije u prikupljenim podacima mogu se naći u skoro svakom indikatoru, bilo da se odnose na rad klinike, ustanove, ili predstavljaju podatke na regionalnom nivou. Skoro uvek ćemo imati raznovrsne nivoe učinka. Postoji mnogo razloga za takve varijacije. Nije uvek moguće odmah prepoznati uzročnike ovih varijacija u podacima, pa tako ni šta treba učiniti da bi se one smanjile. Međutim, ako se varijacije uoče, neophodno je da zdravstvene službe temeljno ispitaju uzroke i uvedu odgovarajuće mere kada takvo ispitivanje otkrije mogućnosti za poboljšanje.

Treba utvrditi sledeće:

- razlog za prikupljanje podataka;
- definiciju imenioca, brojioca i standarda/repera (ako ga ima);
- izveštajni period;
- vrednosti;
- mere potrebne da se poboljša kvalitet zdravstvene zaštite kao rezultat prikupljanja podataka;
- komentare o podacima, npr. objašnjenje eventualnih neočekivanih podataka.

Model obrasca za prikupljanje podataka i propisivanje mera dat je u Prilogu 2.

2.4 Sastanci radi uzajamnog preispitivanja osoba jednakih po rang

Definicije

Uzajamno preispitivanje osoba jednakih po rang je proces preispitivanja svojih kolega na istom nivou u hijerarhiji organizacije. Te kolege mogu biti lekari ili medicinske sestre, ali je najbolje kada su u uzajamno preispitivanje uključene medicinske sestre i zdravstveni saradnici, kada je to moguće i primereno.

Uzajamno preispitivanje je prihvaćeno kao važan deo procesa unapređenja kvaliteta u sistemu zdravstvene zaštite, a u praksi proces uzajamnog preispitivanja može biti raznovrstan.

Sastanak radi uzajamnog preispitivanja je samo jedan od načina obavljanja uzajamnog preispitivanja. To je sastanak na kome kliničari (i drugi zdravstveni radnici) nastoje na unaprede lečenje pacijenata i održe svoju praksu preispitujući skorije događaje i ishode (pojedinačne ili objedinjene) u vezi sa pacijentima koji se nalaze na lečenju kod grupe koja drži sastanak.

Cilj

Osnovna uloga uzajamnog preispitivanja jeste da prisutni jedni druge obaveste o načinu svog rada, upoređujući se sa drugima.

Smernice

Kliničari koji učestvuju na sastancima za uzajamno preispitivanje moraju da utvrde smernice o formi, sadržaju i dokumentovanju ovih sastanaka, poštujući specifičnosti različitih zdravstvenih disciplina. U nastavku teksta date su smernice za delotvorne sastanke za uzajamno preispitivanje.

Sastanke za uzajamno preispitivanje treba održavati najmanje četiri puta godišnje za većinu disciplina i treba odrediti kvorum, odnosno najmanji potreban broj prisutnih (recimo 5–6). Treba odabrati predsedavajućeg, kao i osobu koja će voditi zapisnik, tj. beležiti najvažnije zaključke.

Treba postići saglasnost oko ključnih komponenti uzajamnog preispitivanja. To su:

- diskusija o neželjenim događajima;

-
- kvantitativni indeksi učinka kliničke jedinice;
 - utvrđivanje sistemskih nedostataka;
 - prateće mere u skladu sa prethodno identifikovanim pitanjima;
 - prepoznavanje ozbiljnih problema u vezi sa učinkom nekog pojedinca(retko).

Obrazac izveštaja sa sastanka za uzajamno preispitivanje dat je u Prilogu 3.

Treba napomenuti da nijedan pacijent niti kliničar ne treba da bude imenovan u bilo kom delu izveštaja. Izveštaji uzajamnog preispitivanja za svaku jedinicu moraju se prikupiti u toj jedinici, tako da mogu da kontrolišu sopstveni učinak tokom vremena. Takođe, potrebno je da nakon ovih izveštaja uslede odgovarajuće prateće mere na nivou ustanove. U nastavku su preporučene smernice za dalju diskusiju.

Izveštaj ima ograničenu vrednost ako se ne prosledi odgovarajućem organu u datoj instituciji. Treba ga proslediti (na primer) šefu sektora, direktoru kliničkih službi, ili kliničaru na višem položaju koga oni delegiraju. Putevi izveštavanja treba da budu lokalno uspostavljeni.

Lice koje preuzme ulogu primaoca izveštaja, a time i nadzora kliničkog procesa uzajamnog preispitivanja, mora da ima neke jasno definisane i važne odgovornosti. Ovde spadaju potvrda o prijemu svakog izveštaja (po mogućstvu u pisanoj formi), poređenje aktivnosti uzajamnog preispitivanja svake kliničke jedinice tokom vremena, utvrđivanje sistemskih problema i reagovanje na njih, kao i praćenje svih nerešenih pitanja sa osobom koja predsedava sastankom za uzajamno preispitivanje. Potrebno je i da ova osoba bude u mogućnosti da podnosi izveštaje savetu za kvalitet. Za ovu aktivnost su potrebna odgovarajuća sredstva.

Na sastancima za uzajamno preispitivanje mogu se pojaviti pitanja koja iziskuju pokretanje neke od aktivnosti opisanih u ovom dokumentu. Na primer, može biti neophodno da se prijavi i ispita neki signalni događaj, ili da se pokrene *ad hoc* revizija kako bi se problem sagledao na odgovarajući način.

Na sastancima za uzajamno preispitivanje mogu se pojaviti i pitanja koja se odnose na ozbiljne i učestale slučajeve lošeg učinka nekog pojedinaca. Ova vrsta problema može se javiti kao rezultat pojedinačnih neželjenih događaja, ili kada neki od instrumenata kvantifikacije ukazuje na nezadovoljavajuće rezultate, a poverljiva analiza podataka otkrije da neki od kliničara ostvaruje lošije rezultate od ostalih. Na zatvorenom sastanku za uzajamno preispitivanje može se dati prilika za delotvorno rešavanje ove vrste problema, ali prisutni na sastanku treba da budu oprezni kada se radi o poverljivom tretmanu težih prekršaja i treba da uzmu u obzir i mogućnost momentalnog obraćanja onima koji su odgovorni za upravljanje učinkom tog lica. Mora se naglasiti da je ogromna većina grešaka do kojih dolazi u zdravstvenoj zaštiti posledica neodgovarajućih sistema koji ne pomažu kliničarima da svedu rizik od očekivane greške ljudskog faktora na najmanju meru. Međutim, ako kliničari rade izuzetno nebezbedno i neprimereno, menadžeru zdravstvene službe treba na to skrenuti pažnju, a njegova obaveza je da na to odreaguje.

Zaključak

Uzajamno preispitivanje, u najstrožoj definiciji pojma, ima ograničenu ulogu u procesu unapređenja kvaliteta institucije i ne treba ga smatrati zamenom za druge opisane aktivnosti. Redovni sastanci za uzajamno preispitivanje treba da upotpune strategije za unapređenje kvaliteta, a ne da ih zamene.

2.5 Sastanci za diskusiju o morbiditetu i mortalitetu

Definicija

Sastanak koji se redovno održava u cilju preispitivanja smrtnih i neželjenih ishoda kod pacijenata određene kliničke grupe ili specijalnosti.

Ciljevi

1. Kritička analiza okolnosti koje okružuju ishode zdravstvene zaštite koju pruža multidisciplinarna grupa kliničara. Ovi ishodi treba da obuhvate sve smrtno slučajeve, ozbiljan morbiditet, kao i značajne aspekte redovne kliničke prakse.
2. Davanje preporuka za poboljšanje procesa lečenja/nege ovoj grupi pacijenata.
3. Preduzimanje mera u skladu sa ovim preporukama i nadzor napretka tih mera.

Načela za održavanje sastanaka o morbiditetu i mortalitetu

- Sastanke o morbiditetu i mortalitetu treba smatrati ključnom aktivnošću za sve kliničare.
- Svi sastanci treba da budu multidisciplinarni i treba da okupljaju sve kliničare, tehničare i menadžere koji su uključeni u lečenje/negu određene grupe pacijenata.
- Treba uključiti sve nivoe osoblja uključenog u lečenje/negu tih pacijenata – na svim položajima.
- Ove sastanke treba održavati redovno, najmanje jednom mesečno.
- Treba razmotriti sve smrtno slučajeve i, ako je primereno, uključiti i one koji su se desili izvan okruženja akutnog zbrinjavanja.
- Akcenat treba staviti na utvrđivanje onih problema koji su u vezi sa procesima ili sistemima lečenja koji su doveli do smrti ili incidenta, a ne na osobu koja je u tom slučaju pružala lečenje/negu.
- Diskusija treba da ima edukativnu svrhu, a ne svaljivanje krivice na pojedinca.
- Diskusije treba usredsrediti na mere koje se mogu preporučiti ili primeniti u cilju sprečavanja sličnih incidenata ili neželjenih ishoda.
- Nakon svakog sastanka treba napisati kraći izveštaj kojim se utvrđuju mere koje se moraju preduzeti kao rezultat diskusije i kontrole. Ako nema preporuka za delovanje, to treba zabeležiti.
- Ako nije moguće preduzeti mere na nivou klinike, izveštaj treba poslati savetu za kvalitet te ustanove u kome se ukazuje na probleme koje treba rešavati na tom nivou.
- Sve pojedinačne mere treba staviti na dnevni red za naredni sastanak.

-
- Uvek se moraju prikupiti povratne informacije.
 - Sastanke o morbiditetu i mortalitetu ne treba sazivati samo radi preispitivanja „egzotičnih“ slučajeva koji su interesantniji kliničarima. Sastanci o morbiditetu i mortalitetu predstavljaju idealan forum za redovno preispitivanje kliničkih indikatora koji su relevantni za konkretnu specijalnost ili oblast.
 - Svako ko je na neki način povezan sa postupcima koji se preispituju treba da dobije priliku da govori o njima.
 - Preispitivanje slučaja treba raditi blagovremeno dok je u svežem sećanju svih koji su uključeni u konkretan slučaj.

2.6 *Ad hoc* revizije/preispitivanja

Definicija

Ad hoc revizija predstavlja oportunitetno preispitivanje neke konkretne prakse, zasnovano na hipotezi kliničara u vezi sa njom. Potencijalni problem se identifikuje i ispituje i, ako je neophodno, osmišljavaju se i uvode promene u praksi u cilju poboljšanja lečenja/nege pacijenta. Te revizije se rade u definisanom/ograničenom vremenskom periodu i porede sa rezultatima procesa retrospektivnog pregleda kartona i upotrebe kliničkih indikatora, koji se odvijaju paralelno i u kontinuitetu. Takva revizija treba da obuhvati više od pukog pregledanja podataka o slučaju.

Za ovakav proces potrebno je istražiti sve izvore informacija kako bi se uočili svi aspekti konkretnog problema i postavila ispravna „dijagnoza“. Sveobuhvatna revizija/preispitivanje može da uključuje sledeće:

- pregled podataka o lečenju;
- pregled odgovarajuće referentne literature;
- sprovođenje anketa i/ili popunjavanje upitnika;
- održavanje fokus grupe korisnika usluga;
- izrada uzročno-posledičnog dijagrama
- izrada dijagrama toka procesa;
- prikupljanje podataka o procesu koji se preispituje.

Cilj

Cilj svake *ad hoc* revizije je da se u celini ispita priroda, ozbiljnost i uzrok problema u vezi sa kliničkim lečenjem, kao i da se utvrde moguće strategije za poboljšanje.

Metoda

1. Utvrđeno je da problem postoji ili se sumnja da postoji. Kada se donese odluka o prirodi projekta, naredni važan korak je okupljanje odgovarajućih ljudi da rade na rešavanju uočenog problema. Preispitivanje/reviziju treba da izvrši **tim** ljudi posebno zainteresovanih za dati slučaj. Tim procesom treba da rukovodi osoba koja ima ovlašćenja i sposobnost da to obavi.

-
- Takav tim mora da poseduje osnovna znanja o procesu koji se preispituje, tako da tim treba da čine ljudi koji u tom procesu učestvuju.
 - Oni moraju da predstavljaju sve delove tog procesa. Veoma lako se može desiti da budu izostavljeni ljudi za koje se smatra da nisu uključeni u sam proces, npr. odeljenje patologije i zdravstveni saradnici.
 - Treba pažljivo razmisliti o uključivanju korisnika usluga u projektni tim. Oni mogu da donesu potpuno novu perspektivu i identifikuju oblasti koje treba poboljšati. Tim treba da odluči koji se tačno proces preispituje ili revidira, uključujući i način tog preispitivanja.
2. Drugi deo procesa revizije/preispitivanja podrazumeva prikupljanje svih raspoloživih informacija o pitanju koje je izazvalo zabrinutost, u cilju ispravnog sagledavanja punog obima, prirode i ozbiljnosti problema, kao i da bi se utvrdilo šta drugi kliničari preduzimaju po tom pitanju. Ovaj deo procesa preispitivanja iziskuje temeljno planiranje. Ni od koga ne bi trebalo očekivati da sprovede celokupno preispitivanje. U ovoj fazi, aktivnosti revizije (navedene u tekstu iznad) treba podeliti među članovima tima. Ako se sprovodi na odgovarajući način, ovaj deo procesa preispitivanja može da potraje i mesecima, ali nikako ne treba potceniti značaj prikupljanja ovih informacija.
 3. Kada se o datom problemu prikupe sve informacije, tim treba da utvrdi glavne uzročnike problema i, na osnovu prikazanih dokaza, odluči koje intervencije treba isprobati da bi se postiglo željeno poboljšanje.

Zaključak

Treba nastojati da revizija ili preispitivanje dovedu do poboljšanja u načinu pružanja usluga ili obavljaju intervencija. Reviziju ili preispitivanje ne treba preduzimati sa primarnim ciljem da se identifikuje loš učinak pojedinaca, ili iz čiste radoznalosti. Kao što je slučaj i sa ostalim aktivnostima opisanim u ovom dokumentu, kliničari moraju postupati u skladu sa informacijama dobijenim u procesu revizije/preispitivanja, radi poboljšanja sistema zdravstvene zaštite.

2.7 Retrospektivno pregledanje kartona

Definicija

Retrospektivno pregledanje kartona je kontinuirani proces preispitivanja medicinske dokumentacije pacijenata, koji podrazumeva korišćenje odabranih kriterijuma ishoda u svrhu provere, nakon čega sledi neka vrsta uzajamnog preispitivanja radi uvrđivanja da li je došlo do nekog neželjenog događaja i da li se, i u kojoj meri, taj događaj mogao sprečiti.

Svrha

Svrha sistema retrospektivnog pregledanja kartona jeste kontinuirano praćenje medicinske dokumentacije u nameri da se uoče odstupanja od odgovarajuće norme lečenja/nege, dobiju objektivne informacije o posledicama tog odstupanja i da se pomogne u razumevanju uzročne veze.

Zdravstvene službe treba da imaju odgovarajući (i ekonomičan) sistem pregledanja kartona. Neki sistemi, kao što je opisano dalje u tekstu, iziskuju značajna sredstva, ali zato uspevaju da identifikuju veći broj neželjenih događaja. Drugim sistemima su potrebna manja sredstva, ali oni mogu biti manje delotvorni u uočavanju neželjenih događaja. Pregledanje medicinske dokumentacije ne mora da se obavlja retrospektivno i često se radi prilikom prijema u bolnicu.

Metod

Tokom proteklih deset godina razvijen je veliki broj metodâ za retrospektivno pregledanje kartona. Sva medicinska dokumentacija se proverava po otpustu pacijenta primenom nekoliko kriterijuma ishoda lečenja pacijenata. Dokumentacija pacijenta se uzima na preispitivanje jer je utvrđeno da kod pacijenata koji su na proveru pozitivni po ovim kriterijumima postoji velika verovatnoća da su imali neželjeni događaj. Većina sistema koristi ograničeni spisak, sličan spisku datom u nastavku, kao prvu „signalnu lampicu“ za mogući događaj.

Kriterijumi za proveru u *Studiji o kvalitetu zdravstvene zaštite u Australiji*

1. Neplanirani prijem pre prijema u okviru studije.
2. Neplanirani ponovni prijem po otpustu posle prijema u okviru studije.
3. Povreda pacijenta zadobijena u bolnici.
4. Neželjena reakcija na lek.
5. Neplanirani premeštaj sa odeljenja opšte nege na odeljenje intenzivne nege.
6. Neplanirani premeštaj u drugu bolnicu za lečenje akutnih slučajeva.
7. Neplanirano uklanjanje, povreda ili rekonstrukcija organa tokom operacije.
8. Neplanirani povratak u operacionu salu.
9. Druge komplikacije kod pacijenta (akutni infarkt miokarda, cerebrovaskularni akcident, plućna embolija itd.).
10. Pojava neurološkog deficita koji nije bio prisutan na prijemu.
11. Neočekivana smrt.
12. Neprimereni otpust kući.
13. Zastoj srca ili disanja, nizak Apgar skor.
14. Povreda povezana sa pobačajem ili porođajem.
15. Infekcija/sepsa nastala u bolnici.
16. Nezadovoljstvo lečenjem/negom dokumentovano u kartonu.
17. Dokumentacija ili prepiska koji ukazuju na sudski spor.
18. Svi drugi neželjeni ishodi koji nisu ovde pomenuti.

Ostali mogući kriterijumi za proveru:

1. Neočekivana smrt.
2. Pacijent se ponovo operiše u roku od 7 dana.
3. Premeštanje pacijenta iz opšteg odeljenja u jedinicu intenzivne nege.
4. Pacijenti čija hospitalizacija traje duže od 35 dana.
5. Neplanirani ponovni prijem pacijenta u roku od 28 dana po otpuštanju iz bolnice.
6. Zastoj srca.
7. Premeštanje pacijenta u drugu ustanovu za lečenje akutnih slučajeva.
8. Pacijenti kojima je operacija zakazana, pa otkazana.

Retrospektivno pregledanje kartona pokazuje to da se kartoni mogu koristiti za pouzdano i validno prepoznavanje neželjenih događaja uprkos velikim varijacijama u kvalitetu medicinske dokumentacije. Ako se neželjeni događaj beleži u medicinsku dokumentaciju, sve one događaje koji se smatraju ozbiljnim kršenjem normi lečenja, ili događaje za koje se osnovano smatra da se mogu sprečiti, treba proslediti odgovarajućoj grupi kolega na istom nivou u organizaciji – idealno bi bilo na onom odeljenju na kome je pacijent prvobitno lečen.

Najvažniji aspekt procesa preispitivanja je utvrđivanje mogućih „propusta“ u upravljanju klinikom koji su doveli (ili bi u budućnosti, ako se pojave, mogli da dovedu) do neželjenog događaja. Stoga je neophodno napraviti kraći rezime slučajeva u kome bi se takav „propust“ ilustrovao.

Taj rezime ne sme da sadrži ime pacijenta (ili broj zdravstvenog kartona), medicinske sestre, lekara ili drugih, kao ni datum prijema, odnosno otpusta. Onda se pokreće uzajamno preispitivanje po tom konkretnom pitanju ili uočenom „propustu“, kako su ga definisali lekari u praksi. Od grupe kolega se u takvom slučaju traži da dâ strukturni odgovor na pitanje da li je postignuta tražena norma lečenja/nege, procenu pruženog lečenja/nege i navede mere koje su preduzete u cilju sprečavanja ponovne pojave iste situacije. Ako odgovor odeljenja (ili kolega) ukazuje na potrebu za promenom u proceduri, upravljanju, politici, protokolu, ili bilo čemu drugom, taj odgovor treba da sadrži i mehanizam realizacije takve promene.

Zaključak

Proces pregledanja zdravstvenih kartona treba da bude jedan od važnih činilaca programa obezbeđivanja kvaliteta u svakoj zdravstvenoj ustanovi. Međutim, samo pregledanje kartona nije dovoljno da se uoče svi incidenti i neželjeni događaji do kojih dolazi u procesu lečenja. Ovaj metod treba koristiti uz brojne druge strategije koje su opisane u ovom dokumentu.

3 Poboljšanje kliničke prakse – naredni koraci

Uvod

U prethodnom odeljku opisane su brojne metode koje kliničari mogu da koriste za dobijanje informacija o kvalitetu lečenja koje pružaju svojim pacijentima. U većini slučajeva, raspolaganje ovim informacijama ne dovodi automatski do poboljšanja kliničke prakse i/ili pružanja zdravstvene zaštite. Stoga kliničari moraju da odu korak dalje od prepoznavanja problema i nivoâ učinka i angažuju se u narednom pragmatičnom, naučnom procesu u cilju poboljšanja kliničke prakse.

Model za poboljšanje

Ovaj model za poboljšanje procesa lečenja/nege, koji opisujemo dalje u tekstu, ima puno zajedničkog sa dobrim kliničkim radom. On obuhvata prepoznavanje i dijagnostikovanje problema, merenje obima i ozbiljnosti problema, definisanje niza intervencija koje mogu da umanje problem, realizaciju tih intervencija, kao i ponovno merenje radi utvrđivanja delotvornosti tih intervencija. Za kliničare, razlika je u tome što se ovaj metod primenjuje za poboljšanje sistema lečenja/nege, a ne (u ovom konkretnom slučaju) zdravlja pacijenta.

Ovaj model ima **dve** centralne komponente:

1. tri fundamentalna pitanja na koja se može odgovarati bilo kojim redosledom;
2. primena niza testova koji utvrđuju koje će promene dovesti do poboljšanja. U kombinaciji, ova tri pitanja i ciklus PUPP (planiraj, uradi, prouči i postupaj) čine osnovu modela poboljšanja. Model predstavlja okvir za poboljšanje koji ima široku primenu i lako se uči i primenjuje.

POSTUPAJ Odredi promene koje treba izvršiti	PLANIRAJ Promena ili test
PROUČI Rezimiraj šta je naučeno	URADI Sprovedi plan na maloj grupi

Potrebno je dati odgovor na sledeća tri pitanja:

1. Šta pokušavamo da postignemo?
2. Kako ćemo znati da promena predstavlja poboljšanje?
3. Koje promene koje će dovesti do poboljšanja možemo da izvršimo?

Poboljšanje počinje postavljanjem **ciljeva**. Klinički tim se neće poboljšati bez jasne i čvrste namere da to i uradi. Cilj treba izraziti konkretno, npr. 30% smanjenja stope carskih rezova u roku od 6 meseci, 50% smanjenja odlaganja operacija u roku od 3 meseca. Ključno je da se svi saglase oko utvrđenog cilja. Jednako je važno i da se dodele i ljudi i sredstva neophodni za ostvarenje cilja.

Merenje predstavlja važan deo testiranja i realizacije promena. Moraju se definisati mere koje ukazuju na to da li je izvršena promena stvarno dovela do poboljšanja. Mere se koriste za učenje. Na primer: da li je stopa infekcija opala nakon uvođenja promena u tehniku preoperativnog pranja ruku hirurga ili uvođenja antibiotičke profilakse?

Svako poboljšanje podrazumeva promene, ali sve promene ne vode do poboljšanja. Budući da ostvarenje novih ciljeva iziskuje promenu sistema, važno je da budemo u stanju da prepoznamo promene koje obećavaju.

Korišćenjem koncepata promene i njihovim kreativnim kombinovanjem mogu se podstaci novi načini razmišljanja o problemu o kome je reč.

Model poboljšanja se zasniva na pristupu „pokušaja i učenja“. Ciklus PUPP (planiraj, uradi, prouči i postupaj) predstavlja sažetu metodu testiranja promene – njenim isprobavanjem, posmatranjem posledica i potom učenjem iz tih posledica. Tim uči isprobavanjem, vidi šta deluje, a šta ne deluje, šta treba zadržati, šta promeniti ili izbaciti, a onda novostečena znanja koristi da isplanira naredni test.

Menadžeri na klinikama i klinički timovi treba da koriste ciklus PUPP na ovaj način, dorađujući promene sve dok ne budu spremne za širu primenu. Mnoge intervencije/promene se moraju testirati da bi se postigla najbolja moguća praksa.

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.

Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Literatura

- Alexander Henderson and Associates (2000). *Lessons for Health Care: Applied Human Factors Research. Report of a Special Medical Seminar*. Prepared for The Australian Council on Safety and Quality in Health Care. Sydney
- Allman, J (2000). *Quality Maintenance and Improvement in Clinical Health Care in the Hospital Environment*. The Sydney Adventist Hospital, NSW.
- Barach P, Small S (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near misreporting systems. *BMJ* 320:759-763
- Bernard JM, Goodyear RK (1992). *Fundamentals of Clinical Supervision*. Allyn and Bacon, Boston
- Berwick D (1998). Developing and Testing Changes in Delivery of Care. *Annals of Internal Medicine* 128 (8) pp 651-656.
- Berwick D, Nolan T (1998). Physicians as leaders in Improving Health Care: A Series in Annals of Internal Medicine. *Annals of Internal Medicine* 128 (4): 289-292.
- Boyce N, McNeil B, Graves R, Dunt E (1997). *Quality and Outcome Indicators for Acute Healthcare Services*. NSW Health, Sydney
- Brennan TA, Leape, LL, Baird NM (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. *N Eng J Med* 324:370-376.
- Cartmill J et al (2000). *Human Error in Medicine Course – Executive Summary*. A NSW Health Quality Branch Publication. Committee of Chairmen of NSW State Chairs of Medical Colleges 2000 *Review of Peer Review*. Prepared for NSW Health.
- Gosbee JW (2000). *Human Factors Engineering is the Basis for a Practical, Error-in-Medicine Curriculum* Michigan State University, Kalamazoo, MI.
- Institute for Healthcare Improvement (1997). *A Model for Accelerating Improvement*. In *Breakthrough Series Guide - Reducing Cesarean Section Rates While Maintaining Maternal and Infant Outcomes*. Washington DC
- Institute of Medicine (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System* National Academic Press, Washington DC.
- Langley G, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost P, Jossey L (1996). *The Improvement Guide. A practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. Bass Publishers, San Francisco.
- Leape L (1994). Error in Medicine. *Journal of the American Medical Association* Vol 272 No 23 1851-1857.
- McNeil B, Boyce N. (1999). *Report to National Health Ministers Benchmarking Working Group on Patient Safety Monitoring Systems*. Commonwealth Department of Health and Human Services. NSW Health
- NSW Health (1999). *A Framework of Managing the Quality of Health Services in New South Wales*. Sydney
- NSW Health (2001). *Clinical Practice Improvement Made Easy: A Guide for Health Care Professionals*. Sydney

Scholtes P, Joiner B, Streibel B. (1996). *The Team Handbook* 2nd Edition Oriel Publishing, NY

Standards Australia (2000). *Draft Guidelines for Managing Risk in Healthcare*

Standards Australia (1999). *Risk Management*, AS/NZS 4360

Taskforce on Quality in Australian Healthcare (1996). *The final report of the Taskforce on quality in Australian health care*. Australian Health Ministers' Advisory Council, Canberra

UK Department of Health (2000). *Organisation with a Memory*. London

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M (2001). Adverse events in British Hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*; 322:517-519

Wilson D, Runciman W (1995). The Quality in Australian Health Care Study, *MJA* 163(9): 458-471

Wolff A, Dooling C (1992). Limited Adverse Occurrence Screening: A Program with Significant Benefits for the Medical Record Department. *AMR Journal* Vol 2 No 3

Prilog 1: Primeri kliničkih indikatora

Zajednička komisija za akreditaciju zdravstvenih organizacija (SAD)

Klinički indikatori za celu bolnicu

1. Neplanirani ponovni prijem u bolnicu ubrzo po operativnom zahvatu u bolnici
2. Neplanirani ponovni prijem u bolnicu ubrzo po operativnom zahvatu u ambulantnim uslovima ili nakon specifičnih zahvata
3. Pojava dekubitalnih ulceracija koje se pogoršavaju
4. Pojava infekcije rane posle operacija u čistom i kontaminiranom operativnom polju
5. Pojava pneumonije kod pacijenata lečenih u jedinicama specijalne nege
6. Pojava infekcija u vezi sa intravaskularnim napravama u jedinicama specijalne nege
7. Pravovremena upotreba antibiotske profilakse za određene hirurške zahvate
8. Primerena upotreba kulture krvi za testiranje osetljivosti na antibiotike za lečenje bakterijske septe
9. Razvoj komplikacija u vezi sa suboptimalnim metodama davanja i praćenja efekata određenih lekova
10. Pravljenje ozbiljnih medicinskih grešaka koje za posledicu imaju smrt ili povećani morbiditet
11. Smrtnost pacijenata sa određenim medicinskim stanjima, bilo tokom hospitalizacije ili u roku od 30 dana po prijemu, ako do smrti dođe u drugoj ustanovi u koju je pacijent premešten
12. Smrtnost pacijenata posle određenih hirurških zahvata, bilo tokom hospitalizacije ili u roku od 30 dana po prijemu, ako do smrti dođe u drugoj ustanovi u koju je pacijent premešten
13. Smrtnost pacijenata lečenih u bolnici zbog povreda zadobijenih neposredno pred početak lečenja, kada do smrti dođe u roku od 30 dana po povređivanju ili tokom hospitalizacije koja je bila potrebna zbog pojave te povrede

Klinički indikatori za akušerstvo

1. Indukcija porođaja zbog indikacija koje ne uključuju dijabetes, prevremeno pucanje vodenjaka, povišen pritisak izazvan trudnoćom, prenesenu trudnoću, intrauterini zastoj rasta, kardiološku bolest, smrt fetusa zbog izoimunizacije, ili horioamnionitis sa carskim rezom ili bez njega
2. Primarni carski rez zbog odsustva napredovanja
3. Uspešan ili neuspeo vaginalni porođaj posle carskog reza
4. Porođaj ploda telesne težine manje od 2500 grama ili sa bolešću hijalinske membrane planiranim carskim rezom
5. Porođaj ploda telesne težine manje od 2500 grama ili sa bolešću hijalinske membrane po indukciji porođaja
6. Eklampsija
7. Uvođenje antibiotika u bolnici najmanje 24 časa posle vaginalnog porođaja u terminu

-
8. Prekomerni gubitak krvi majke, osim u slučajevima pucanja placente ili placente previje, što se dokazuje transfuzijom eritrocita, vrednošću hematokrita manjom od 22, ili hemoglobina ispod 7, ili smanjenjem hematokrita za preko 11, ili hemoglobina za više od 3,5
 9. Boravak majke u bolnici duži od 5 dana posle vaginalnog porođaja, odnosno duži od 7 dana posle carskog reza
 10. Ponovna hospitalizacija majke u roku od 14 dana posle porođaja
 11. Smrt majke u roku od 42 dana posle porođaja
 12. Smrt fetusa težine 500 grama ili više u bolnici tokom porođaja
 13. Perinatalna smrt ploda težine 500 grama ili više
 14. Neonatalna smrt ploda težine 750-999 grama na rođenju, u bolnici u kojoj postoji jedinica za intenzivnu negu novorođenčadi
 15. Porođaj ploda težine ispod 1800 grama u bolnici koja nema jedinicu za intenzivnu negu novorođenčadi
 16. Prenos novorođenčeta u jedinicu za intenzivnu negu novorođenčadi u drugoj bolnici
 17. Novorođenče rođeno u terminu i prebačeno u jedinicu za intenzivnu negu novorođenčadi
 18. Apgar skor 3 ili manje 5 minuta nakon rođenja
 19. Dijagnoza masivnog aspiracionog sindroma
 20. Dijagnoza porođajne traume
 21. Dete rođeno u terminu koje je imalo klinički manifestni epileptični napad pre otpusta iz porodilišta

Klinički indikatori za anesteziju

1. Smrtnost u određenom roku posle primanja anestezije
2. Pacijent se ne budi iz opšte anestezije u određenom roku
3. Pojava oštećenja mozga ili kičmene moždine u određenom roku nakon primanja anestezije
4. Pojava perifernog neurološkog deficita u određenom roku nakon primanja anestezije
5. Zastoj srca u određenom roku nakon primanja anestezije
6. Klinički manifestni akutni infarkt miokarda u određenom roku nakon primanja anestezije
7. Fulminantni plućni edem u određenom roku nakon primanja anestezije
8. Zastoj disanja u određenom roku nakon primanja anestezije
9. Aspiracija želudačnog sadržaja sa pojavom tipičnih rendgenskih nalaza aspiracionog pneumonitisa u određenom roku nakon primanja anestezije
10. Pojava postduralne punkcijske glavobolje u određenom roku nakon primanja anestezije
11. Stomatološka povreda tokom anestezije
12. Povreda oka tokom anestezije

Prilog 2: Obrazac za izveštavanje o kliničkim indikatorima

<i>Izveštaj o kliničkom indikatoru</i>
Datum izveštaja
Klinička grupa
Kliničko odeljenje
Opis indikatora
Poreklo indikatora (npr. međunarodno prihvaćen ili lokalno razvijen)
Obrazloženje
Definicija brojioca
Definicija imenioca
Norma ili reper
Podaci
Izveštajni period
Brojilac
Imenilac
Sažetak analize i preporučene mere za unapređenje kvaliteta
Lice odgovorno za te mere
Komentari

Prilog 3: Obrazac za izveštaj sa sastanka za uzajamno preispitivanje

Bolnica:											
Kliničko odeljenje:											
Datum	Predsedava										
Prisutni											
Neželjeni događaji Kao posledica određenih incidenata o kojima je bilo reči, na sastanku je utvrđeno da postoji razlog za zabrinutost (<i>navesti okolnosti koje su razlog za zabrinutost, ne navodeći ništa čime bi se mogli identifikovati pojedinci</i>).											
Usledile su sledeće interne mere (<i>npr. promena prakse, poziv na sprovođenje revizije ili pregled referentne literature</i>):											
ILI Ovi neželjeni događaji ne predstavljaju razlog za zabrinutost. ☐											
Kvantitativni pokazatelji (a) Sprovedena je revizija u trajanju od / / do / / (<i>npr. kontrola učestalosti infekcija, preživljavanja onkoloških bolesnika, komplikacija u vezi sa lekovima itd.</i>). _____ _____											
(b) Klinički indikatori za period / / do / / zabeleženi su ovako: _____ _____											
Indikatori za celu bolnicu (<i>za jedinice sa hospitalizovanim bolesnicima – ostale definisati</i>) <table border="0"> <tr> <td>Plućna embolija</td> <td>događaja od</td> <td>rizičnih.</td> </tr> <tr> <td>Infekcija rane</td> <td>događaja od</td> <td>rizičnih.</td> </tr> <tr> <td>Neočekivani povratak u operacionu salu</td> <td>događaja od</td> <td>rizičnih itd.</td> </tr> </table> Specifični indikatori (<i>koji odgovaraju konkretnoj disciplini – npr. dogovoreni indikatori za svaku specijalističku oblast</i>). _____ _____			Plućna embolija	događaja od	rizičnih.	Infekcija rane	događaja od	rizičnih.	Neočekivani povratak u operacionu salu	događaja od	rizičnih itd.
Plućna embolija	događaja od	rizičnih.									
Infekcija rane	događaja od	rizičnih.									
Neočekivani povratak u operacionu salu	događaja od	rizičnih itd.									
Bilo je (ili nije bilo) razloga za zabrinutost u vezi sa jednom ili više ovih mera. Usledile su sledeće interne mere: _____ _____											
Potpis (predsedavajući)											
Primerke ovog izveštaja poslati (<i>npr. direktoru kliničkih službi, šefu odseka, odnosno prema lokalnom dogovoru</i>).											

REČNIK IZRAZA IZ OBLASTI KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I BEZBEDNOSTI PACIJENATA

Majkl O'Rurk

U tekstu su obrađeni pojmovi koji se koriste u vokabularu kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata.

Akreditacija – Formalni proces kojim se obezbeđuje pružanje bezbedne, visokokvalitetne zdravstvene zaštite, zasnovane na normama i procesima koje su osmislili i razvili stručnjaci u oblasti zdravstva za usluge zdravstvene zaštite.

Javno priznanje da je neka organizacija zdravstvene zaštite ispunila nacionalne zahteve u pogledu normi zdravstvene zaštite.

Alat – Instrument ili sredstvo koje daje konkretna uputstva i podršku za neku aktivnost. U primere alata za merenje ili procenu spadaju ankete, kontrolne liste, upitnici itd.

Analiza osnovnog uzroka – Sistematski proces utvrđivanja činilaca koji su doprineli incidentu.

Bezbednost – Step en u kome su potencijalni rizik i neželjeni rezultati izbegnuti ili svedeni na najmanju meru.

Greška – Grešku treba razumeti kao generički pojam koji uključuje sve situacije u kojima planirani redosled mentalnih ili fizičkih aktivnosti ne uspe da postigne željni ishod i kada se taj neuspeh ne može pripisati uticaju neke više sile.

Incident – Događaj ili okolnost koji je mogao da nanese, ili je zaista i naneo, nenameravanu i/ili nepotrebnu štetu licu i/ili doveo do pritužbe, štete ili gubitka.

Incident u vezi sa bezbednošću pacijenta – Događaj ili okolnost koja je mogla da nanese, ili je zaista i nanela, neplaniranu i/ili nepotrebnu štetu licu i/ili dovela do pritužbe, štete ili gubitka.

Indiktori (pokazatelji) – Statističke ili druge jedinice informacija koje oslikavaju, neposredno ili posredno, učinak sistema zdravstvene zaštite u očuvanju ili unapređenju dobrobiti ciljne populacije.

Indikator bezbednosti pacijenta – Skup mera koje se mogu primeniti na bolničke podatke o pacijentu da se dobije jasniji uvid u bezbednost pacijenta. Konkretno, indikatori bezbednosti pacijenta identifikuju probleme koje pacijent ima kao rezultat izloženosti sistemu zdravstvene zaštite.

Indikator učinka – Statističke ili druge jedinice informacija koje oslikavaju, neposredno ili posredno, step en u kome je predviđeni ishod postignut, ili kvalitet procesa koji dovode do tog ishoda.

Integrirano upravljanje rizikom – Sve što se nauči na jednom polju rizika može se lako preneti na drugo polje rizika. To je proces uočavanja rizika i

incidenata, njihove procene, analize i upravljanja na svakom nivou organizacije, kao i objedinjavanja rezultata na nivou ustanove. Njime se olakšava utvrđivanje prioriteta i unapređenje odlučivanja u cilju dostizanja optimalne ravnoteže rizika, koristi i troškova.

Ishod – Rezultati koji mogu, ali ne moraju biti nameravani, a koji nastaju kao rezultat neke usluge ili intervencije.

Jedva izbegnuta greška – Incident koji nije naneo štetu.

Kliničar – Zdravstveni radnik kao što je lekar, zdravstveni saradnik ili medicinska sestra, uključen u kliničku praksu.

Klinička ovlašćenja – Opseg kliničke prakse za koji zdravstveni radnik ima ovlašćenje da deluje u okviru organizacije.

Klinički indikator – Jedna vrsta mere učinka koja se odnosi na konkretna klinička pitanja.

Klinička revizija – Proces preispitivanja pružanja zdravstvene zaštite (lečenja/nege) u odnosu na poznate norme ili standarde najbolje prakse radi uočavanja i korigovanja nedostataka putem procesa stalnog poboljšanja kvaliteta.

Klinički učinak – Step u kome organizacija ili pojedinačni kliničar pruža zdravstvenu zaštitu koja je u skladu sa najboljom praksom zasnovanom na činjenicama.

Kliničko upravljanje – Okvir odgovornosti zdravstvenih organizacija za kontinuirano unapređenje kvaliteta svojih usluga i očuvanje visokih standarda nege/lečenja stvaranjem okruženja u kome će napredovati izvrsnost u kliničkom lečenju/nezi.

Sistem u okviru koga organ upravljanja, menadžeri i kliničari dele obaveze i snose odgovornost za negu pacijenta, svođenje rizika po korisnike na najmanju meru i kontinuirano praćenje i poboljšavanje kvaliteta kliničke nege/lečenja.

Kompetencije – Spektar sposobnosti koji obuhvata kliničke veštine, znanja i rasuđivanje, kao i veštine komunikacije, lično ponašanje i profesionalnu etiku.

Korisnik – Svako lice koje koristi ili bi moglo da koristi zdravstvenu zaštitu ili usluge zdravstva. Ovaj pojam uključuje i druge određenije izraze kao što su klijent, kupac, nosilac prava, primalac ili pacijent.

Kultura bezbednosti – Vrednosti, stavovi, shvatanja, kompetencije i ponašanje pojedinaca i grupa u odnosu na upravljanje zdravljem i bezbednošću u organizaciji.

Morbiditet – Nepovoljne posledice (simptomi, gubitak sposobnosti ili oslabljeno fiziološko stanje) koje su posledica bolesti, povrede ili lečenja istih.

Mortalitet – Smrt od bolesti ili povrede.

Nadzor – Nadgledanje, vrlo brižljivo posmatranje.

Neželjeni događaj – Incident u kome je naneta nenamerna šteta licu koje se leči.

Neželjeni događaj koji se može sprečiti – Oni neželjeni događaji koji se pripisuju greškama koje su mogle potpuno biti izbegnute, s obzirom na ono što je u datom trenutku bilo poznato.

Neželjeni događaj u vezi sa lekom – Posebna vrsta neželjenog događaja gde neki lek ili medikament predstavlja uzročni faktor. Ovaj pojam podrazumeva štetu koja proističe iz same prirode leka (kao neželjena reakcija na lek), kao i štete koje nastaju kao posledice pogrešnog leka ili propusta u sistemu koji su povezani sa proizvodnjom, distribucijom ili upotrebom leka.

Norma – Usaglašene karakteristike i procesi osmišljeni da obezbede da proizvod, usluga ili metoda budu obavljani dosledno na utvrđenom nivou.

Organizacija – Organizacija predstavlja sve ustanove zdravstvene zaštite nezavisno od veličine ili vrste. Ovde spadaju javne i privatne bolnice, zdravstvene službe u zajednici, ordinacije privatne lekarske prakse, ustanove za rezidencijalnu negu itd.

Organizaciona elastičnost – Pozitivna strana bezbednosti; definiše se kao unutrašnji otpor sistema operativnim rizicima.

Organizacioni kapacitet – Kapacitet organizacije za zdravstvenu zaštitu da pruža bezbednu zdravstvenu zaštitu. Organizacioni kapacitet podrazumeva strukture, resurse i opredeljenost jedne organizacije za bezbednost pacijenata.

Organizacioni učinak – Kapacitet organizacije da pruža zdravstvenu zaštitu u skladu sa normama zasnovanim na činjenicama, razvijenim u cilju postizanja optimalnog ishoda za pacijenta.

Poređenje sa reperom – Kontinuirani proces merenja i poređenja proizvoda, usluga i prakse sa sličnim sistemima ili organizacijama, kako unutar delatnosti zdravstvene zaštite tako i izvan nje, u cilju stalnog poboljšanja.

Pouzdanost – ponovljivost nekog merenja, što podrazumeva:

- istovetne rezultate kod različitih posmatrača koji koriste iste tehnike merenja;
- istovetne rezultate ponovljenih merenja izvršenih u različitim vremenima.

Praćenje – Redovna kontrola, nadzor, kritička opservacija i beleženje napredovanja neke aktivnosti, radnje ili sistema sa ciljem uočavanja promene.

Prijavljivanje incidenta – Aktivnost dokumentovanja pojave incidenta u vezi sa bezbednošću pacijenta.

Pritužba – Izraz nezadovoljstva ili zabrinutosti u pogledu nekog aspekta usluga zdravstvene zaštite. Pritužbe se mogu uputiti usmeno ili pismenim putem i to putem procesa pritužbi ili kao deo drugog mehanizma povratnih informacija potrošača, kao što su ankete potrošača ili fokus grupe.

Priznavanje kvalifikacija – Proces procene i davanja odobrenja u vezi sa sposobnošću lica da pruže određenu vrstu zaštite/nege/lečenja korisnika/pacijenta i terapijske usluge, u utvrđenim granicama, na osnovu licence, obrazovanja, obuke, iskustva i kompetencija tog lica.

Proces – Skup aktivnosti, konkretni rad organizacije, razdvojeni koraci u procesu, kao što su procedure.

Niz povezanih, često (ali ne nužno) sledstvenih koraka koji pretvaraju ulazne činioce u rezultat, dovode do ostvarenja nekog skupa ishoda, generišu korisna znanja i dodatu vrednost.

Rizik – Izgled da će se desiti nešto što će imati uticaja na ciljeve. Meri se u smislu posledica i verovatnoće.

Signalni događaj – Neočekivani događaj koji uključuje smrt ili tešku fizičku ili psihološku povredu, ili rizik od njihove pojave. Konkretno, teška povreda podrazumeva gubitak ekstremiteta ili funkcije. Izraz „ili rizik od njihove pojave“ podrazumeva svaku promenu procesa koja bi nosila značajnu verovatnoću ozbiljnog neželjenog ishoda kada bi se ponovila. Ovakvi događaji se nazivaju „signalnim“ jer signaliziraju potrebu za neodložnom istragom i reagovanjem.

Upravljanje informacijama – Način na koji jedna organizacija prikuplja, analizira i koristi svoje podatke o bezbednosti pacijenata. Ovde spada sve što zdravstvene ustanove koriste u prikupljanju i primeni informacija u cilju informisanja i poboljšanja bezbednosti.

Upravljanje rizikom – Kultura, procesi i strukture koji su usmereni ka delotvornom upravljanju potencijalnim prilikama i neželjenim posledicama.

Proces identifikacije osnovnih ili uzročnih činilaca koji su u osnovi promene u učinku, uključujući i pojavu, ili moguću pojavu, signalnog događaja.

Valjanost – Kada je reč o merenju: izraz stepena u kome mera stvarno meri ono što je predviđeno da meri; postoji valjanost konstrukta i sadržaja.

Kada je reč o studiji: stepen u kome su zaključci izvedeni iz studije prihvatljivi kada se uzmu u obzir metode studije, reprezentativnost uzorka u studiji, kao i priroda osnovnog skupa iz kog je uzet uzorak (interna i eksterna valjanost, primenljivost, mogućnost uopštavanja).

Zdravlje – Stanje potpunog fizičkog, psihičkog i društvenog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili slabosti.

Zdravstvena zaštita – Usluge koje se pružaju pojedincima ili zajednicama radi unapređenja, očuvanja, praćenja ili obnavljanja zdravlja. Zdravstvena zaštita nije ograničena na medicinsku zaštitu, već uključuje i brigu o sopstvenom zdravlju.

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Literatura

Irish Society for Quality in Healthcare (2001). *Managing quality in healthcare: Continuous Quality Improvement. Based on the work of Donald Berwick MD and Paul Plsek*. Dublin

Ministry of Health (2002). *Toward Clinical Excellence. An Introduction to Clinical Audit, Peer Review and Other Clinical Practice Improvement Activities*. PO Box 5013, Wellington, New Zealand <http://www.moh.govt.nz>

Ministry of Health (2003). *Improving Quality (IQ): A Systems Approach for the New Zealand Health Sector*. Wellington, New Zealand

NSW Clinical Excellence Commission (2005). *Improving patient access to acute care services. A practical toolkit for use in public hospitals*. Sydney

Quality Assurance Project (2003). *Maximizing Quality of Care through Health Sector Reform: The Role of Quality Assurance Strategies*. Pan American Health Organization, Washington

WHO (2003). *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Health Evidence Network. Geneva

PREGLED PROCESA AKREDITACIJE NA MEĐUNARODNOM PLANU

Majkl O'Rurk

Nebojša Lalić

Akreditacija je važan formalni proces kojim se obezbeđuje unapređenje organizacije i pruža bezbedna, visokokvalitetna zdravstvena zaštita zasnovana na standardima i procesima. Glavna uloga bolničkog rukovodstva je akreditacija, jer je to empirijski mereni proces koji ukazuje i procenjuje poboljšanje učinka na nivou cele organizacije. Sistemi akreditacije u Australiji i Kanadi ilustruju kako procesi uključeni u samu akreditaciju mogu da pomognu da zdravstveni menadžeri budu svesniji neophodnosti unapređenja standarda i usluga u organizaciji bolnice. Dobar menadžment je neophodan za rešavanje zahteva za akreditaciju pružajući na taj način podršku i ohrabrenje za tekuća i sistemska poboljšanja u bolnici i u postavci sistema zdravstvene zaštite.

1 Sistemi akreditacije u Australiji i Kanadi

Sistemi akreditacije u Australiji i Kanadi prate slične procese korišćenjem definisanih standarda, kao i standarda definisanih na nivou zainteresovanih strana, koji se fokusiraju na principe kao što su fokus na klijenta, unapređenje kvaliteta, timovi, liderstvo, procesi i ishodi, kontinuitet lečenja/nege i pružanja usluga; pristup zdravlju populacije, kao i bolje merenje.

Proces

Organizacije dobijaju standarde koji će se ocenjivati i pripremaju se za ocenjivanje (procenu) od strane akreditacionog ocenjivača (obično je to poseta u trajanju od 3-4 dana gde se koristi intervju, pregleda dokumentacija i ocene same ustanove).

Pre procene, organizacije prikupljaju široki spektar dokumenata kojim treba da pokažu procese za unapređivanje, uvedene sisteme, upotrebu podataka, planove, politike i procedure koji svi imaju za cilj da unaprede sisteme i inkorporiraju elemente koji se odnose na fokusiranje na klijenta, kontinuirano unapređenje, liderstvo i upravljanje.

Merenje procesa za unapređenje se obavlja skalom za ocenjivanje – u kanadskom sistemu skala ocenjivanja je od 1 do 7. Ocena pokazuje u kojoj meri je neki kriterijum zadovoljen.

Ocene

LOŠE = 1, OSREDNJE = 3, DOBRO = 5, ODLIČNO = 7

Organizacije pripremaju svoje procene kriterijuma (vrše samoocenjivanje) i oni se porede sa stvarnim rezultatima (ocenama) ocenjivača:

Ocene koje je dala organizacija

1 2 3 4 5 6 7

Ocene koje je dao ocenjivač

1 2 3 4 5 6 7

Model ACHS koristi sistem ocenjivanja koji se zasniva na sledećem:

Nisko postignuće (LA) Zadovoljavajuće postignuće (SA) Ispunjava očekivanja (MA) Odlično postignuće (EA) i Izuzetno postignuće (OA)

Standardi koji se koriste i u australijskom i u kanadskom modelu procenjuju kvalitet usluga koje daje organizacija i konstruisani su oko različitih dimenzija kvaliteta - odgovor na potrebe, kompetentnost sistema, fokus na klijenta/zajednicu, itd. Svaki standard sadrži definisane kriterijume koji pomažu ocenjivačima da izvrše odgovarajuću procenu.

Svakom kriterijumu se dodeljuje ocena i na kraju se ocene sabere da bi dobio ukupan zbir. Na tabelama koje slede dati su i australijski i kanadski modeli.

Kanadski sistem uključuje metodu procene rizika uz proces akreditacije. Procena rizika se uvodi samo kada ocenjivači daju preporuku u tom smislu. Korišćenjem trostepene skale, ova procena identifikuje prioritete za svaku preporuku. Prioritet može biti visok, srednji ili nizak. Nivo prioriteta govori kada se od organizacije očekuje da po toj preporuci postupi. Visok prioritet znači da se to pitanje mora rešiti što je moguće pre, odmah po poseti ocenjivača. Preporuka niskog prioriteta se mora realizovati pre naredne posete ocenjivača.

Kanadski program koristi sledeće elemente za procenjivanje: liderstvo i partnerstvo, ljudski resursi, upravljanje informacijama, pružanje usluga (na primer akutno lečenje – različiti moduli su na raspolaganju za pokrivanje usluga kao što su onkologija, rehabilitacija, itd.).

Australijski model koristi glavne elemente sledećih ciljeva za procenu unapredjenja: **kliničke, potporne i korporacijske**.

Mnogi od individualnih standarda i kriterijuma u oba sistema su slični, usmereni su na merenje opredeljenosti organizacije i odgovor na lečenje/negu pacijenta, unapređenje kvaliteta i razvoj tekućih usluga.

Uspešna procena ima za rezultat akreditaciju organizacije na period od 3 godine. Akreditacija je važna za zdravstvene ustanove jer se njome omogućava nastavak ugovornog finansiranja sa privatnim kompanijama za osiguranje (ako su privatne) i ispunjavaju uslovi za javno zdravstveni sistem (ako su državne organizacije).

Kako ovi modeli mogu da pomognu u trajnom razvoju akreditacionih standarda i procesa.

I australijski i kanadski model naglašavaju procese i sisteme koji se moraju uvesti da bi usmeravali i unapređivali napredak. Standardi za sve se zasnivaju na zajedničkim temama: liderstvo, upravljanje, kontinuirano unapređenje, bezbednost, odgovor na potrebe, fokusiranje na korisnike, itd.

Zadatak svakog zdravstvenog sistema koji razmišlja o tome da uvede akreditaciju jeste da odabere skup standarda koji će obuhvatiti te procese unapređenja i koji se mogu primeniti u lokalnom kontekstu. Ideja nije prosto da se usvoje ovi međunarodni modeli, već da se proceni kako oni mogu da vode odgovarajuće okruženje ili da se istome prilagode. Na samom početku, standardi moraju biti dostižni za većinu; moraju biti merljivi, i prihvatljivi za zainteresovane strane (npr. bolnice i organizacije).

Mogu se razviti sistemi ocenjivanja ili bodovanja da bi se obezbedila osnova za merenje – bilo ocenjivanjem (kao u kanadskom modelu) ili poređenjem sa reperima koji su navedeni u australijskom sistemu.

U svakom slučaju, ovi procesi se moraju posmatrati kao početak. Oni se moraju ponavljati, nadgrađivati, doterivati i unapređivati kako se sistem dalje razvija.

A Proces EQUIP (Australijski savet za standarde u zdravstvenoj zaštiti – 2006)

Klinički	Potporni	Korporacijski
1.1 Korisnicima usluga/pacijentima se pruža visokokvalitetna zaštita (nega/lečenje) tokom celog procesa pružanja zdravstvene zaštite. 1.1.1 Sistem ocenjivanja obezbeđuje prepoznavanje tekućih i trajnih potreba korisnika usluga/pacijenata. 1.1.2 Zdravstvena zaštita se planira i pruža u partnerstvu sa korisnicima usluga / pacijentom, i kada je to relevantno i licem koje o pacijentu vodi brigu da bi se postigli najbolji mogući ishodi. 1.1.3 Korisnici usluga / pacijenti su informisani o procesu davanja saglasnosti, razumeju ga i daju saglasnost za sopstvenu zdravstvenu zaštitu. 1.1.4 Lečenje/negu ocenjuju pružaoci zdravstvene zaštite i kada je to primereno korisnici usluga / pacijenti i lica koja o njima vode brigu.	2.1 Rukovodeće telo vodi organizaciju u njenoj opredeljenosti da poboljša učinak i obezbedi delotvorno upravljanje korporacijskim i kliničkim rizicima. 2.1.1 Sistem kontinuiranog unapređenja kvaliteta u organizaciji pokazuje njenu opredeljenost za poboljšanje ishoda lečenja/nege kao i pruženih usluga. 2.1.2 Politika i sistem upravljanja rizikom integrirani na nivou cele organizacije obezbeđuju da se klinički i korporacijski rizici prepoznaju, svode na najmanju meru i da se kontrolišu. 2.2 Upravljanje ljudskim resursima podržava kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, kompetentno osoblje i zadovoljavajuće radno okruženje za zaposlene. 2.2.1 Planiranje ljudskih resursa podržava tekuću i buduću sposobnost organizacije da izađe u susret potrebama.	3.1 Rukovodeće telo usmerava strateške pravce organizacije da bi se obezbedilo pružanje kvalitetnih i bezbednih usluga. 3.1.1 Organizacija pruža kvalitetno, bezbedno lečenje/negu koristeći strateško i operativno planiranje i razvoj. 3.1.2 Upravljanje je potpomognuto formalnim strukturama i praksom delegiranja u okviru organizacije. 3.1.3 Procesi za odobravanje i definisanje obima kliničke prakse podržavaju bezbednu, kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. 3.1.4 Eksterni pružaoci usluga su takođe obuhvaćeni menadžmentom da bi se kvalitet lečenja/nege i pružanja usluga podigao na maksimalni nivo.

Klinički	Potporni	Korporacijski
1.1.5 Procesi za otpust ili premeštaj odgovara- ju potrebama korisnika usluga/ pacijenta za na- stavkom lečenja/nege.	2.2.2 Sistem zapošljavanja, odabira i imenovanja obezbeđuje mešavinu ve- ština i kompetentnost osoblja, a meša- vina volontera zadovoljava potrebe or- ganizacije.	3.1.5 Dokumentovane kliničke i korporacijske politike pomažu or- ganizaciji da pruža kvalitetno leče- nje/negu.
1.1.6 Sistemi nastavka lečenja/nege pacijenata su koordinirani i delotvorni.	2.2.3 Sistemi kontinuiranog razvo- ja zapošljavanja i učinka obezbeđuju kompetentnost zaposlenih i volontera.	3.2 Organizacija održava bez- bedno okruženje za zaposlene, potrošače/pacijente i posetioce.
1.1.7 Postoje sistemi koji obezbeđuju da se nega umirućih i zbrinjavanje umrlih korisnika usluga / pacijenata obavlja. dostojanstveno i utešno.	2.2.4 Sistem učenja i razvoja obezbe- đuje veštine i kompetentnost zaposle- nih i volontera.	3.2.1 Sistemi upravljanja bezbedno- šću pružaju bezbednost i dobrobit ko- risnicima usluga/ pacijentima, zapo- slenima, posetiocima i ugovaračima.
1.1.8 Zdravstvena evidencija obezbeđuje da se beleže sveobuhvatne i tačne informacije i da se iste koriste pri lečenju/nezi.	2.2.5 Sistem podrške za zaposlene i odnosi na radnom mestu pomažu or- ganizaciji da postigne svoje ciljeve	3.2.2 Zgradama, oznakama, pogo- nima, opremom, materijalima itd. upravlja se bezbedno, i koriste se efikasno i efektivno.
1.2 Korisnici usluga/pacijenti/ zajednice ima- ju pristup zdravstvenim uslugama i lečenju / nezi koje su primerene njihovim potrebama.	2.3 Sistemi za upravljanje informaci- jama omogućavaju postizanje cilje- va organizacije.	3.2.3 Menadžment otpadom i život- nom sredinom podržava bezbednu praksu i bezbedno okruženje.
1.2.1 Zajednica ima informacije o zdravstvenim uslugama i lečenju/nezi koje su primerene nje- nim potrebama, i ima pristup istima.	2.3.1 Sistemi upravljanja podacima po- državaju prikupljanje informacija i za- dovoljavanje potreba organizacije.	3.2.4 Upravljanje hitnim i vanred- nim situacijama podržava bezbed- nu praksu i bezbedno okruženje.
1.2.2 Pristupu sistemu lečenja/nege i prijemu u njega daje se prioritet u odnosu na kliničke potrebe.	2.3.2 Sistemi upravljanja informacija- ma i podacima, kao i sistemi njihovog prikupljanja koriste se da pomognu za- dovoljavanje strateških i operativnih potreba organizacije.	3.2.5 Kontrola bezbednosti podr- žava bezbednu praksu i bezbedno okruženje.

Klinički	Potporni	Korporacijski
1.3 Potrošačima / pacijentima se pruža odgovarajuće lečenje/nega i usluge.	2.3.3 Podaci i informacije se koriste delotvorno da podrže i unaprede usluge i lečenje/negu.	
1.3.1 Zdravstvena zaštita i usluge su primereni i pružaju se u najprimerenijem okruženju.	2.3.4 Organizacija ima integrisani pristup planiranju, upotrebi i rukovođenju ICT-om.	
1.4 Organizacija pruža lečenje/negu i usluge koje postizu očekivani ishod.	2.4 Organizacija promovise zdravlje populacije.	
1.4.1 Lečenje/nega i usluge se planiraju, razvijaju i pružaju na osnovu najboljih raspoloživih dokaza i na najdelotvorniji način.	2.4.1 Organizacija promovise bolje zdravlje i blagostanje za korisnike usluga/ pacijente, zaposlene i širu zajednicu.	
1.5 Organizacija pruža bezbedno lečenje/negu i usluge.	2.5 Organizacija podstiče i adekvatno upravlja zdravstvenim i medicinskim istraživanjima da poboljša bezbednost i kvalitet zdravstvene zaštite.	
1.5.1 Upravljanje lekovima obezbeđuje se bezbedna i delotvorna praksa.	2.5.1 Istraživački program organizacije podstiče razvoj znanja i njegovu primenu u okruženju zdravstvene zaštite, štiti korisnike usluga/ pacijente i upravlja rizicima organizacije povezanim sa istraživanjima.	
1.5.2 Sistem kontrole infekcije podržava bezbednu praksu i obezbeđuje sigurno okruženje za korisnike usluga / pacijente i zdravstvene radnike.		

Klinički	Potporni	Korporacijski
1.5.3 Incidencija i uticaj dekubitusa su svedeni na najmanju meru prevencijom pojave dekubitalnih ulceracija i strategijom menadžmenta. 1.5.4 Incidencija padova i povreda od pada je svedena na najmanju meru programom kontrole padova. 1.5.5 Sistem prepisivanja, uzimanja uzoraka, čuvanja i transporta krvi i krvnih komponentata osigurava bezbednu i primerenu praksu. 1.5.6 Organizacija obezbeđuje da pravi pacijent dobije pravu proceduru na pravom mestu. 1.6 Rukovodeće telo je opredeljeno za učestvovanje korisnika usluga. 1.6.1 Od korisnika usluga, lica koja o njima brinu i zajednice traži se imput za planiranje, pružanje i ocenu zdravstvenih usluga. 1.6.2 Korisnici usluga/pacijenti su obavešteni o njihovim pravima i odgovornostima. 1.6.3 Organizacija vodi računa o korisnicima usluga / pacijentima iz kulturno i jezički različitih sredina i o korisnicima usluga / pacijentima sa posebnim potrebama.		

Obavezni kriterijum

Standardi su navedeni masnim slovima

B Kanada: Kanadski savet za akreditaciju zdravstvenih usluga

PRIPREMA

Liderstvo i partnerstvo	Ljudski resursi	Upravljanje informacijama	Pružanje usluga
SVE dole navedeno mora se uzeti u obzir kada se priprema za akreditaciono ocenjivanje, sa završenim izveštajima o samoocenjivanju ili delovima izveštaja koji sadrže informacije u prilogu (ograničite se na jednu i po stranu, oko 350 reči).			
Kojim ključnim etičkim pitanjima ste se bavili u protekle 2 godine?	Navedite procese provede kvalifikacija za nezavisne praktičare i osoblje.	Primerak politike o poverljivosti/ otkrivanju informacija.	Opišite usluge za koje je odgovoran ovaj tim.
Primerak izveštaja organizacije o indikatorima, uključujući i analizu sveukupnog zadovoljstva klijenata.	Primerak spiska odobrenih radnji i procesa za praćenje sertifikacije, ako je primere-	Primerak politike o bezbednosti/ zaštiti ili uništavanju informacija.	Spisak partnera u zajednici sa kojima tim tesno sarađuje na pružanju usluga.
Primerak procene analize potreba zajednice ili opis potreba zajednice.	Spisak partnera u zajednici sa kojima vaš tim radi na pružanju usluga.	Spisak partnera u zajednici sa kojima vaš tim radi na pružanju usluga.	Koji su bili glavni incidenti koji su uključili upotrebu, čuvanje i uklanjanje lekova, opasnog materijala i otpada u protekle 2 godine?
Primeri bar dva poslednja izveštaja sa mišljenjem revizora koji uključuju preporuke i preduzete mere.	Šta su glavna pitanja kod sledećeg: Razvoj i obuka osoblja Zadovoljstvo osoblja.	Kojim glavnim pitanjima se bavite u sledećim oblastima: Informacioni sistemi Poverljivost Individualna dokumentacija klijenata.	Kako su ova pitanja rešena? Navedite glavna etička pitanja sa kojima se tim susretao u protekle dve godine i šta je preduzeto.

Liderstvo i partnerstvo	Ljudski resursi	Upravljanje informacijama	Pružanje usluga
Spisak partnera u zajednici sa kojima vaš tim tesno sarađuje na pružanju usluga.	Koji glavni problemi vezani za bezbednost i zdravlje na radu su zabeleženi u prethodne dve godine?	Naveći indikatore HEMS koje tim prati.	Naveći velike negativne pojave ili visoko rizične situacije sa kojima se tim susreo u prethodne dve godine i šta je preduzeto.
Naveći indikatore koje tim prati.	Kako su ova pitanja rešena?	Naveći sve inicijative za poboljšanje kvaliteta koje su se zasnivale na indikatorima koje tim prati.	Naveći sve inicijative za poboljšanje kvaliteta koje su se zasnivale na indikatorima koje tim prati.
Naveći sve inicijative za poboljšanje kvaliteta koje su se zasnivale na indikatorima koje tim prati.	Naveći indikatore ljudskih resursa koje tim prati		Kako se vaše aktivnosti na planiranju i pružanju usluga odnose prema nalazima ocenjevanja?
Koja su glavna pitanja sa kojima se suočava upravno telo kada se radi o delotvornosti?	Naveći sve inicijative za poboljšanje kvaliteta koje su se zasnivale na indikatorima koje tim prati.		
Od prilika za unapređenje koje su identifikovane u samoocenjivanju, odaberite tri najvažnija prioriteta.	Od prilika za unapređenje koje su identifikovane u samoocenjivanju, odaberite tri najvažnija prioriteta.	Od prilika za unapređenje koje su identifikovane u samoocenjivanju, odaberite tri najvažnija prioriteta	Od prilika za unapređenje koje su identifikovane u samoocenjivanju, odaberite tri najvažnija prioriteta.

OČENJIVANJE

Liderstvo i partnerstvo	Ljudski resursi	Upravljanje informacijama	Pružanje usluga
Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje
1.0 Organizaciju usmeravaju njena misija i vrednosti.	1.0 Plan ljudskih resursa organizacije predviđa i odgovara na tekuće i buduće potrebe za ljudskim resursima.	1.0 Procesi upravljanja informacijama su planirani i razvijeni da zadovolje tekuće i buduće potrebe organizacije za informacijama i poboljšanjem učinka.	1.0 Usluge se kontinuirano planiraju i razvijaju da predvide i zadovolje definisane potrebe populacije i postignu željene rezultate.
2.0 Organizacija pruža usluge i donosi odluke u skladu sa prepoznatim etičkim kodeksom ili etičkim smernicama koje je razvila sama organizacija.	2.0 Veze i partnerstva su uspostavljeni sa drugim organizacijama u cilju razmene znanja, veština i resursa.	2.0 U cilju obezbeđivanja kvaliteta, procesi upravljanja informacijama i rezultati se procenjuju kontinuirano.	2.0 Usluge se kontinuirano planiraju i razvijaju kao odgovor na istraživanja, dokaze o najboljoj praksi i inovativne ideje zaposlenih.
3.0 Upravno telo i menadžeri podstiču i podržavaju kulturu unapređenja kvaliteta u celoj organizaciji.	3.0 Za obezbeđivanje kvaliteta, razvoj i upravljanje ljudskim resursima se procenjuje kontinuirano.	3.0 Relevantni podaci i informacije se prikupljaju i o njima se izveštava pravovremeno, efikasno, tačno i potpuno.	3.0 Usluge se integrišu i koordiniraju da bi se obezbedio kontinuitet usluga za definisanu populaciju.
4.0 Organizacijom se upravlja delotvorno i efikasno.	4.0 Za pružanje kvalitetnih usluga postoji dovoljan broj kvalifikovanih zaposlenih, nezavisnih praktičara i volontera.	4.0 Organizacija ima sveobuhvatan, integrisani informacioni sistem za rukovođenje.	4.0 Tim radi sa zajednicom i drugim organizacijama na unapređenju zdravlja, prevenciji ili otkrivanju zdravstvenih problema, i to što je moguće ranije da bi se maksimalno povećala korist.

Liderstvo i partnerstvo	Ljudski resursi	Upravljanje informacijama	Pružanje usluga
Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje
5.0 Organizacija dobro poznaje zajednicu i populacione grupe koje opslužuje.	5.0 Organizacija dodeljuje kvalifikacije, postavlja i ponovo postavlja i daje određene privilegije svim praktičarima koji u okviru organizacije pružaju usluge.	5.0 Zaštićeni su poverljivost, bezbednost i integritet podataka i informacija.	5.0 Definisana populacija, pružaoci usluga i organizacije koje upućuju pacijente imaju pristup uslugama organizacije.
6.0 Proces planiranja u organizaciji predviđa potrebe i zdravstveno stanje zajednice koji se menjaju, odgovara na njih i postiže željene rezultate.	6.0 Lideri, zaposleni, volonteri i studenti razumeju njihove uloge, odgovornosti i linije komunikacije.	6.0 Procesi upravljanja informacijama u organizaciji podržavaju upotrebu donošenja odluka i pružanja usluga klijentima / zajednicama na osnovu informacija.	6.0 Prvi kontakti klijenata i porodica sa organizacijom dovode do najboljih odluka u pogledu usluga koje će se pružati.
7.0 Operativni planovi usmeravaju svakodnevne aktivnosti.	7.0 Dosije zaposlenih i informacije o njima su poverljive prirode i potpuni su.	7.0 Dosije/kartoni klijenata su ažurirani, tačni, sveobuhvatni i bezbedni.	7.0 Organizacija podstiče klijente i pomaže i njima i porodicama da donesu prave odluke.
8.0 Ljudski, finansijski i materijalni resursi su primereno raspoređeni po celoj organizaciji.	8.0 Lideri, zaposleni i volonteri prezentuju svoju kompetentnost.	8.0 Obrazovni materijali, literatura i istraživačke informacije su dostupni klijentima, njihovim porodicama i zaposlenima.	8.0 Odgovarajuća i tačna procena se obavlja za svakog klijenta.

Liderstvo i partnerstvo	Ljudski resursi	Upravljanje informacijama	Pružanje usluga
Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje
9.0 Finansijski resursi organizacije su zaštićeni i kontrolisani.	9.0 Pitanja prakse se prepoznaju i rešavaju.	9.0 Svi zaposleni prolaze odgovarajuću edukaciju, obuku i podršku o tome kako da gnerišu, prikupe, analiziraju i koriste podatke i informacije.	9.0 Tim ima pristup dijagnostičkim uslugama koje su bezbedne, efikasne i tačne.
10.0 Radi praćenja postizanja željenih rezultata, organizacija procenjuje svoje usluge na kontinuiranoj osnovi.	10.0 Radno okruženje organizacije je bezbedno, zdravo i pozitivno za zaposlene, nezavisne praktičare i volontere.		10.0 Klijenti i porodice dobijaju i razumeju sve relevantne informacije o uslugama.
11.0 Organizacija ima jasno definisani, koordinirani sistem poboljšanja kvaliteta i kontinuirano pati, procenjuje i unapređuje kvalitet.	11.0 Organizacija je određena za zdravlje na radu i bezbednost zaposlenih, nezavisnih praktičara, volontera i studenata.		11.0 Prava klijenata i njihovih porodica su zaštićena i unapređena.
12.0 Organizacija pokazuje široke i smislaone veze i partnerstva sa drugim organizacijama i zajednicom.			12.0 Organizacija pomaže i podstiče klijente i porodice da postupaju u skladu sa svojim odgovornostima.
13.0 Zajednica je svesna uloge i usluga organizacije.			13.0 Razvijen je sveobuhvatni, integrisani plan usluga i njime se upravlja od početka do kraja.

Liderstvo i partnerstvo	Ljudski resursi	Upravljanje informacijama	Pružanje usluga
Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje	Element za ocenjivanje
Liderstvo i partnerstvo			Pružanje usluga akutne medicine
14.0 Organizacija podstiče i podržava tekući razvoj zajednice i učestvuje u njemu.			14.0 Usluge se pružaju u skladu sa planom usluga, sa pažnjom i poštovanjem, na bezbedan i efikasan način, da se obezbedi kontinuitet.
15.0 Ugovorene usluge se pružaju u skladu sa uslovima navedenim u ugovoru.			15.0 Upotreba medikamenata i drugih terapijskih tehnologija je bezbedna, efikasna, delotvorna i promoviše najbolji kvalitet života.
16.0 Organizacija sprovodi primerene istraživačke aktivnosti ili učestvuje u njima.			16.0 Klijenti i porodice primaju odgovarajućuobuku i podršku.
17.0 Plan usluga se stalno prati i podešava da bi se zadovoljile potrebe klijenata koje se stalno menjaju, kao i da bi se postigli ciljevi i očekivani rezultati.			
18.0 Po prelasku ili završetku pružanja usluge, izlazi se u susret daljim potrebama klijenata i njihovih porodica, i kontinuitet usluga se održava.			

2 Procena korišćenja procesa unapređenja kao osnove za uspostavljanje sistema akreditacije

Diskusija

Alternativa korišćenju sistema izvedenih na iskustvu drugih zemalja jeste razvijanje standarda specifičnih za konkretnu zemlju koji se zasnivaju na trenutnim (ili još bolje željenim) potrebama.

Treba primenjivati iste principe - orijentisane ka procesima (tj. koji se bave primenom sistema i procesa, a ne propisanim nivoima ili ciljnim vrednostima ulaznih faktora i resursa ili pak infrastrukturnim zahtevima) i naglašavati korišćenje metodologija za unapređenje, kao i podataka i indikatora da bi se postiglo široko kliničko i organizaciono unapređenje.

Širok spektar mogućih procesa i tema, kao primeri različitih oblasti na koje standardi za akreditaciju mogu da se usmere, dati su na tabeli 1.. Na primer:

- Pod bezbednošću, proces akreditacije može da procenjuje da li postoji program za bezbednost lekova; da li postoje i funkcionišu procedure za praćenje incidenata; da li su sistemi za zaštitu od požara delotvorni i da li se redovno kontrolišu.
- Pod primerenošću, sistem akreditacije može da meri upotrebu i obim kliničkih indikatora (ili kliničkih puteva za procenu delotvornosti); kontrolu kvalifikacija da se prepoznaju potrebe za obukom za određene kliničke procedure i tehnike.
- Pod efikasnošću, mogu se procenjivati upotreba podataka u organizaciji i upravljanje učinkom; ili se mogu preispitivati politike i propisi organizacije u smislu njihove relevantnosti i uticaja.

Za svaku vrstu dole navedenih standarda, treba razviti skup primerenih kriterijuma da se meri njihovo ispunjavanje i postignuće. Ove kriterijume potom treba proceniti sistemima dodele bodova ili rangiranja da bi se došlo do ukupne ocene procesa unapređenja u jednoj zdravstvenoj organizaciji.

Potom na priloženoj Tabeli 2 prikazani su detalji kako se zajednički mogu koristiti samoocenjivanje i samoregulisanje uz eksternu evaluaciju da bi se postiglo sveukupno poboljšanje u organizaciji.

Majkl O'Rurk

Viši saradnik i predavač, Škola javnog zdravlja u Sidneju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Sidneju, Australija.
Vođa projekta *Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji*

Nebojša Lalić

Prodekan, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Tabela 1: Instrumenti i procesi kvaliteta povezani sa pojedinim dimenzijama kvaliteta

Bezbednost	Primerenost	Pristup	Efikasnost	Delotvornost	Učestvovanje korisnika usluga
Bezbednost lekova	Klinički pokazatelji	Kriterijumi za prijem	Pokazatelji učinka / izveštavanje o učinku	Klinički putevi	Izbor pacijenata na osnovu informisanja
Razvoj pokazatelja bezbednosti i izveštavanje o njima	Mere ishoda	Planiranje i upravljanje	Razvoj repora	Kliničke smernice	Edukacija profesionalaca i potrošača
Praćenje incidentata i izveštavanje o njima	Kontrola/ dodela kvalifikacija	Procesi preispitivanja i kontrole	Postavljanje standarda	Medicina zasnovana na dokazima	Smernice za uključivanje potrošača
Signalni događaji	Registracija		Politike ljudskih resursa: razvoj radne snage i profesionalna obuka	Korišćenje procesa CQI	
Procesi upravljanja rizikom				Izgradnja tima i saradnički pristup	
Upotreba kartona za lekove za hospitalizovane bolesnike					
Kontrola lekova					
Izveštavanje o bezbednosnim pitanjima					
Sistemi upravljanja bezbednošću					
Bezbednost i zdravlje na radu					

Tabela 2: Matrica samoregulisanja i eksterne procene unapređenja kvaliteta
Ključne oblasti bezbednosti, kvaliteta i efektivnosti za zainteresovane strane

Grupa zainteresovanih strana	Fokus na bezbednost i kvalitet	Instrumenti bezbednosti, kvaliteta i efektivnosti	Rezultati ishoda i učinka
<i>Korisnici usluga</i>	Učestvovanje i osnaživanje	Ojačanje primanja povratnih informacija od strane pacijenata; Pojačano učestvovanje pacijenata u odlučivanju; procena potreba; zadovoljstvo i iskustvo; edukacija pacijenata.	Veći odziv; zajedničko odlučivanje u uslovljenom menadžmentu; procena kvaliteta usluga; predviđanje potreba i usklađivanje sistemskih ciljeva u skladu sa tim; zadovoljavanje potreba potrošača za informacijama.
	(a) Samoregulisanje i kliničko upravljanje	Profesionalni razvoj do kraja karijere; izvlačenje pouka iz incidentata i neželjenih događaja; uključenosť u interdisciplinarne timove za zdravstvenu zaštitu; kliničari predvode i usmeravaju planove za kvalitet.	Kontinuirano učenje i razvoj; poboljšani klinički i profesionalni ishodi; upravljanje kliničkim rizicima; pristupi zasnovani na timovima koji uklanjaju prepreke i podstiču razmenu među profesionalcima; sve više se fokusira kultura izvrsnosti.
<i>Zdravstveni profesionalni i pružaoci usluga</i>	(b) Eksterna regulacija	Klinička kontrola; smernice i protokoli za praksu zasnovanu na dokazima; potvrda profesionalnih kvalifikacija; upotreba pokazatelja i ciljeva učinka.	Profesionalno kolegijalno preispitivanje; priručnici i vodiči za lečenje/negu da se obezbede kvalitet i poboljšano upravljanje bolestima; individualno obezbeđivanje kvaliteta; uvedeni sistemi za identifikovanje oblasti za unapređenje.
	(a) Samoregulisanje i kliničko upravljanje	Kontinuirani procesi i aktivnosti na poboljšanje kvaliteta; informacijski sistemi i okviri učinka za procenu veza između ulaznih faktora, procesa i ishoda; integrisani instrumenti i putevi zasnovani na potrebama zajednice.	Održivi naglasak na procesima i ishodima kvaliteta; analitički okvir za korišćenje informacija za menadžment; ponovno osmišljavanje procesa pružanja usluga u kontinuitetu lečenja/nege pacijenata.
<i>Javne i privatne bolnice i zdravstvene ustanove</i>	(b) Eksterna regulacija	Akreditacija i sertifikacija; javni uvid u učinak, utvrđivanje repora i poređenja korišćenjem standardizovanih pokazatelja.	Održavanje visokih standarda; poboljšani i demonstrirani standardi bezbednosti i kvaliteta; korišćenje najboljih praksi i strategija.

Korisni izvori za pitanja akreditacije

ANAES (l'Agence Nationale d'Accreitation et d'Evaluation en Sante), "Accreditation Objectives" <http://www.anaes.fr>

ANAES (l'Agence Nationale d'Accreitation et d'Evaluation en Sante), "Development of Standards" <http://www.anaes.fr>

ANAES (l'Agence Nationale d'Accreitation et d'Evaluation en Sante), "Procedure of Accreditation" <http://www.anaes.fr>

Australian Council on Healthcare Standards, (2002). *An overview of the ACHS Equip Standards*, 3rd Edition. ACHS, Utimo, NSW.

Australian Council on Healthcare Standards, "Components of the Program" <http://www.achs.org.au>

Australian Council on Healthcare Standards, "What we do" <http://www.achs.org.au>

Canadian Council on Health Services Accreditation, "About Us" http://cchsa.ca/site/pt_link.php?query=board&plain=1

Canadian Council on Health Services Accreditation, "Accreditation" http://cchsa.ca/site/pt_link.php?query=EnvolvAccredit&plain=1

Canadian Council on Health Services Accreditation, "How We Foster Quality" http://cchsa.ca/site/pt_link.php?query=CQI&plain=1

Canadian Council on Health Services Accreditation, "Key components of AIM", http://cchsa.ca/site/pt_link.php?query=KeyCompon&plain=1

Canadian Council on Health Services Accreditation, "Maintaining Accreditation" http://cchsa.ca/site/pt_link.php?query=MaintainAccredit&plain=1

CASPE Research June 2002, "Standards for the Accreditation of Hospitals, Healthcare Organisations and Community Services" <http://www.caspe.co.uk/standards.htm>

CASPE Research June 2002, "The Healthcare Accreditation Programme (HAP)" <http://www.caspe.co.uk/hap.htm>

Commission for Health Improvement, "What we do" <http://www.chi.nhs.uk/eng/about/what.shtml>

Heidmann EG (1993). *The Contemporary Use of Standards in Health Care*, World Health Organisation.

Hospital Volume 4, 2002, Accreditation in the UK, *E-Hospital*, <http://www.hospital.be>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, "Facts about Patient Safety", <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety/index.htm>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, "Joint Commission Accreditation", <http://www.jcaho.org/htba/index.htm>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, "Standards" <http://www.jcaho.org/ebcu/unions/standards.htm>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, "Survey Process"
<http://www.jcaho.org/htba/ambulatory+care/survey+process/index.htm>

Nabitz U, Klazinga N, Walburg J (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in Health Care. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, Number 3, pp191-201.

NCQA, "Accreditation Programs"
<http://www.ncqa.org/Programs/Accreditation/accreditation.htm>

Quality Health New Zealand, "Clinical Indicators"
<http://www.qualityhealth.org.nz./clinical/index.html>

Quality Health New Zealand, "Current Accredited Services"
<http://www.qualityhealth.org.nz./accredited/index.html>

Quality Health New Zealand, "QHNZ Standards"
<http://www.qualityhealth.org.nz./standards/index.html>

Quality Improvement Council, "Criteria for Accreditation"
<http://www.latrobe.edu.au/qic/criteria.htm>

Quality Improvement Council, "National Review and Accreditation Program"
<http://www.latrobe.edu.au/qic/prog.htm>

Schyve PM (2000). The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, Number 3, pp 255-258.

Shaw CD (2000). Editorial – The role of external assessment in improving health care. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, Number 3, p167

The International Society for Quality in Health Care Inc, 2000. *International Standards for Health Care Accreditation Bodies*, pp2-13, Fitzroy, Australia.

The International Society for Quality in Health Care, "ALPHA and Accreditation" 2002 <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html>

The International Society for Quality in Health Care, "General Information"
<http://www.isqua.org.au/isquaPages/General.html>

Van Weert C (2000). Developments in professional quality assurance towards quality improvement: some examples of peer review in the Netherlands and the United Kingdom. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, Number 3, pp 239-242.

Beleška o autorima

Autori članaka u ovoj zbirci su srpski i međunarodni stručnjaci i akademici angažovani u okviru projekta Evropske unije „Obuka za menadžment u zdravstvu“, koji su doprineli uspostavljanju i sprovođenju programa master studija iz menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite, na Univerzitetu u Beogradu.

Vesna Bjegović-Mikanović je direktorka Centra – Škola javnog zdravlja i zdravstvenog menadžmenta u okviru Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Profesorka Bjegović poseduje dvadesetogodišnje iskustvo kao predavač i istraživač u oblasti javnog zdravlja i socijalne medicine. Autor je mnogih radova objavljenih u srpskim i međunarodnim stručnim časopisima. Bila je angažovana od strane Evropske unije i drugih velikih organizacija kao što je Svetska banka, sa kojima je sarađivala i za koje je radila. Njena istraživanja prevashodno su usmerena na sledeće oblasti: menadžment i organizaciono ponašanje, etika i pravo u sistemu zdravstvene zaštite, sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvena politika.

Vladimir Bumbaširević je dekan Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu i dopisni član Srpske akademije nauka i umetnosti. Pored toga, profesor Bumbaširević je istaknuti naučnik i istraživač u oblasti histologije. Predvodio je i upravljao mnogim istraživačkim projektima i programima. Autor je brojnih naučnih radova objavljenih u srpskim i međunarodnim stručnim časopisima. Profesor Bumbaširević je zainteresovan za primenu principa menadžmenta na polju upravljanja projektima.

Bosiljka Đikanović je doktor medicine i specijalista socijalne medicine. Magistrirala je na Univerzitetu u Mastrohtu, Holandija, u oblasti javnog zdravlja (uža stručna oblast: zdravstvena politika, ekonomika i menadžment) i na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, smer socijalna medicina. Zaposlena je kao asistentkinja na Institutu za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Stažirala je u sedištu Svetske zdravstvene organizacije u Ženevi, na odeljenju za rodnu ravnopravnost i žensko zdravlje. Radila je kao lokalni konsultant pri Kanadskoj agenciji za međunarodni razvoj (CIDA) i kao međunarodni konsultant pri Odeljenju za statistiku Ujedinjenih Nacija (UNSD). Njena polja interesovanja su sledeće oblasti: zdravstvena ekonomika, finansiranje sistema zdravstvene zaštite, alokacija resursa i odlučivanje, sistemi zdravstvene zaštite, primarna zdravstvena zaštita, zdravlje žena i prevencija nasilja.

Jelena Đukić je doktor medicine. Magistrirala je na Univerzitetu u Mastrohtu u Holandiji u oblasti javnog zdravlja. Od 2002. godine radi u sistemu zdravstvene zaštite na projektima reforme sistema zdravstvene zaštite finansiranih od strane Evropske unije i Ministarstva zdravlja. Oblasiti u kojima je stekla iskustvo i, ujedno, ključne oblasti za čije istraživanje je zainteresovana su: zdravstveni menadžment; unapređenje kvaliteta u sistemu zdravstvene zaštite; zdravstvena ekonomika; finansijski menadžment u zdravstvu; upravljanje projektima; organizacioni razvoj; liderstvo; upravljanje promenama. Iskustvo je stekla i u državama članicama i kandidatima za članstvo u Evropskoj uniji, radeći za velike organizacije kao što su Japanska agencija za međunarodnu saradnju (JICA) i Svetska zdravstvena organizacija. Autor je i koautor radova objavljenih u stručnim časopisima.

Majk Iso (Mike Esau) je međunarodni konsultant u oblasti finansiranja u sistemu zdravstvene zaštite i poslovnog planiranja. Radio je na projektima usmerenim na razvoj menadžmenta u preko 50 organizacija iz javnog sektora u Velikoj Britaniji i drugim zemljama širom sveta. Majk je ovlašćeni računovođa i član Ovlašćenog instituta za javne finansije i računovodstvo Velike Britanije. Preko 22 godine je rukovodilac programâ postdiplomskih studija iz menadžmenta i finansijskog menadžmenta u organizacijama zdravstvene i socijalne zaštite koje su u procesu reforme i reorganizacije, a 12 godina je bio nadležan za postdiplomske programe iz javnih finansija u računovodstva na Univerzitetu u Svonziju. Raspolaze ogromnim iskustvom u kreiranju i razvoju sistema finansijskog menadžmenta, poslovnog planiranja i obračuna troškova.

Don Hindl (Don Hindle) je bio istaknuti predavač, istraživač, autor i konsultant. Radio je na visokim akademskim pozicijama u Velikoj Britaniji, SAD i Australiji (kao gostujući profesor na Univerzitetu u Novom Južnom Velsu) i objavio stotine radova u oblasti finansiranja u sistemu zdravstvene zaštite, zdravstvene politike i unapređenja sistema. Don je uveo obračun troškova u bolnicama na osnovu "miksa" slučajeva u Australiji i doprineo izradi prvog seta dijagnostički srodnih grupa u Australiji. Nakon toga, pomogao je da se uspostave sistemi "miksa" slučajeva u Nemačkoj, Sloveniji, Hrvatskoj i Rumuniji. Pored toga, značajno je uticao na sisteme plaćanja davalaca zdravstvene zaštite u mnogim zemljama (npr. u Mongoliji, Hrvatskoj, Bosni i Hercegovini i Makedoniji), svojim inovativnim radom na razvoju modela kapitacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Don Hindl je bio sjajan mentor i uzor mnogim mladim ekonomistima i kreatorima politike u raznim zemljama. Tragično je preminuo 2007. godine, a njegovo delo i dalje oblikuje i utiče na politiku finansiranja zdravstvene zaštite širom sveta.

Piter Hornbi (Peter Hornby) je bio priznati stručnjak u oblasti ljudskih resursa u sistemu zdravstvene zaštite, sa bogatim iskustvom stečenim u Svetskoj zdravstvenoj organizaciji i u preko 30 azijskih i afričkih zemalja u tranziciji. Kao predsedavajući fonda Nacionalne zdravstvene službe Velike Britanije, stekao je iskustvo u rešavanju operativnih pitanja sa kojima se menadžeri u sistemu zdravstvene zaštite susreću. Pored toga, bio je profesor na Univerzitetu Kil i počasni predavač na Institutu za razvoj zdravstvene zaštite u okviru Univerziteta kraljice Margarete u Edinburgu. Piter je bio i predavač na master programu – menadžment u sistemu zdravstvene zdravstvu u okviru Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Autor je brojnih knjiga i članaka o menadžmentu i planiranju ljudskih resursa. Iznenada je preminuo u junu 2010. godine.

Dejvid Elis Dženkins (David Ellis Jenkins) je bivši šef Odseka za planiranje u okviru Poslovne škole Univerziteta Glamorgan, Ujedinjeno Kraljevstvo. Kao istraživač je zainteresovan za sledeće oblasti: obrazovanje iz računovodstva, upravljačko računovodstvo, finansijski menadžment u javnom sektoru i u sektoru zdravstvene zaštite. Jedan je od autora dela „Finansijski menadžment u javnom sektoru“ (*Thomson Learning*), kao i dela „Upravljačko računovodstvo: principi i primena“ (*Sage Publications*), i jedan od urednika časopisa koji se bavi temama iz oblasti finansija u menadžmenta u javnom sektoru (*Journal of Finance and Management in the Public Services*). Pored toga, Dejvid je član Ovlašćenog instituta za javne finansije i računovodstvo Velike Britanije i trenutno je angažovan kao ispitivač na završnom ispitu na Institutu. Takođe je glavni ispitivač za upravljačko računovodstvo na Institutu za ovlašćene sekretare i računovođe.

Majkl Džons (Michael Jones) je iskusni menadžer u sistemu zdravstvene zaštite. Tokom svoje karijere, bavio se menadžmentom i planiranjem radeći za Nacionalnu zdravstvenu službu Velike Britanije. Pored toga, bio je univerzitetski profesor, a trenutno predaje u Poslovnoj školi Univerziteta Midlseks u Londonu. U oblasti njegovog interesovanja

spadaju unapređenje menadžmenta i liderstva, poslovno planiranje i upravljanje promenama. Analizirao je i sprovodio evaluacije službi akutnog zbrinjavanja, službi primarne zdravstvene zaštite, službi za mentalno zdravlje, službi za poremećaje učenja, službi za bolesti zavisnosti i kliničkih upravljačkih struktura.

Majkl je radio u Avganistanu, Jermeniji, Belizeu, Francuskoj, Gruziji, Nemačkoj, Grčkoj, Indoneziji, Jamajci, Keniji, Nigeriji, Saudijskoj Arabiji, Srbiji, Španiji, Švedskoj, Siriji, Tanzaniji, Trinidadu, Ugandi, SAD-u i Zanzibaru. Govorio je na međunarodnim konferencijama u Velikoj Britaniji, Švedskoj, Francuskoj, Portoriku, Nemačkoj i SAD-u. Savetnik je Političkog odbora Instituta za zdravstveni menadžment Velike Britanije. Autor/ko-autor je 7 knjiga i brojnih radova objavljenih u stručnim časopisima.

Jacek Klić (Jacek Klich) je profesor ekonomike i šef odseka za istraživanja u oblasti preduzetništva i menadžmenta na Jagelonskom univerzitetu u Krakovu, Poljska. Specijalizovao se za sektor zdravstvene zaštite i uključen je u različite nacionalne i međunarodne projekte čiji je cilj restrukturiranje organizacija u oblasti zdravstvene zaštite i unapređenje zdravstvenog menadžmenta. Bio je uključen u projekte Svetske banke i Američke agencije za međunarodni razvoj (USAID) u Poljskoj, usmerene na reformu sektora zdravstvene zaštite i privatizaciju.

Jacek predaje: strateški menadžment, planiranje sistema zdravstvene zaštite, upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom, upravljanje apotekama i inovativnost. Objavio je preko 60 članaka u stručnim časopisima, a autor ili ko-autor je 11 knjiga (četiri na engleskom jeziku) i 45 poglavlja u knjigama (20 na engleskom jeziku).

Nebojša Lalić je prodekan za međunarodnu saradnju na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu i dopisni član Srpske akademije nauka i umetnosti. On je vodeći stručnjak i istraživač u oblasti endokrinologije u Srbiji, sa posebnim angažovanjem na polju menadžmenta dijabetesom. Objavio je više od pet stotina publikacija u domaćim i stranim naučnim časopisima. Pored naučnog rada, profesor Lalić se bavi i reformom organizacije sistema obrazovanja na Medicinskom fakultetu u Beogradu

Nina Lukić je diplomirani farmaceut, specijalista farmako-ekonomije i farmaceutske legislative. Od 2000. godine aktivno učestvuje u razvojnim projektima u zdravstvenom sektoru. Posедуje desetogodišnje iskustvo u oblasti menadžmenta, monitoringa, evaluacije i implementacije projekata koje finansira Evropska unija, sa posebnim akcentom na upravljanje projektima, liderstvo, izgradnju timova u upravljanje ljudskim resursima. Dobro poznaje procedure javnih nabavki i metodologiju upravljanja projektima po standardima Evropske unije i trenutno se nalazi na funkciji menadžera projekta „Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji“, koji finansira Evropska unija.

Manfred Mantej (Manfred Manthey) je profesor međunarodnog menadžmenta na Forchajm univerzitetu u Nemačkoj, posebno zainteresovan za oblasti međunarodne zdravstvene ekonomike, obračuna troškova i upravljačkog računovodstva sa posebnim fokusom na zdravstvene organizacije, i međunarodnog marketinga. Objavio je mnoge knjige i članke u pomenutim oblastima, a najviše u oblasti upravljačkog računovodstva. Manfred je preko deset godina radio za nemačke i međunarodne institucije širom sveta, a najduže u jugoistočnoj Aziji. Bio je nadležan za uspostavljanje i unapređenje aktivnosti u privatnom sektoru u oblasti trgovine, usluga i proizvodnje. U sektoru zdravstvene zaštite konkretno, pomagao je lokalnim menadžerima da uvedu efikasne sisteme finansiranja i obračuna troškova u bolnicama u Indoneziji. Kao ekspert za obrazovanje iz menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite na projektu „Obuka za menadžment u zdravstvu u Srbiji“, učestvovao je u uspostavljanju master programa iz menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite.

Bojana Matejić je docent na Institutu za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Ona je specijalista socijalne medicine, sa magistraturom i doktoratom u oblasti javnog zdravlja. Ima 15 godina profesionalnog iskustva. Aktivno je uključena u sve faze programâ obuka iz javnog zdravlja, a posebno je angažovana na polju prevencije raka grlica materice. U ostale oblasti kojima se bavi spadaju: promocija zdravlja, menadžment u sistemu zdravstvene zaštite, kvalitativna istraživanja, procena potreba ugroženih kategorija za zdravstvenom zaštitom, procena zdravstvenog stanja populacije, kao i etika i pravo u sistemu zdravstvene zaštite. Učestvovala je u mnogim nacionalnim i međunarodnim projektima kao istraživač, predavač, organizator, evaluator i koordinator. Autor je brojnih radova objavljenih u međunarodnim i domaćim časopisima.

Alan Meknot (Allan McNaught) je profesor i šef Odseka zdravstvenog razvoja, Škola zdravstvene i socijalne zaštite, Univerzitet u Griniču, Velika Britanija. On je menadžer u sistemu zdravstvene zaštite, sa bogatim iskustvom stečenim u radu na visokim pozicijama u opštim i psihijatrijskim bolnicama i službama primarne zdravstvene zaštite. Iskustvo u oblasti zdravstvene politike, planiranja i strateškog konsaltinga stekao je radeći u Velikoj Britaniji i drugim zemljama. Uspostavio je programe postdiplomskih studija iz menadžmenta u zdravstvu u Bosni i Zimbabveu. Pored toga, pomogao je jačanje zdravstvenih službi na Jamajci, Maršalskim ostrvima, Belizeu i u Ruskoj federaciji.

Alan je magistrirao na londonskom Univerzitetu Sautbenk u oblasti socijalne politike, a doktorirao na Univerzitetu Kil u oblasti zdravstvenog planiranja i menadžmenta. Ima veliki broj objavljenih radova u oblasti zdravstvene politike, strategije i menadžmenta.

Majkl O'Rurk (Michael O'Rourke) je stručnjak u oblasti zdravstvene zaštite, sa bogatim iskustvom u radu na visokim pozicijama u sistemima zdravstvene zaštite u Australiji, SAD i Velikoj Britaniji, uključujući članstvo u izvršnim upravljačkim timovima. Njegova ekspertiza obuhvata sledeće oblasti: unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite; strateško, operativno i korporativno planiranje; dizajniranje plana istraživanja; upravljanje projektima; finansijski menadžment; organizacioni razvoj; restrukturiranje sistema zdravstvene zaštite; monitoring i evaluacija.

Svoje bogato međunarodno iskustvo u oblasti zdravstvene zaštite stekao je radeći u različitim državama kao što su: Kina, Slovenija, Gruzija, Papua Nova Gvineja, Južnoafrička Republika, Vijetnam i Bangladeš. Vodio je velike projekte reforme sistema zdravstvene zaštite u Mongoliji i Tadžikistanu, a radio je i za mnoge velike organizacije kao što su: Azijska banka za razvoj (ADB), Svetska banka, Nemačka razvojna banka (KfW), Odeljenje za međunarodni razvoj (DFID), Program Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP) i Australijski program za pomoć (AusAID). Angažovan je kao predavač na master studijama u Školi javnog zdravlja u okviru Medicinskog fakulteta Univerziteta u Sidneju, na predmetima: menadžment u zdravstvu, zdravstveno planiranje, evaluacija i upravljanje međunarodnim projektima. Autor je mnogih istraživanja i radova na temu zdravstvenog menadžmenta objavljenih međunarodnim stručnim časopisima.

Milena Šantrić-Milićević je doktor medicine i specijalista socijalne medicine. Magistrirala je na polju zdravstvene politike i doktorirala na polju planiranja i razvoja ljudskih resursa za zdravlje. Zaposlena je kao asistentkinja u dodiplomskoj i posle diplomskoj nastavi na Institutu za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Učestvovala je u mnogim nacionalnim i međunarodnim projektima kao istraživač, predavač, organizator, evaluator i koordinator. Autor je preko 50 radova objavljenih u međunarodnim i domaćim časopisima, kao i poglavlja u knjigama. Njena osnovna polja interesovanja su: zdravstvena politika i menadžment, ljudski resursi za zdravlje i javno zdravlje.

Sonja Novak je specijalista epidemiologije, a zvanje magistra nauka u oblasti međunarodnog zdravstvenog menadžmenta i razvoja stekla je 2004. godine u Školi za politiku javnog sektora na Univerzitetu u Birmingemu u Velikoj Britaniji. Trenutno radi na doktorskoj disertaciji u oblasti zdravstvenog menadžmenta na Medicinskom fakultetu u Nišu.

Oblasti njenog interesovanja i istraživanja su procena zdravstvenih potreba, primena epidemiologije u zdravstvenom menadžmentu, liderstvo i upravljanje promenama u zdravstvenom sistemu, kao i koncepti uključivanja i učešća zajednice. Veliko iskustvo u radu stiče od 2001. godine, radeći u međunarodnim organizacijama na medicinskim projektima kao lekar i koordinator (MSF, CHF/USAID, SOFRECO/projekat finansira EU), u državnoj upravi kao konsultant i kao konsultant/saradnik u izvođenju nastave na master studijama iz menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Autor je i koautor nekoliko naučnih radova objavljenih u stručnim časopisima, kao i poglavlja knjige u oblasti zdravstvene politike i menadžmenta.

Zorica Terzić-Šupić je angažovana kao predavač na dodiplomskoj i posle diplomskoj nastavi u oblasti socijalne medicine, javnog zdravlja i primarne zdravstvene zaštite na Institutu za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta u Beogradu. Bavi se istraživanjem u oblasti zdravstvenog menadžmenta, strateškog menadžmenta, menadžmenta promena i izgradnje timova, kao i zdravstvene ekonomike i kvaliteta života. Dugi niz godina uključena je u različite domaće i međunarodne projekte.

Dopisni saradnici

Ime	Institucija	Zemlja porekla
Caroline Bayulken	Viši rukovodilac, Nacionalna zdravstvena služba: međunarodni konsultant u oblasti zdravstvenog menadžmenta	Velika Britanija
Profesor Petar Bulat	Profesor na predmetu medicina rada, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu	Srbija
Profesor Sandra Šipetić	Profesor na predmetu epidemiologija, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu	Srbija
Profesor Tanja Pekmezović	Profesor na predmetu epidemiologija, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu	Srbija
Profesor Gregor van der Beek	Profesor zdravstvene ekonomike, Univerzitet u Koblenču	Nemačka
Dr Jan Both	Konsultant Nacionalnog odbora za bolnice	Holandija
Sten Bang Christensen	Vođa projekta u oblasti zdravstvene zaštite u Srbiji	Danska
Profesor Jovan Filipović	Profesor na predmetu upravljanje kvalitetom, Fakultet organizacionih nauka	Srbija
Profesor Alan Hodgkinson	Pomoćnik dekana, Škola javnog zdravlja, Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom južnom Velsu	Australija
Dr Maja Krstić	Šef Odeljenja za razvoj softvera i administriranje baze podataka, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović – Batut”	Srbija
Heather MacDonald	Glavni savetnik za zdravlje, Australijski program za pomoć (AusAID)	Australija
Malcolm McGreevy	Viši rukovodilac, Nacionalna zdravstvena služba: međunarodni konsultant u oblasti zdravstvenog menadžmenta	Velika Britanija
Dr Roberta Marković	Šef Odseka za kvalitet i ekonomiku u zdravstvu, Institut za javno zdravlje, Niš	Srbija
Dr Slaviša Matejić	Ministarstvo zdravlja Republike Srbije	Srbija
Profesor Neil Marriott	Dekan, Fakultet ekonomike, prava i računovodstva, Univerzitet u Vinčesteru	Velika Britanija

Ime	Institucija	Zemlja porekla
Thea Mendelson	Vođa projekata u oblasti zdravstvene zaštite Australijskog programa za pomoć (AusAID) (jugoistočna Azija i oblast Pacifika)	Australija
Dr Anneli Milen	Nizozemski kraljevski tropski institut (KIT)	Finska
Dr Brian Potter	Vođa projekata u oblasti zdravstvene zaštite u Srbiji	Velika Britanija
Dr Aleksandar Radosavljević	Specijalista opšte medicine, Dom zdravlja Niš	Srbija
Vukašin Radulović	Izvršni direktor, Republički zavod za zdravstveno osiguranje	Srbija
Dr Jack Reamy	Konsultant za ljudske resurse u sistemu zdravstvene zaštite, Američka agencija za međunarodni razvoj (USAID)	SAD
Dr Matthias Reinicke	Zamenik direktora zdravstvenog sektora, AGEConsultants	Nemačka
Profesor Reijo Salmela	Savetnik za sisteme zdravstvene zaštite, Svetska zdravstvena organizacija i profesor na predmetu međunarodni sistemi zdravstvene zaštite, Univerzitet u Tampereu	Finska
David Simpson	Viši rukovodilac, Nacionalna zdravstvena služba: međunarodni konsultant u oblasti zdravstvenog menadžmenta	Velika Britanija
Dr Jasna Trbojević-Stanković	Specijalista interne medicine, KBC Dr Dragiša Mišović, Dedinje, Beograd	Srbija
Michael Weinhard	Vođa projekta u oblasti zdravstvene zaštite u Srbiji	Nemačka

Zahvalnost

Izradi ove zbirke doprineli su mnogi autori, prevodioci i stručni saradnici, a zahvalnost za poseban doprinos dugujemo Ani Marojević, za strpljenje i predanost tokom sređivanja i organizacije članaka; D. P. Kerniku (D. P. Kernick), koji je dozvolio korišćenje njegovih tekstova u oblasti ekonomije; Marku Poliću i Branku Cvetiću iz „Kuće štampe”, za profesionalizam i stručnost u pripremi publikacije za štampu.