UNIVERZITET U BANJOJ LUCI

EKONOMSKI FAKULTET

Vanja Kenjić

SISTEM UPRAVLJANJA KVALITETOM U FUNKCIJI STRATEŠKOG MENADŽMENTA: NOVI SINERGETSKO-HOLISTIČKI MODEL

DOKTORSKA DISERTACIJA

Banja Luka, 2022. godine

UNIVERSITY OF BANJA LUKA
FACULTY OF ECONOMICS

Vanja Kenjić

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN THE FUNCTION OF STRATEGIC MANAGEMENT: NEW SINERGETIC-HOLISTIC MODEL

DOCTORAL DISSERTATION

Banja Luka, 2022

INFORMACIJA O MENTORU I DOKTORSKOJ DISERTACIJI

Mentor: Prof. dr. Jovo Ateljević, redovni profesor, Ekonomski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci

Naslov doktorske disertacije: Sistem upravljanja kvalitetom u funkciji strateškog menadžmenta: novi sinergetsko-holistički model

Rezime: Neoliberalizam i globalizacija su posljednjih decenija identifikovani ključnim procesima koji utiču na slabljenje javne sfere. Različiti mehanizmi i postupci iz privatnog sektora prenose se i na javne ustanove, što je naročito kritično u području zdravstva i rada zdravstvenih ustanova. U zdravstvene ustanove se inkorporiše liberalni korporativizam. Prvo, kroz izražavanje sumnji u efikasnost postojećeg modela koji državi ne omogućuje konkurentnost na regionalnom ili globalnom nivou, drugo, kroz izražavanje zabrinutosti visinom troškova javne uprave i usluga, i treće, kroz naglašavanje potrebe tržišne orijentacije i potpune orijentacije ka korisniku. Pri tome se, primjenom redukcionističkog pristupa, u potpunosti zanemaruju ostale uloge koje zdravstveni sistemi trebaju imati u društvu, a naročito uloge humanističke i etičke prirode, kao i rasta i razvoja humanog kapitala. Uzimajući u obzir da je zdravlje osnovno ljudsko pravo, te preduslov za povećanje blagostanja, bogatstva i produktivnosti zemlje, bilo je neophodno istražiti teškoće u upravljanju i vođenju zdravstvenih ustanova (kompleksnost, ograničenja, nedovoljno znanje i sl.). U radu se istražuje mogućnost kreiranja novog modela koji bi objedinio fragmentisane dijelove sistema upravljanja kvalitetom (SUK-a/ DM modela), strateškog upravljanja zdravstvenom ustanovom, ali i profesionalnu edukaciju zdravstvenih radnika koji upravljaju ustanovama. Pokazuje se realna potreba za boljim konceptualnim okvirom koji će odražavati sve funkcije strateškog menadžmenta. Konfuzija između neophodnih menadžerskih znanja i razumijevanja konteksta okruženja, te inovacija u području medicinskih nauka, zbunjuje i kreatore kontinuirane profesionalne edukacije zdravstvenih menadžera.

Dakle, poistovjećivanje sistema upravljanja kvalitetom na zdravstvenoj ustanovi (upravljački model) i sistema kvalitete zdravstvene usluge (Donabedijanov model kvalitete zdravstvene usluge), dovodi i do tautologije unutar KPE zdravstvenih menadžera, gdje se najčešće miješaju jedinice iz medicine i biomedicine, sa sadržajnim jedinicama strateškog upravljanja, organizacionim performansama i upravljanjem kvalitetom. U radu se istražuje novi upravljački model koji bi simultanim unapređenjima i objedinjavanjem KPE, SUK-a, DM-a i SM-a stvorio jedinstveni generički upravljački okvir za zdravstvene ustanove.

Ključne riječi: sistem upravljanja kvalitetom (SUK), strateški menadžment (SM), menadžment u zdravstvu, Donabedijanov model (DM), kontinuirana profesionalna edukacija (KPE), sinergetsko-holistički model (SHM)

Naučna oblast: Društvene nauke

Naučno polje: Ekonomija i poslovanje

Klasifikaciona oznaka naučne oblasti: S 189

Tip odabrane licence Kreativne zajednice: CC BY-NC-ND

INFORMATION ABOUT THE MENTOR AND DOCTORAL DISSERTATION

Mentor: Professor Jovo Ateljević, PhD, University of Banja Luka, Faculty of Economics

T**he Title of the Doctoral dissertation:** Quality Management System in the function of the strategic management: new synergetic-holistic model

Abstract:

Neoliberalism and globalization have been identified in recent decades as key processes that weaken the public sphere. Various mechanisms and procedures from the private sector are also transferred to public institutions, which is especially critical in the field of health and the work of health institutions. Liberal corporativism is being incorporated into healthcare institutions. First, expressing doubts about the effectiveness of the existing model that does not allow the country to compete at the regional or global level, second, expressing concerns about the cost of public administration and services, and third, emphasizing the need for market orientation and full customer orientation. At the same time, by applying the reductionist approach, the other roles that health systems should have in society are completely neglected, especially the roles of humanistic and ethical nature, as well as the growth and development of human capital. Taking into account that health is a basic human right, and a precondition for increasing the well-being, wealth, and productivity of the country, it was necessary to investigate difficulties in managing and running health institutions (complexity, limitations, insufficient knowledge, etc.). The dissertation researches the possibility of creating a new model that would unite the fragmented parts of the quality management system (QMS / DM model), strategic management of the health institution, but also the professional education of medical professionals that manage institutions. There is a real need for a better conceptual framework that will reflect all the functions of strategic public management. Confusion between the necessary managerial knowledge and understanding of the context of the environment, and innovation in the field of medical sciences, confuses the creators of continuous professional education of health managers.

Thus, the identification of the quality management system at the health institution (management model) and the health service quality system (Donabedian's health service quality model) leads to a tautology within the CPE of health managers, where units from medicine and biomedicine are most often mixed with strategic management areas, organizational performance and quality management. The paper investigates a new management model that would create a single generic management framework for health care institutions through simultaneous improvements and unification of CPE, QMS, DM, and SM.

Key words: quality management system (QMS), strategic management (SM); management in health care (MHC), continuous professional education (CPE), sinergetic-holistic model (SHM)

Scientific area: Social sciences

Scientific field: Economics and Business

Classification Code: S 189

Type of the selected licence Creative commons: CC BY-NC-ND

Poštovanom Mentoru, prof. dr. Ateljeviću,
iskazujem iskrenu zahvalnost na
razumijevanju, te nesebičnoj
profesionalnoj i stručnoj pomoći
pri izradi disertacije.

1 UVOD 7
1.1. Problem istraživanja 13
1.2. Predmet istraživanja 18
1.3. Naučni i pragmatični ciljevi istraživanja 22
1.4. Metodologija istraživanja 23
1.5. Struktura rada 29
2. TEORIJSKI PRISTUP DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA 31
2.1. Terminološke odrednice strateškog menadžmenta 33
2.1.1. Znanja i vještine u strateškom menadžmentu 40
2.1.2. Obuhvat funkcija strateškog menadžmenta 50
2.2. Terminološke odrednice upravljanja kvalitetom 59
2.2.1. Znanja i vještine u upravljanju kvalitetom 66
2.2.2. Obuhvat sistema upravljanja kvalitetom i procesni model 71
2.3. Sistem upravljanja kvalitetom na EFQM modelu 75
3. STRATEŠKO UPRAVLJANJE ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA 79
3.1. Organizacija zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini 81
3.1.1. Organizacioni i pravni okvir u FBiH 85
3.1.2. Strateško upravljanje zdravstvenim ustanovama u FBiH 93
3.2. Struktura kontinuirane profesionalne edukacije zdravstvenih radnika 104
3.2.1. Top, srednji i operativni menadžeri – znanja i vještine 107
3.3. Sistem upravljanja kvalitetom po normi ISO EN BAS 9000ff 108
3.3.1. Uvod u ISO 9000ff 108
3.4. Sistem poboljšanja kvaliteta zdravstvene usluge baziran na DM modelu 111
3.4.1. Znanje, vještine i implementacija sistema prema DM modelu 112
4. IZRADA SINERGETSKO-HOLISTIČKOG (SH) MODELA 115
4.1. Struktura SH modela 117
4.1.1. Kontinuirana profesionalna edukacija top menadžera 118
4.1.2. Implementacija zahtjeva SUK-a (ISO 9001:2015) 121
4.1.3. Implementacija zahtjeva DM modela 126
4.2. Faze modela: veze i uticaji 130
4.2.1. Povezanost KPE i funkcija strateškog menadžmenta 130
4.2.2. Povezanost SUK-a i funkcija strateškog menadžmenta 134
4.2.3. Povezanost DM modela i funkcija strateškog menadžmenta 139
5. ANALIZE ISTRAŽIVANJA 143
5.1. Populacija i uzorak 143
5.2. Prikaz i analiza rezultata 144
5.2.1. Analiza istraživanja KPE u odnosu na funkcije područja SM 146
5.2.2. Analiza istraživanja SUK u odnosu na funkcije područja SM 157
5.2.3. Analiza istraživanja DM u odnosu na funkcije područja SM 169
5.3. Prijedlog novog teorijskog SH modela 176
6. DISKUSIJA 191
6.1. Sinteza rezultata istraživanja 192
7. ZAKLJUČAK 204
6.1. Glavni zaključci istraživanja 204
6.2. Ograničenja istraživanja 212
6.3. Naučni i pragmatični doprinos istraživanja 213
Literatura, prilozi, popis tabela, grafikona, shema i slika 216

1. UVOD

Ab ovo

Finansijska kriza koja je počela u Sjedinjenim Američkim Državama u septembru 2008. godine, prerasla je u globalnu ekonomsku krizu (Patel, 2010) i proširila se na praktično sve međunarodne organizacione strukture i nivoe odlučivanja (*G-7, G-20, MMF, Svjetska banka, OECD, Svjetska zdravstvena organizacija, Evropska unija).* Obzirom da je svijet svjedočio najvećoj krizi od Velike depresije 1929. godine, odmah se pristupilo procesu traženja rješenja i stvaranju institucionalnih okvira za sprečavanje daljeg razvoja krize. Najrazvijenije države svijeta institucijski okupljene i organizovane (*OECD*), prihvatile su činjenicu da je ova kriza razdoblje u kojem se, uz mjere za oživljavanje konjukture kao što je pružanje *posljednjeg utočišta* nelikvidnim finansijskim institucijama, moraju pripremati i provoditi promjene i reforme koje ostvaruju dugoročne efekte za izlazak iz krize. Osim mjera fiskalnog stimulusa i povećanja javne potrošnje u cilju prevazilaženja recesije koje su primijenjene u praktično svim razvijenim zemljama pogođenim krizom, Savjet za konkurentnost Evropske unije (*COMPET*) je na sastanku održanom 2009. godine unutar strukturisanog evropskog plana o ekonomskom oporavku donio zaključak da je neophodno podići nivo konkurentnosti. Evropska komisija (EC) je identifikovala unapređenje supervizije, transparentnosti i regulacije finansijskih tržišta kao ključne korake u cilju stabilizacije finansijskog sektora, ali i sprečavanja nastanka budućih kriza. Upravo je intenzivna deregulacija finansijskih tržišta, ideološki i praktično zasnovana na neoliberalnom učenju, omogućila preduslove za neodgovorno poslovanje i zloupotrebu osnovnih postulata procjene rizika od strane vodećih finansijskih institucija koji su u konačnom i doveli do razvoja krize. Neoliberalizam predstavlja najznačajniji politički i ekonomski pokret druge polovine dvadesetog vijeka (Mirowski & Plehwe, 2009). U ekonomskom smislu, osnovni principi neoliberalnog pokreta zasnovani su na ideji maksimalne deregulacije i slobodnog kretanja kapitala uz minimalnu intervenciju države na finansijskim tržištima. Neoliberali zastupaju tezu prema kojoj će oslobađanje individualnih preduzetničkih sloboda u uslovima slobodnog tržišta i trgovine dovesti do dobrobiti čovječanstva (Harvey, 2005). U tom smislu država zadržava pravo intervencije u cilju održavanja sigurnosti svojih građana, dakle u sektorima kao što su odbrana, sudstvo i policija.

Globalizacija, kao projekt tržišnog fundamentalizma zajedno sa snažnom industrijalizacijom razvijenih zemalja zapada omogućila je stvaranje globalnog konteksta za primjenu neoliberalnih ideja već krajem '60-ih godina prošlog vijeka. Ipak, većina autora prepoznaje kraj '70-ih i početak '80-ih godina kao ključne godine za razvoj hegemonije neoliberalnog kapitalizma. Građani Velike Britanije, duboko pogođeni decenijom stagflacije, 1979. godine za premijerku biraju Margaret Thatcher koja je svoj ekonomski program u potpunosti zasnovala na neoliberalnom odbacivanju socijalne solidarnosti i jačanju radikalnog individualizma, deregulacije i privatizacije. U Sjedinjenim Američkim Državama, 1981. godine, Ronald Reagan postaje predsjednik i slijedi neoliberalne reforme provedene u Velikoj Britaniji.

Pod uticajem neoliberalizma nastaje i pristup Novog javnog menadžmenta (NPM), koji se u prvom periodu implementirao upravo u Engleskoj, te u Švedskoj krajem ’70-ih godina 20-og vijeka (Bleiklie, 2018). Politički razvoj koji je vodio snaženju neoliberalizma u Švedskoj nastao je kao posljedica ekonomskih teškoća devedesetih godina, koje su dovele i do promjene svijesti o javnom sektoru.

Neoliberalizam i globalizacija identifikovani su ključnim procesima koji utiču na slabljenje javne sfere, zajedno sa pratećim procesima privatizacije i tržišne orijentacije (marketizacije), te povećanjem konkurencije (Hammerschmid & Meyer 2005).

Različiti mehanizmi i postupci imanentni privatnom sektoru transferisali su se i provodili u javnim institucijama. S ciljem unapređenja ključnih elemenata odgovornosti, efikasnosti i efektivnosti javnih institucija provodile su se različite forme koordinacije, izgradnje mreža ili participacije. Slične prakse mogu se primijetiti i u kasnijim inicijativama EU koje uključuju sljedeća načela: otvorenost i transparentnost, efikasnost i efektivnost, odgovornost, pouzdanost i predvidljivost (Misita, 2010). Iako ne predstavljaju obavezne dijelove pravne stečevine EU, prethodno navedena načela mogu se smatrati vodećim u pristupnim pregovorima zemalja u procesu priključenja EU. Kroz predstavljanje lanca problem-rješenje u reformama javnog sektora Geert (2009) u svom tekstu navodi čak pet modela reformi u zemljama Centralne i Istočne Evrope, ističući pri tome, kako svaka nova reforma u cilju rješavanja postojećih problema, generiše nove probleme (što se dešava prvenstveno usljed neuvažavanja konteksta u kojem se reforme odvijaju). Uzimajući u obzir navedeno, važno je pomenuti da je BiH prošla niz *šokova* u veoma kratkom vremenskom periodu od tri decenije. Ovi procesi su započeli uvođenjem višepartijskog parlamentarnog sistema, a nastavili se prolaskom kroz ratno i postratno iskustvo. Postratno iskustvo se vremenski poklapa sa tranzicionim i globalizacijskim efektima koji su na socioekonomsku sliku zemlje imali snažan uticaj.

Posebno mjesto unutar reformi javnog sektora stoga zauzima zdravstveni sektor, imajući u vidu činjenicu da je zdravlje osnova dobrobiti te ključni preduslov za povećanje produktivnosti jedne zemlje (Todaro & Smith, 2015). Obrazovana i zdrava radna snaga ima značajan uticaj na ekonomske performanse zemlje. Kako bi se ostvarile koristi razvoja modernih tehnologija i povećanja produktivnosti, zemlje u tranziciji obavezne su prvenstveno reformisati obrazovni i zdravstveni sistem (Barr, 1996). Obzirom na navedeno, može se zaključiti da, obrazovanje i zdravstvo predstavljaju osnovne ciljeve razvoja zemalja u tranziciji. Međuzavisnosti i interakcije strategije (ili strateškog menadžmenta) i kvaliteta u procesima reformi mogu donijeti mnogostruke koristi za javni sektor (zdravstvo), socijalnu i demografsku sliku zemlje (stanovništvo), te ekonomiju zemlje (kroz povećanje produktivnosti radnosposobnog stanovništva). Stoga istraživanje ovih interakcija strategije i kvaliteta predstavlja važan zadatak sa stanovišta naučne, ali i praktične primjene. Značaj zdravlja na ukupan rast, razvoj te blagostanje i produktivnost države postaje jasno i kroz sagledavanje posljedica pandemije virusne respiratorne bolesti uzrokovana novim koronavirusom SARS-CoV-2 (WHO, 2020) krajem 2019. godine, koja još uvijek traje.

Strategija kao izraz skovana je u Ateni oko 500. godine p.n.e., gdje je *stratego* obuhvatalo atensko ratno vijeće koje je imalo veliku političku i vojnu moć. Etimološki gledano, strategos ili general izvodi se iz stratos (vojska) i agein (voditi), pa je tako u izvornom smislu strategija *umijeće vođenja vojske* (Meissner, 2010). U Staroj Grčkoj *stratezi* su bili članovi posebnog Vijeća koje je donosilo odluke o pokretanju ratova ili sklapanju mira. Djelo *Umijeće ratovanja* Sun Tzu-a iz 5. vijeka p.n.e. smatra se jednim od prvih djela posvećenih strategiji, te kao takvo predstavlja jedno od izvorišta misli o strategiji. Danas se primjenjuje u politici i savremenom poslovanju. Sun Tzu spoznaje važnost proučavanja i analize za planiranje i vođenje ratnih operacija. Strategija je, među ostalim, vještina predviđanja i usmjeravanja vođenja vojnih i političkih događaja, koja uključuje i kreativne elemente (Sun Tzu, 2009).

Neki od najvažnijih mislilaca za razvoj strateškog menadžmenta kao i same discipline menadžmenta, su Henry Fayol, Igor Asnoff, Peter Drucker, Henry Mintzberg i Michael Porter. Frederic Taylor smatra se osnivačem naučnog menadžmenta. U knjizi *Principi naučnog menadžmenta* (Taylor, 1911) razradio je filozofiju baziranu na optimiziranju rada ljudi kako bi se povećala efikasnost njihovog rada. Alfred Chandler (1962) fokusira se na analizu tri dimenzije strategije: potrebe definisanja ciljeva, definisanja plana akcije ili koncepcije, tj. kako djelovati da bi se postigao cilj, te definisanje potrebnih resursa. U osnovi, dobra poslovna strategija treba dati odgovore na pitanja o mogućnosti prilagođavanja promjenjivim uslovima, o rasporedu resursa, o pozicioniranju preduzeća i proizvoda/usluge u odnosu na konkurenciju, te o akcijama i pristupima jačanju preduzeća. Steiner (1979) naglašava da se strategija odnosi na ključne odluke o pravcima djelovanja, da obuhvata svrhu i misiju, kao i važne aktivnosti neophodne da bi se postigli glavni pravci djelovanja. Kao takva, strategija odgovara na pitanja o tome šta bi organizacija trebala raditi, čemu teži i kako će to postići. Michael Porter (1996) istražuje razlike strategije i operativne efektivnosti, naglašavajući da operativna efektivnost ne može biti sama strategija. Autor primjećuje da su menadžerski alati (TQM, benčmarking, autsorsing, reinžinjering) gotovo neprimjetno zauzeli mjesto strategije, te da menadžeri posljedično (bavljenjem unapređenjima, a ne strategijom) udaljavaju firme od održive konkurentske pozicije. Efikasno upravljanje javnim sektorom danas, zahtijeva od javnih ustanova razvoj kapaciteta za primjenu strateškog menadžmenta kao centralnog menadžerskog procesa koji integriše sve ključne aktivnosti i funkcije i usmjerava ih prema unapređenju i ostvarenju organizacione strateške agende (Poister & Streib, 1999). McBain i Smith (2010) ističu da je strateški menadžment postao standardno sredstvo kojim menadžeri u javnom sektoru kreiraju vrijednosti i oblikuju organizaciju.

Sagledavajući skup poslovnih aktivnosti koje obavljaju menadžeri danas, mogu se razlikovati sljedeće međusobno povezane i međusobno uslovljene menadžerske funkcije: (1) strateški menadžment (strateško vođenje), (2) organizovanje, (3) menadžment ljudskih resursa, i (4) operativno vođenje (Šunje, 2002). Brojni teoretičari definisali su strateški menadžment kao proces koji u manjoj ili većoj mjeri obuhvata navedene elemente povezane sa okolinom, resursima, pozicioniranjem i jačanjem preduzeća. Certo i Peter (1996) definišu strateški menadžment kao kontinuirani, iterativni proces usmjeren na održanje organizacije kao cjeline primjereno oblikovane prema svojoj okolini. Pearce i Robinson (2011) definišu strateški menadžment kao grupu odluka i akcija koje rezultuju formulacijom i implementacijom planova oblikovanih za ostvarenje ciljeva, dok Bahtijarević-Šiber, Sikavica i Pološki -Vokić (2008) strateški menadžment definišu kao proces kojim menadžeri postavljaju misiju organizacije, temeljne dugoročne ciljeve organizacije, razvijaju strategije za postizanje tih ciljeva, te preduzimaju sve potrebno za provedbu planova kojima žele ostvariti postavljene ciljeve. Obzirom na širinu teorijske i praktične definicije menadžmenta može se reći da strateški menadžment predstavlja kompleksan pojam koji se može odnositi na: grupu ljudi u organizaciji (menadžere), menadžerski proces, te naučnu disciplinu. Strateški menadžment (strateško vođenje) je po mnogo čemu centralna menadžerska funkcija. Uloga strateškog menadžmenta je da kroz proces strateškog promišljanja osmisli organizacionu viziju, artikuliše poslovnu misiju, te oblikuje poslovnu strategiju kao obrazac poslovnog ponašanja koji bi trebao za rezultat imati ostvarenje poslovne misije i vizije.

Tipurić (2012) definiše strateški menadžment na sljedeći način: *kroz postupak strategijskog menadžmenta oblikuje se što organizacija želi biti (vizija i misija), te načini ostvarenja "željenog stanja" (strategija), tako da se strategijski menadžment s pravom naziva i strategijsko vođenje (engl. leadership) koje upravo i ima za cilj osmisliti "kuda" (vizija i misija) i "kako" (strategija).*

Harvard Business Review (Martin, 2010) objavljuje članak o provedenom istraživanju poznate (Dimon & Bossidy) doktrine kojom se naglašava, *da je izvršenje strategije ključ strateškog uspjeha svake organizacije*. U članku se analizira ideja briljantne strategije koja je loše implementirana. Postavlja se pitanje kako znati da je strategija briljantna ukoliko proizvodi loše rezultate. Još davne 2000. godine Okumus i Roper zaključuju da: *Izvrsne strategije ne vrijede ništa ukoliko ne mogu biti implementirane,* dok drugi autori potvrđuju da se manje od 50% formulisanih strategija zaista i implementira (Mintzberg, 1994; Hambrick & Canella, 1989; Miller & Dess, 1996). Ovdje se može naći uporište u tvrdnji da funkcija strateškog planiranja (bez obzira na moderne alate koje koristi) ne može zamijeniti sve druge funkcije strateškog menadžmenta (Lega, Ferre & Cuccurullo, 2012). Iz navedenog slijedi da je neophodno razviti konceptualni okvir koji simultano obuhvata sve funkcije strateškog menadžmenta (ne samo planiranje), ali pri tome ne zanemaruje razlike između top menadžera koji osmišljavaju i koriste strateške funkcije i svih ostalih koji ih u praksi provode.

Veza između strateškog menadžmenta i sistema kvaliteta je definitivno etablirana u '70-im i '80-im godinama prošlog vijeka, što je evidentno i u literaturi iz tog perioda. Tako Garvin (1988) ističe da upravljanje sistemom kvaliteta predstavlja sastavni dio procesa strateškog planiranja. Peters i Waterman (1982) su kroz svoja istraživanja prikazali da su najkonsistentniji faktori koji se ocjenjuju unutar organizacija *kvalitet, pouzdanost i usluga*. Garvin i ostali autori 90-ih godina prikazuju pomjeranja u razmišljanju unutar top menadžmenta, usko povezujući kvalitet sa profitabilnošću, te posmatrajući ga isključivo finansijskim elementom u procesima strateškog planiranja. Calingo (1996) smatra ovakav pogled na kvalitet izuzetno uskim i navodi da se ne može smatrati kompetitivnom prednošću, već mora obuhvatiti cjelokupan sistem. Ukoliko kvalitet treba zaživjeti unutar organizacije, mora se odnositi na sve aspekte poslovanja i na cijelu organizaciju, budući da su sve aktivnosti i funkcije međusobno povezane.

U proteklih 20-ak godina javljaju se različiti teorijski i aplikativni koncepti kvaliteta u javnom sektoru. Počevši od onih koji kvalitet posmatraju kao višedimenzionalno područje sa različitim fokusom i aspektima: kvalitet kao izuzetnost; kvalitet kao perfekcija ili konzistentnost; kvalitet kao svrsishodnost; kvalitet kao vrijednost za novac; kvalitet kao transformacija, sve do pokušaja korištenja određenih menadžment alata za efikasno upravljanje organizacijom, kao što su Balanced ScoreCard (Kaplan i Norton, 1996), Strateške mape (Voelker, Rakich i French, 2001; Norton, 2006; Wicks i St. Clair, 2007; Wu i Kuo, 2012), Organizaciono učenje (Seok Hee et al., 2007; Hovlid et al., 2012) i sl., s ciljem evaluacije i ocjenjivanja kvaliteta poslovanja i performansi određene organizacije. Zanimljivo je da su svi dosadašnji teoretski i empirijski modeli sistema upravljanja kvalitetom, te vanjskog ocjenjivanja modela nastali upravo objedinjavanjem postojećih metoda, alata i tehnika iz područja menadžmenta (Weale, 2007; Dominquez-Mayo, 2012), te postojećeg know-how iz područja edukacije (temeljeno na osnovnom Donabedijanovom modelu kvaliteta zdravstvene ustanove).

Distinktivnost usluge koja utiče na percepciju korisnika, kao prvi bitan element kvaliteta, te upotrebna vrijednost za korisnika, kao drugi element, daju veliki doprinos kreiranju kompleksnog konstrukta kvaliteta. Aristotel piše o kvalitetu kao *razlici jedinki*. Na posredan ili neposredan način kvalitet je tumačen vjerovatno još od nastanka ljudskog društva (Fedayeva, 2018). U Hamurabijevom zakoniku ili *Knjizi mrtvih* koja propisuje procedure pokopa faraona, već su date neke odrednice kvaliteta proizvoda (gradnje) ili procesa (procedure pokopa). Kineski car Qin Shi Huang propisao je da roba koja dolazi u carsku palatu mora imati oznaku porijekla, a u slučaju neispravnosti proizvođač bi bio kažnjen (Šofranac, 2008).

Pomenuti primjeri samo daju naznaku o stalnoj prisutnosti kvaliteta među ljudima. Ipak, tek je u 20. vijeku započelo nešto što bi se moglo okarakterisati kao promišljanje kvaliteta. Naravno, pojavljivali su se različiti pristupi i tumačenja kvaliteta, zavisno od pristupa i polja interesovanja autora. Crosby (1979) kvalitet smatra besplatnim, jer ustvari ono što košta je nekvalitet i potreba obavljanja dodatnih aktivnosti, nastala kao posljedica lošeg provođenja ili nedostatka aktivnosti. Taylorov (1911) pristup kvaliteti imao je naglasak na produktivnost, ali i negativan efekat na kvalitet. Početkom 20. vijeka prvi put se uvodi procesni pristup u postupke vezane za kvalitet. Otac statističke kontrole procesa bio je Walter Shewhart (1931; 1939) čiji je najvažniji izum bio čuveni PDCA krug. Deming (1938; 1943), Juran (1951; 1986) i Feigenbaum (1945; 1961) uvode fokus na tri fundamentalna menadžerska procesa, planiranje, kontrola i poboljšanje uz isticanje zadovoljstva korisnika (Mandru, 2011). Kaoru Ishikawa (1980; 1985) je 70-ih godina prošlog vijeka uveo koncepciju sveobuhvatne kontrole kvaliteta na nivou organizacije. Genichi Taguchi razvio je nove, specijalizovane tehnike u području kvalitete (1957). Fokus kvaliteta stavlja isključivo na zadovoljstvo korisnika i imidž organizacije (Kackar, 1989). Philip Crosby (1979) predstavnik je nove, zapadne škole kvaliteta, smatrajući da je jedina mjera performansi trošak kvaliteta, tj. trošak neusklađenosti proizvoda/usluga. Odgovornost uprave, mjerenje kvaliteta kroz troškove kvaliteta, jasno isticanje filozofije *0 defekata,* te potrebe da svi zaposleni shvate značenje kvaliteta, predstavljaju glavne odrednice Crosbyjevog pristupa. Ove su odrednice velikim dijelom u saglasnosti sa opštim zaključcima koji se mogu vidjeti i u pristupu drugih značajnih autora (Deming, Juran, Feigenbaum) - kvalitet najviše utiče na uspjeh preduzeća, te daje stratešku važnost menadžmentu; odgovornost top menadžmenta i svih zaposlenih za kvalitet (Summers, 2005; Lazibat, 2009).

Još od 1960. godine poznata je tehnika strateškog upravljanja kvalitetom pod nazivom *Hoshin Kanri* (ho-metod, shin-usmjeravanje, kanri-planiranje) razvijen od strane Yokogawa Hewlett-Packard, koja se koristi za ukupnu kontrolu sistema i TQM-a (Nicholas, 2016). Pomoću ovog modela pokušala se popraviti funkcija strateškog planiranja pomoću integracije strateških ciljeva na operativnom nivou, implementacije PDCA kruga na upravljanje poslovnim procesima, metodologijom paralelnog planiranja i izvršavanja (Tennant & Roberts, 2003). Međutim, *Hoshin Kanri* se ipak odnosi samo na jednu funkciju strateškog menadžmenta, a to je planiranje (komponente: formulisanje plana, razvoj odjela, implementacija i audit). Walsh (2006) je sintetisao različite konceptualne modele u jedan sveobuhvatni pristup strateškom upravljanju kvalitetom, predloživši okvir za integraciju kvaliteta i strategije. Komponente koje obuhvata ovaj model su: kontinuirana poboljšanja u kvalitetu usluga, veća odgovornost za razvoj, veća fleksibilnost u prilagođavanju potrebama korisnika i smanjenje troškova kroz poboljšan kvalitet. Njegov model takođe ne nudi integraciju ciljeva kvaliteta, strategije, resursa i mjerenja ishoda, te je previše fokusiran na smanjenje troškova.

U javnim zdravstvenim ustanovama, kao što je ranije navedeno, menadžeri imaju najmanje uticaja na finansijski menadžment zdravstvene ustanove, ali i provedena istraživanja dokazuju da finansijski menadžment ovdje ima najmanju ulogu (Calingo, 1996, op.cit.). McLaren (1984), Bays (1986) i Batchelor, Butler i Jellinek (1987) su fokus na kvalitet u zdravstvu pronalazili u poboljšanjima kvaliteta pojedinih aktivnosti koje se provode na nivou zdravstvene usluge. Wowk (1990), Claus (1991) i Batalden (1992) godine počinju sa pretvaranjem filozofije i koncepta kvaliteta u konkretne pokušaje kreiranja modela sistema osiguranja kvaliteta kroz razvoj i implementaciju pojedinih menadžerskih alata unutar zdravstvene ustanove (Nwabueze, 1995). Appel (1991) i Weiner (1992) u teoriji prvi put pokušavaju kreirati zajedničke indikatore kvaliteta zdravstvene usluge putem istraživanja rezultata implementacije unutar bolnica (Weiner et al. 2006). Članci koje su objavila ova dvojica autora dugoročno su doprinijela povezivanju sistema osiguranja kvalitete i poboljšanja kvalitete, zanemarujući stepenicu u razvoju sistema kvalitete (sistem upravljanja kvalitetom).

Al-Assaf (1993), a zatim i Nichols i Zallar (1997) počinju se oslanjati na rezultate sistema kvaliteta na američkim zdravstvenim ustanovama primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa. Njihova odrednica implementacije kvaliteta veže se direktno za totalno upravljanje kvalitetom, gdje je u potpunosti preskočen nužni dio implementacije sistema upravljanja kvalitetom. Sloves (1999), Burstin i Attree (2001), Meurer i Larson, te Willis (2002) smatraju da je nakon implementacije osiguranja kvaliteta potrebno krenuti u poboljšanja i da se zdravstvene ustanove mogu akreditovati u odnosu na poboljšanja koja prikazuju nakon implementacije osnovnog Donabedijanovog modela kvalitete zdravstvene usluge. Na određen način, sistem kvaliteta posmatra se isključivo kao paralelni sistem postojećim upravljačkim sistemima. Clancy i Cronin (2005), Halvorson (2005) i Gorgos (2006) fokusiraju svoja istraživanja na indikatore kvaliteta, procese mjerenja, analize i poboljšanja, ali isključivo unutar temeljnih procesa i vezano za pružanje zdravstvene usluge. Shershneva (2007), Hellinger (2008) i Humphreys (2008) fokus vraćaju na zadovoljstvo korisnika/pacijenata pruženom uslugom (uključujući i uposlenike), ali prvi put proširuju mjerenja i na ostale interesno-uticajne grupe (osim osnivača, partnera i na akreditacijske agencije i kuće).

Pojedini autori uočavaju ***procesni karakter*** **strateškog menadžmenta** (Certo i Peter, 1993; Pearce i Robinson, 2005, op. cit.). Važno je naznačiti da se **sistemi kvalitete baziraju upravo na procesnom modelu**, što ukazuje na sličnosti pristupa i širok prostor mogućnosti usklađivanja. Naime, između pojedinih funkcija menadžmenta postoje odgovarajuće veze koje samom menadžmentu daju karakter sistema. U prilog tome, Koontz i Weihrich (2009) prikazali su sistemski koncept menadžmenta, baziran na modelu *input-transformacija-output*, odnosno procesnom modelu.

Zdravstvene organizacije su često veliki pluralistički koncepti u pluralističkim okvirima i postoji mnogo istraživanja koja se bave ovom tematikom (Boyne, 2002; Meyer et al., 2006; Cristofoli & Longo, 2007). Teškoće u upravljanju i vođenju zdravstvenih ustanova, uzrokovane njihovom kompleksnošću, ali i moći koju stavljaju u ruke pojedinaca, te konflikti interesa internih i eksternih upravljačkih sistema, stvaraju takođe i poteškoće u komuniciranju i provođenju eksplicitnih, koherentnih i jedinstvenih strateških pravaca. Postojeća literatura (akademska, stručna i istraživačke studije) o strateškom menadžmentu u organizacijama/ustanovama javnog sektora često posuđuje teorije, tehnike i alate iz poslovno orijentisanih konteksta.

Uticaj gore pomenutog NPM-a ogleda se u prenosu instrumenata, tehnika i alata (ali i zahtjeva interesno-uticajnih grupa) iz privatnog u javni sektor. Rad menadžera u javnom sektoru nije adekvatno reflektovan u postojećim upravljačkim okvirima. Postoji realna potreba za boljim konceptualnim okvirom koji će odražavati sve funkcije strateškog javnog menadžmenta. Npr. Weingartova klasična studija (1993) istražuje procese donošenja odluka u odnosu na nabavku tehnologije u dvanaest velikih medicinskih centara. Njegovi rezultati pokazuju da je finansijski uticaj projekta bio najčešće korišten kriterij odlučivanja, ali da su u slučaju zdravstva finansijski uticaji bili najmanje važni (u odnosu na uticaj tehnologije na kvalitet ukupne zdravstvene njege i zadovoljstva korisnika). U posljednjih petnaest godina, među akademskim radnicima fokus je stavljen na strateški menadžment unutar organizacija javnog zdravstvenog sektora (Meier et al., 2006). Literatura pokazuje da se tema dalje fokusira na osiguravanje menadžerskih alata za dostizanje boljih performansi, čime se potvrđuje uticaj racionalizma NPM-a u reformama u području zdravstvenog sektora. NPM naglašava da ustanove javnog sektora moraju usvojiti prakse strateškog planiranja kako bi poboljšale dugoročno upravljanje, vođenje javnih ustanova te poboljšale performanse u turbulentnom okruženju (Alford, 2001, Barzelay, 2001). Lega (2012) tvrdi da se, uzimajući u obzir ovu perspektivu, pojam strateškog planiranja često greškom poistovjećuje sa pojmom strateškog menadžmenta (iako čini samo jedan njegov dio).

Konfuzija između neophodnih menadžerskih znanja i razumijevanja konteksta okruženja, te novosti u području same medicine zbunjuje i kreatore kontinuirane profesionalne edukacije zdravstvenih menadžera. Dakle, poistovjećivanje sistema upravljanja kvalitetom na zdravstvenoj ustanovi (upravljački model) i sistema kvalitete zdravstvene usluge (Donabedijanov model kvalitete zdravstvene usluge), dovodi i do tautologije unutar KPE zdravstvenih menadžera (Fentahun & Molla, 2012), gdje se najčešće miješaju jedinice iz medicine i biomedicine, sa sadržajnim jedinicama strateškog upravljanja, organizacionim performansama i upravljanja kvalitetom. Kao što je već predstavljeno upravljanje zdravstvenim ustanovama se posmatra pod pojmom menadžerskih znanja i vještina, dok se kvalitet pridružuje isključivo u području zadovoljstva korisnika i monitoringa određenih indikatora direktno vezanih za zdravstvenu uslugu. Jaz koji se može vidjeti jeste potpuno zanemarivanje izgradnje sistema kvalitete u odnosu na zadovoljstvo korisnika, te kreiranje indikatora performansi zdravstvenih usluga i proizvoda, mjerenja, analize i poboljšanja. Pri tome, u cjelosti se zanemaruje procesni model, konzistentnost procesa i jednak razvoj druge dvije vrste procesa – upravljačkog i procesa podrške.

1.1.Problem istraživanja

Upravljanje javnim zdravstvenim organizacijama mora uzeti u obzir dvije dimenzije ustanove: njenu javnu prirodu s jedne strane, te posebnosti/specifičnosti konteksta zdravstvene usluge, s druge strane. Allison (1993), Van de Bij i Broekhuis (1998), Larson & Muller (2002), Boyne (2002), Ictenbas i Eryilmaz (2011), te Benazić (2012) potvrđuju neophodnost fokusa na nekoliko aspekata javnih organizacija (zdravstvenih ustanova): javne ustanove imaju *veliki broj interesno-uticajnih strana* koje imaju svoje zahtjeve i stavljaju ograničenja na rad zdravstvenih ustanova. Često su zahtjevi različitih eksternih grupa (npr. onih koji plaćaju poreze i onih koji primaju usluge) u konfliktu. Javne organizacije su *otvoreni sistemi* na koje se jednostavno utiče eksternim faktorima, naročito uzimajući u obzir neophodnost usklađivanja usluga sa zahtjevima korisnika i javnim potrebama.

Iste takođe podliježu u značajnoj mjeri *političkim odlukama* kroz promjene fokusa i politika na nivou ustanova, kao i odabirom javnih menadžera pod pritiskom političkih partija. Javne organizacije imaju posebne ciljeve (naročito zdravstvo), kao što je jednakost i odgovornost unutar društvene zajednice, dok isti zahtjevi ne postoje u privatnom sektoru. Javne zdravstvene organizacije su često razvučene u mnogo pravaca tj. očekuje se da doprinesu opštem razvoju zajednice, izvode sve svoje primarne aktivnosti, simultano uključujući i koristeći menadžerske alate privatnog sektora uz *vrhunaravne vrijednosti efikasnosti i efektivnosti* (Arrowsmith et al., 2000; Porter & Lee, 2013). Veća birokratija organizacija javnog sektora nameće se zbog birokratskih procedura za donošenje odluka, istovremeno smanjujući autonomiju menadžera koji u javnoj organizaciji imaju manje slobode u donošenju odluka (Lega, 2012, op. cit.).

Organizaciona izvrsnost bilo kojeg biznisa, preduzeća ili ustanove prvenstveno zavisi o njenoj sposobnosti da prepozna i predvidi uvijek mijenjajuće potrebe svojih korisnika, te strukturiše svoje aktivnosti u skladu s tim. Kvalitet se u posljednjih desetak godina smatra strateškim ciljem svake organizacije. Literatura daje različite uvide, kako teorijske, tako i praktične pokušaje integracije strategije i kvaliteta u formulaciji strateških planova, te njihovoj uspješnoj implementaciji (Ram, 2012). *Fokus na korisnika* i *kvalitet* dva su aspekta globalizacije koja se najviše tretiraju unutar reformi javnog sektora. Postoji ogroman neistražen prostor u usklađivanju strategija sa percepcijama korisnika, posebno u uslužnom sektoru. Odnos između strategije, organizacione strukture i organizacionih performansi posebna je tema literature strateškog menadžmenta (Nouri, 2013). Obično se navode dva temeljna oslonca konkurentske prednosti, a to su efikasnost i inovativnost. Medutim, fokusom na javne uslužne organizacije (uzimajući u obzir zahtjeve koji nemaju privatne organizacije), Hill navodi i dva dodatna, a to su kvalitet i potpuno razumijevanje i senzibilnost na zahtjeve korisnika (Šehić, 2002).

Kvalitet se uporno posmatra odvojeno od drugih konkurentskih prednosti organizacije, kao što su inovacije i fokus na korisnika. Pojedini članci najprestižnijih časopisa u području menadžmenta (Calingo, 1996; Bossink, 2002; Beer, 2003) bave se strateškom funkcijom kvalitete u menadžmentu inovacija, uvode sintagmu strateškog upravljanja kvalitetom, raspravljaju o povezivanju strategije i kvalitete (Beecroft, 2006), ali niko ne uviđa prednost generičkog modela SUK ISO 9001. **SUK ISO 9001 bi mogao poslužiti kao strateški okvir koji objedinjuje sve strateške funkcije (detaljnije objašnjeno u ISO 9004:2018), istovremeno implementirajući SUK na organizaciju, te posljedično izbjegavajući utvrđeni jaz između kreiranja strategije i njene implementacije.**

U 2006. godini Porter i Teisberg objavljuju knjigu o redefinisanju zdravstvenog sektora (kroz istraživanja i radove hiljada lidera zdravstvenog sektora i akademskih istraživača širom svijeta) u kojoj su predstavljeni brojni alati za poboljšanje kvaliteta, te alati za poboljšanje funkcije strateškog menadžmenta. Porter i Lee (2013) u svom članku objavljenom u Harvard Business Review pod nazivom *Strategija koja će popraviti zdravstvo* govore o neuspješnosti reforme zdravstvenih sistema koji se bore sa rastućim troškovima i nejednakom kvalitetom. Nakon uvođenja brojnih korekcija (vezanih za smanjenje mita i korupcije, smanjenje liječničkih grešaka, uvođenje kliničkih vodilja, te zadovoljenje zahtjeva pacijenata), nisu uvidjeli veća poboljšanja u sistemskom funkcionisanju zdravstvenih ustanova. Iz tog razloga oni predlažu fundamentalno novu strategiju koja se bazira na maksimizaciji ukupne vrijednosti za pacijenta (engl. *value based healthcare*).

Ciljevi zdravstvenog sektora su obično zamagljeni i nejasni, izuzev onih koji se odnose na jednak pristup zdravstvenoj usluzi i smanjenje troškova. Svi zahtjevi koji se postavljaju pred javne organizacije, na nivou strateškog menadžmenta već su obuhvaćeni i zahtjevima generičkog modela sistema upravljanja kvalitetom po normi ISO 9000ff (ISO 9000:2015; ISO 9001:2015 i ISO 9004:2018). Analiza okoline, procjena rizika, vođenje, misija, vizija, strategija, strateški ciljevi i ciljevi kvaliteta, fokus na korisnika, kvalitet odvijanja svih procesa, alati za mjerenja, analizu i poboljšanja ulaza, transformacije, izlaza i rezultata, već su predviđeni ovim generičkim modelom.

Postavlja se pitanje zašto ovaj generički okvir, odgovarajući za sve institucije/organizacije ranije nije integrisan kao model koji povezuje strateško upravljanje organizacijom i sistem upravljanja kvalitetom.

Umjesto toga, autori (više akademski istraživači, manje praktičari) smatrali su da uvođenjem TQM-a (kao alata za poboljšanje kvalitete) zadovoljavaju funkciju kvaliteta na strateškom nivou. Međutim, time su zanemarili činjenicu da svaka organizacija mora imati implementiran SUK da bi mogla primijeniti alate TQM-a. TQM će biti pojašnjen naknadno, ali ono što je važno izdvojiti jeste da *on predstavlja kontinuirano unapređenje radnih procesa s ciljem poboljšanja organizacione sposobnosti da isporuči visoko kvalitetnu uslugu* (Deming, 1986; Juran, 1989; Buzzel and Gale, 1987; Hackman and Wageman, 1995; Lawler et al. 1998; Hendricks and Singhal, 2001). Unutar zahtjeva generičkog SUK modela (tačke Norme od 4. do 10.) navedeni su svi elementi strateških funkcija (strateški menadžment) organizacije, uz djelimično isključivanje područja finansijskog menadžmenta.

Problem istraživanja postaje naročito značajan ukoliko se uzme u obzir da je u posljednjih petnaestak godina prisutna kriza povjerenja u javne zdravstvene ustanove, kojima se spočitava navodna nesposobnost da adekvatno odgovore zahtjevima pacijenata i društvenoj zajednici, te preuzmu odgovornost za rast i razvoj cjelokupne države. Oni koji kontrolišu finansiranje zdravstvenog sektora ne vjeruju da ustanove odgovaraju potrebama pacijenata i drugih interesnih grupa u zdravstvenom sektoru. Žestoki se napad na javne zdravstvene ustanove produbljuje, pa se isti smatraju *crnim rupama* u koje se slijeva novac (Lee, Vlaev i King, 2013; Tyagi et al., 2013). Odgovorom na provođenje strukturnih reformi javnog sektora može se smatrati implementacija sistema upravljanja kvalitetom unutar zdravstvenih ustanova, s ciljem povećanja transparentnosti, efikasnosti i efektivnosti poslovanja istih (Evans, 2009; Schmitt, 2010). Univerzalni problemi zdravstvene zaštite odnose se na pristup i kontinuitet zdravstvene zaštite, kliničku efikasnost, sigurnost pacijenata, zadovoljstvo korisnika primljenom uslugom i javnu odgovornost, zbog čega je unapređenje kvaliteta nosilac reformi zdravstvenog sistema u većini zemalja. Sve je prisutnija potreba za diferenciranom funkcijom menadžmenta kvaliteta u zdravstvu (a time i menadžmenta ljudskih resursa kao njegove neodvojive komponente), koja će stvoriti ambijent unapređenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga (Boulkedid, 2011; Kennedy, 2011).

Koncept kvaliteta zdravstvene usluge definisan je od strane **Avedisa Donabedijana** davnih 60-ih godina pomoću modela: struktura – proces – rezultati. Ovaj model je univerzalno prihvaćen i koristi se kako u akademskim istraživanjima, tako i u praksi širom svijeta, ali isključivo za razvoj standarda kvalitete zdravstvene usluge.

Donabedijan je definisao konceptualni i multidimenzionalni okvir kvalitete zdravstvene usluge. Kreirao je model koji se fokusira na tri glavne komponente: strukturu – proces – rezultate/ishode (Ammenwerth et al., 2007; Bahrami et al., 2007; Jlassi et al., 2007; Kunkel et al., 2007). Donabedijanova komponenta **strukture** fokusira se na statičke karakteristike osoblja koje osigurava zdravstvenu uslugu, kao i okruženje u kojem se ista odvija. Komponenta **procesa** obuhvata aktivnosti zdravstvene usluge pacijentu (dijagnoze, propisivanje lijekova i sl.), dok komponenta **rezultata/ishoda** obuhvata kvalitet zdravstvene njege koji se mjeri pomoću nekoliko indikatora (Hanae Ibn El Haj, 2013), npr. indikatori zdravlja, troškova zdravstvene njege, te zadovoljstva pacijenata.

Navedeni model je prihvaćen u zdravstvenim ustanovama širom svijeta, budući da predstavlja okosnicu, tj. osnovu modela kvalitete zdravstvene usluge preporučene od strane WHO (2002; 2008; 2014). Naravno, vremenom se mijenjao kontekst u kojem zdravstvene ustanove pružaju svoje usluge, te su se implementirale razne reforme zdravstvenih sistema. Na strateškom nivou zdravstvenih ustanova usvojen je TQM sistem (samo u vidu korištenja dodatnih alata za poboljšanja sistema kvalitete), te su se paralelno, kako je već objašnjeno, na nivou strateškog menadžmenta usvajali različiti i neprilagođeni upravljački alati (preneseni iz konteksta privatnih preduzeća i biznisa).

ISO 9001:2015 je međunarodni standard koji specifikuje zahtjeve elemenata za uspostavljanje sistema upravljanja kvalitetom i njegovo neprekidno poboljšanje. ISO 9001 priprema Tehnički komitet ISO TC 176 i potkomiteti za sistem osiguranja i upravljanja kvalitetom (Lamprecht, 1992; Mullan, 2001). Standard ISO 9001:2015 pokriva deset sekcija (klauzula). Prve tri su uvodne i uključuju opšte teme kao što su opseg, referentni standardi, termini i opisi. Tačka 4. norme govori o *kontekstu organizacije*, tačka 5. o *vodstvu*, tačka broj 6. o *planiranju*, tačka broj 7. o *podršci*, tačka 8. o *implementaciji/ provedbi*, tačka broj 9. o *vrednovanju učinka*, a tačka broj 10. govori o *poboljšanjima* (ISO, 2015). Dizajniran je tako da zadovolji osam osnovnih načela/principa **(koji ujedno predstavljaju i pojam savjesnog poslovanja** na kojem insistira i WHO, 2014): usmjerenost na korisnika, vodstvo (leadership), uključivanje uposlenika, procesni pristup, sistemski pristup upravljanju, stalna poboljšanja, međusobno korisni odnosi sa dobavljačima i najvažnije, donošenje odluka na temelju činjenica. Fokus je na efikasnosti, efektivnosti, transparentnosti i jednakom pristupu svima. Skepticizam vezan za primjenu ove norme odnosi se na njen nastanak, budući da potiče iz industrije. U zdravstvu ovaj standard može biti početna tačka prema upravljanju kvalitetom (Heuvel, 2006), uzimajući u obzir sve izazove sa kojim se nose zdravstvene ustanove usljed slabo definisanih procesa (Bell, 2010).

ISO 9001 procesni model koristio se za istraživanje kompatibilnosti i sa drugim modelima: odnos između ISO 9001 i Six-Sigma (Lupan, 2005); odnos između QMS-a i sistema upravljanja zaštitom (El Ayadi et al., 2007); kompatibilnost ISO i održivosti (Jasiulewicz-Kaczmarek, 2017); komparativna studija o ISO sertifikaciji i akreditacijama u zdravstvu (Guerra Bretaña, 2017.) i kompatibilnost ISO i specifičnih standarda kvaliteta za zdravstvo (Tošić, 2018).

Dosadašnjih 20 normi koje su propisivale upravljanje sistemom kvalitete prerađeno je u 4 osnovne: ISO 9000 Pojmovnik i rječnik; ISO 9001 Zahtjevi za upravljanje kvalitetom; ISO 9004 Upravljanje održivim uspjehom organizacije – QM pristup i ISO 19011 Smjernice za interne i eksterne revizije sistema za upravljanje kvalitetom, kao i posebne smjernice IWA 1 za zdravstvene ustanove. Budući da je ISO 9001:2005 generički standard i nije namijenjen isključivo zdravstvenim ustanovama, uvedene su smjernice IWA 1 za zdravstvene ustanove koje pomažu u razumijevanju karakteristika zdravstvenih ustanova, te mogu pomoći usklađivanju generičkog ISO modela i Donabedijanovog modela fokusiranog na zdravstvenu uslugu (Bureau regional de l'Europe de l'organization Mondiale de la Sante, 1998; Kelley and Hurst, 2006). Trenutno su smjernice za zdravstveni sektor povučene, i čeka se izdavanje novih smjernica vezanih za zdravstveni sektor.

Navedeno otkriva da zapravo sistem kvalitete mnogih zdravstvenih ustanova počiva na Donabedijanovom modelu kvalitete zdravstvenih usluga, nadograđenim TQM alatima za poboljšavanje kvalitete, prenesenim iz industrijskog sektora, ali neprilagođenim zdravstvu. Donabedijanov model kvalitete fokusiran je isključivo na kvalitet zdravstvene usluge, zanemarujući pri tome druge procese na zdravstvenoj ustanovi, te strateške funkcije iste. Hill (2020) smatra da postoje poboljšanja unutar kvaliteta zdravstvene usluge, ali da se ona odnose dominantno na administrativne funkcije, te funkcije pružanja zdravstvene usluge. Osseo-Asare i Longbottom (2002) fokusiraju se na pitanja vezana za trenutni nivo menadžerskih i liderskih vještina top menadžera, koje su ključne za efektivnu implementaciju preuzetih modela iz privatnih biznisa. Takođe, mnogo autora (vodeći Srikanthan & Dalrymple, 2002, kasnije i Painter& Mok, 2008, te Dollery et al., 2011) diskutuje o uvođenju menadžerijalističkih kultura u sistem upravljanja kvalitetom u javnom sektoru. Međutim gap u literaturi unutar zdravstvenog sektora, nalazi se u procjepu između ponuđenih teorija, metoda i tehnika strateškog menadžmenta - generičkih, istovremeno se u području kvalitete fokusirajući isključivo na kvalitet zdravstvene usluge u skladu sa osnovama modela ponuđenog 60-tih godina 20. vijeka. Jedini razvoj koji je zdravstveni sektor u području kvalitete ostvario, jeste unapređenje indikatora, ali isključivo unutar zdravstvene usluge kao temeljnog procesa ustanove (Becket &Brookes, 2008).

Budući da je Donabedijanov model fokusiran isključivo na zdravstvenu uslugu, da svaki top menadžer raspolaže čitavim spektrom alata za obavljanje pojedinačnih strateških funkcija, **postavlja se pitanje zašto ne postoji jedinstveni sistem koji će obuhvatiti strateško upravljanje zdravstvenom ustanovom, te sistem upravljanja kvalitetom u jednom modelu** (Ibn El Haj, Lamrini & Rais, 2013). **Dakle, problem istraživanja jeste nepostojanje jedinstvenog modela sistema upravljanja kvalitetom na zdravstvenim ustanovama, koji obuhvata sve procese i aktivnosti zdravstvene ustanove (ne samo zdravstvenu uslugu). Nepostojanje jedinstvenog modela SUK-a povećava fokus na aspekt strateškog planiranja, ali umanjuje fokus na implementaciju strategije.** Određeni autori čak smatraju da postoji i politička pozadina u neusvajanju jedinstvenog modela, budući da je tržište zdravstva pod velikim političkim uticajima i finansijskim previranjima.

Dakle, neka od pitanja na koje će se dobiti odgovor analizama i rezultatima primarnog istraživanja su:

- Kako top menadžeri procjenjuju svoja znanja i vještine u tim područjima stečena putem kontinuirane profesionalne edukacije?
- Da li je moguće pomoću narativne analize kreirati zajednički pojmovnik SUK-a i SM-a, te drugih pojmova vezanih za kvalitet u zdravstvu i strateško upravljanje;
- Koji elementi SUK-a zadovoljavaju funkcije strateškog menadžmenta?
- Da li je procesni model zahtjevan u normi ISO 9001:2015 adekvatan sistem upravljanja kvalitetom na zdravstvenim ustanovama?
- Da li je moguće implementirati sistem poboljšanja kvalitete ukoliko SUK nije prethodno uveden?
- Da li se akreditacija zdravstvenih ustanova temelji na DM modelu kvalitete?
- Da li je DM model odgovoran isključivo za poboljšanje kvalitete zdravstvene usluge?
- Ukoliko na zdravstvenoj ustanovi nije implementiran SUK, kako se onda mjeri kvalitet rada top, taktičkih i operativnih menadžera i uposlenika?

1.2. Predmet istraživanja

Obzirom na prethodnu diskusiju, predmet istraživanja je pozicioniran u okviru teorije strateškog menadžmenta i menadžmenta kvaliteta. Samim tim obuhvata mogućnosti povezivanja strateškog menadžmenta i sistema upravljanja kvalitetom unutar jednog okvira, s krajnjim ciljem poboljšavanja strateškog upravljanja javnim zdravstvenim ustanovama. Kako je već navedeno u samom problemu istraživanja, unutar strateškog menadžmenta *slaba karika* je uvijek sama implementacija strategije. S tim u vezi, predmet istraživanja bazira se na pretpostavci da bi se kreiranjem jedinstvenog modela (sa obaveznim dijelom KPE zdravstvenih menadžera) sistem upravljanja kvalitetom (ISO EN BAS 9000ff) kao funkcije implementacije same strategije) svojim elementima omogućio implementaciju planirane i kreirane strategije (kao funkcije strateškog menadžmenta). Predmet istraživanja bi obuhvatio mogućnost kreiranja sinergetsko-holističkog modela koji bi osim navedenog unutar SUK-a (tačke 4.-10.) obuhvatio i već postojeći Donabedijanov model sistema kvalitete fokusiran isključivo na zdravstvenu uslugu.

Da bi se detaljnije pojasnio sam predmet istraživanja i izbjegla tautologija u razumijevanju istih, neophodno je pojasniti različita razumijevanja pojma kvalitete, kao i njegovog mjesta unutar organizacije. U zavisnosti od same paradigme pojam kvaliteta može biti shvaćen na različite načine koristeći različite pojmove, oznake i modele. Jedini dogovor koji važi jeste da ne postoji konsenzus o tome kako definisati kvalitet u zdravstvenoj ustanovi, budući da nedostaje zajednički sistematski okvir, te zahvaljujući različitim opisima ovog koncepta (Blumenthal 1996; Brook et al., 1996; Saturno, 1999; Bengoa et al., 2006; Evans et al., 2001; Shaw i Kalo, 2003; Sunol et al., 2005). Razumijevanje temeljnih koncepata, dimenzija, alata za mjerenje te interesno-uticajnih strana u procesima donošenja odluka jeste ključ procjene sistema kvalitete koji postoje unutar zdravstvenih sektora zemalja Evropske unije. Od 1995. do 2015. godine većina zemalja počinje uključivati preferense i zahtjeve pacijenata te ih determinisati ključnim elementima sistema kvalitete (Brook, 1996, Shaw i Kalo, 2002), a kasnije i ostalih interesno-uticajnih grupa.

U američkoj literaturi (Kavaler i Alexander, 2014; Kongstvedt, 2013; Kennedy i Fiss, 2009) iznova govore o kvaliteti zdravstvenih usluga, te o upravljanju zdravstvenim uslugama (*management of healthcare*). U evropskoj literaturi (Van der Bij i Broekhuis, 1999; Van den Heuvel et al., 2005; Stephens i Ledlow, 2010 i Rotar-Pavlić, 2012) u području sistema poboljšanja kvalitete u zdravstvenim ustanovama te njihove akreditacije, stručnjaci prepoznaju isključivo kvalitet zdravstvene usluge temeljen na Donabedijanovom modelu (Donabedian, 1988) kvalitete zdravstvenih usluga (WHO, 2018). Pod mjerenjima, analizom i poboljšanjima podrazumijevaju isključivo indikatore koji se odnose na mjerenje isporučene zdravstvene usluge.

Pod upravljanjem kvalitetom u zdravstvenom sektoru obično se podrazumijeva postojanje nacionalnih/državnih agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu (NIAHO, JCI, itd.) ipak sve zemlje EU imaju vlastite državne agencije za unapređenje kvalitete u zdravstvu. Obzirom da je sertifikacija zdravstvenih ustanova u skladu sa zahtjevima norme ISO 9001 na kojoj se bazira sistem upravljanja kvalitetom izgubila na fokusu, zdravstvene ustanove se akreditiju za sistem kvalitete temeljen na Donabedijanovom modelu kvalitete zdravstvene usluge što dovodi do situacije u kojoj se većina zdravstvenih ustanova u zemljama EU bavi nadogradnjom (poboljšanjem) kvalitete usluga, prije nego je uopšte implementirala sistem upravljanja kvalitete na cijeloj ustanovi. Ovakav pristup omogućava poboljšanje zadovoljstva korisnika pruženom uslugom, ali fokusom na temeljni, zanemaruju se upravljački i procesi podrške.

Uzimajući u obzir da se generička norma ISO 9000ff može koristiti kao strateški model primjenjiv na cijelu instituciju/organizaciju, te da svojim zahtjevima udovoljava svim funkcijama strateškog menadžmenta, istovremeno osiguravajući simultano uvođenje sistema upravljanja kvalitetom, u ovoj tezi je (**ISO** 9001) predložen *nezavisnom podvarijablom*, te istražen u skladu sa namjernim uzorkom. Ukoliko se ovome doda i široko rasprostranjeni model kvalitete zdravstvene usluge (Donabedijanov model-**DM**), jednostavno je dokazati da je ISO 9001 širi model, koji unutar svojih zahtjeva (temeljni procesi – ISO, 2008; Ibn El Haj, Lamrini and Rais, 2013), obuhvata i kvalitet zdravstvene usluge po procesnom modelu (nezavisna *podvarijabla dva*) koja je, također, istražena unutar namjernog uzorka. *Treća nezavisna podvarijabla* koja je tretirana kao ulazni element i istražena u skladu sa namjernim uzorkom jeste kontinuirana profesionalna edukacija top menadžera zdravstvenih ustanova (**KPE**).

Istraživanje ove tri nezavisne podvarijable, rezultuje izgradnjom jedinstvenog sinergetsko-holističkog modela sistema upravljanja kvalitetom, koji predstavlja integrisani model strateškog upravljanja u zdravstvenim ustanovama.

Kako bi se mogli nositi sa izazovima zdravstvenog sektora, top menadžeri zdravstvenih ustanova imaju potrebu za stalnim profesionalnim usavršavanjem menadžerskih znanja i vještina – u daljem tekstu KPE (Nichol, 1990; Wooden, Robertson, Dawkins, 1994; Chase & Macfarlane 2006; Roemer, 2008). Ipak, do danas (Rosenzweig, 2013) pristupi KPE u upravljanju zdravstvenim ustanovama nisu se značajnije ukorijenili u zdravstvu (kao što je to npr. slučaj sa drugim sektorima). Najčešće se provode edukacije o menadžerskim znanjima i vještinama prema uzusima i alatima uzetim iz privatnih biznisa. Iz područja strateškog menadžmenta ova edukacija se većinom odnosi na strateško planiranje. Osim toga, top menadžeri u zdravstvu paralelno se edukuju i obučavaju i u novim inovacionim tehnologijama,

te regulatornim pitanjima (zakoni, podzakonska akta, standardi, nove politike i strategije na nacionalnim i supranacionalnim nivoima). Istovremeno, Porter insistira na kreiranju strategije unutar institucija od strane top menadžera, dok su isti u obavezi simultano rješavati dnevne probleme unutar institucija kojima upravljaju. Postavlja se pitanje koje to vještine top menadžeri, ali i drugi zdravstveni profesionalci (taktički i operativni menadžeri) moraju posjedovati kako bi efektivno izvršavali svoje menadžerske obaveze. Možda je to i nemoguće utvrditi kako impliciraju Bacon i Jakovich već 2000-te godine i kritikuju KPE zdravstvenih menadžera kao rascjepkano i nekonzistentno obrazovanje. Crow i Hartman (2006) pregledom curriculuma (nastavnih planova i programa) vodećih škola za menadžere u zdravstvu tvrde da su zadovoljena sva područja od osnovnog menadžmenta, strateškog menadžmenta, kvaliteta, finansija, marketinga, osiguranja, inovacija i sl. Međutim, i dalje je fokus na znanju i vještinama menadžera, te na njegovoj kognitivnoj i emocionalnoj inteligenciji (Goleman, 2010) u procesu donošenja svih odluka, pa tako i strateških (Hartman, Brockman & Henson, 2008). Treća nezavisna varijabla biće istražena na namjernom uzorku top menadžera koji su prošli KPE edukaciju (detaljnije u nastavku), te će se utvrditi njihova znanja i vještine kako u području strateškog upravljanja zdravstvenim ustanovama, tako i o sistemu upravljanja kvalitetom. Upravo smatrajući da kontinuirana profesionalna edukacija top menadžera zdravstvenih ustanova treba obuhvatiti obrazovne aktivnosti iz područja medicinske ekspertize (inovacije, tehnologije, lijekovi, e-komponenta i sl. - Fentahun & Molla, 2012) zanemaruju se menadžerska znanja i vještine neophodne za upravljanje zdravstvenim ustanovama.

Iako top menadžeri mogu savladati neophodne upravljačke vještine, ukoliko nemaju odgovarajuće upravljačke alate, ne mogu ih u cijelosti iskoristiti za efikasan i efektivan rad ustanove. Posebna strateška funkcija koju je neophodno razviti na nivou top menadžmenta zdravstvenih ustanova jeste upravo implementacija sistema upravljanja kvalitetom.

Budući da se SUK-om može obuhvatiti cijela ustanova i funkcije strateškog menadžmenta (svi procesi i aktivnosti), postoji ogroman propust u zakonskim i podzakonskim aktima koji se odnose na navedenu materiju. Iz ovako postavljenog problema i predmeta istraživanja, a uzimajući u obzir da je SUK po normi ISO 9001 najcjelovitiji generički model upravljanja, postavlja se pitanje ***zašto implementacija sistema upravljanja kvalitetom nije obavezna, kao strateški model upravljanja na nivou zdravstvenih ustanova?***

Zakon o sistemu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu (Sl. list Federacije BiH", broj 59/05, 52/11 *i* 6/17) ne prepoznaje sistem upravljanja kvalitetom, već načelo stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite, koji pokušava naglasiti značaj strateških ciljeva u reformama zdravstva Federacije tj. upravljanje zdravstvenim sektorom **orijentisano na kvalitet**.

Nerazumijevanje sistema upravljanja kvalitetom, kao strateške funkcije upravljanja zdravstvenim institucijama dovodi do analiza i mjerenja indikatora koji su vezani isključivo za zahtjeve struke (medicinska ekspertiza), a veoma malo pažnje se posvećuje strateškom upravljanju samim zdravstvenim ustanovama (Scanlon plan et al., 2012)[1].

[1] Prvi Scanlonov plan uspostavio je Joseph N. Scanlon (1897–1956). Scanlon plan je program podjele dobiti koji kombinuje liderstvo, ukupno obrazovanje radne snage i široko rasprostranjeno učešće zaposlenih sa sistemom nagrađivanja koji je povezan sa učinkom organizacije. Koriste ga razne javne i privatne kompanije s različitim uspjehom.

U Federaciji BiH, ali i u cijeloj Evropi fokus se stavlja isključivo na kvalitet zdravstvene usluge, čime se favoriziraju temeljni procesi, a velikim dijelom zanemaruju upravljački i procesi podrške. Kvalitet se mora pratiti i mjeriti u svim segmentima poslovanja zdravstvene ustanove, a ne samo u segmentu pružanja zdravstvenih usluga. Sistem upravljanja kvalitetom podrazumijeva planiranje, mjerenje, analizu, monitoring, izvještavanja, organizaciju, koordinaciju **svih procesa i aktivnosti** unutar zdravstvene ustanove. Iz tog razloga, ukoliko se žele osigurati preduslovi za uvođenje kvaliteta kao sastavnog dijela strateškog upravljanja zdravstvenom ustanovom, potrebno je osigurati kvalitetan menadžment istih, koji će kvalitet prepoznati kao nužan i afirmativan okvir cjelokupnog strateškog upravljanja. Ne treba zanemariti da strateško upravljanje u zdravstvu podrazumijeva i upravljanje orijentisano na osiguravanje pružanja kvalitetne i sigurne zdravstvene usluge (FMZ, 2008, str 15.). Iz gore navedenog postavlja se pitanje: ***da li je sistem kvalitete implementiran unutar zdravstvenih ustanova (AKAZ)[2] isključivo sistem kvalitete zdravstvenih usluga (Donabedijanov model) čime su zanemareni ostali procesi ustanova?***

Unutar rada provedena su tri nivoa primarnog istraživanja. Prvi dio istraživanja odnosi se na znanja i vještine top menadžera zdravstvenih ustanova u području sistema upravljanja kvalitetom i u području strateškog menadžmenta (nakon provedene KPE edukacije), drugi se odnosi na to kako je moguće poboljšavati kvalitet ukoliko nije implementiran sistem upravljanja kvalitetom (odmah se sa sistema osiguranja kvalitete prelazi na sistem poboljšanja kvalitete) i treći dio koji se odnosi na isključivi fokus na kvalitet zdravstvenih usluga, zanemarujući ili djelimično uključujući ostale aktivnosti i strateške funkcije zdravstvenih ustanova.

Osnovni predmet istraživanja disertacije usmjeren je na tri glavna elementa. Prvi dio se odnosi na istraživanje znanja i vještina top menadžera zdravstvenih ustanova u području upravljanja kvalitetom i strateškog menadžmenta. **Drugi dio** se fokusira na nedovoljnu razvijenost i implementaciju sistema upravljanja kvalitetom u zdravstvenim ustanovama, temeljenu na procesnom modelu zahtjeva norme BAS EN ISO 9001:2015 (ISO EN 9001:2015). **Treći dio** istražuje jaz (gap) između postojećeg sistema kvalitete baziranog na DM modelu kvalitete zdravstvenih usluga i njegove nedostatke u odnosu na SUK.

Dakle, navedene nezavisne podvarijable (skraćeno nazvane **KPE, SUK i DM**) su kvantifikovane i mjerene na sljedeći način:

1. KPE - putem anketnih obrazaca (cca 40 pitanja), pomoću kojih se obavila samoprocjena znanja i vještina top menadžera (koji su prošli edukaciju KPE) iz područja sistema upravljanja kvalitetom i strateškog menadžmenta.
2. SUK - putem anketnih obrazaca (cca 60 pitanja), pomoću kojih se provjerila usklađenost postojećih QM sistema na zdravstvenim ustanovama sa zahtjevima norme ISO 9001.
3. DM – putem metode nestrukturiranog dubinskog intervjua (4 ispitanika top menadžera koji su akreditovali ZU u skladu sa DM modelom) u cilju ispitivanja usklađenosti znanja, vještina i implementacije DM sistema kvalitete u području ključnih procesa zdravstvenih usluga, te
4. Izgradnja novog teorijskog sinergetsko-holističkog modela (SH)

[2] Po uzoru na ostale evropske zemlje, Bosna i Hercegovina je na entitetskim nivoima razvila Agenciju za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH (AKAZ) i Agenciju za sertifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite u RS (ASKVA).

1.3. Naučni i pragmatični ciljevi istraživanja

Uvidom u dostupnu literaturu, akademske i stručne članke postaje jasno da se oni bave pojedinačno strateškim menadžmentom, zasebno sistemima upravljanja kvalitetom, totalnim i integrisanim upravljanjem kvalitetom, a posebno zdravstvenim ustanovama. Jedini sublimat ova tri područja moguće je pronaći u manjoj mjeri unutar strategija razvoja zdravstvenih sektora na državnim nivoima, te u određenim zakonskim obavezama (državnim i nadnacionalnim – evropske direktive i WHO) i agencijama za kvalitet u zdravstvu. Izuzev konsenzusa o potrebi postojanja ***sistema kvaliteta*** na zdravstvenim ustanovama, te konsenzusa o korištenju kriterija i indikatora za pojedine zdravstvene usluge na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, još uvijek ne postoji zajednički model SUK-a na nivou Evrope. Prvenstveno, potrebno je ustanoviti zajednički pojmovnik SUK-a unutar zdravstva, kreirati zajednički upravljački model, kako bi se tek kasnije sistem mogao ***poboljšavati*** upotrebom određenih alata. Istraživanje se provelo (uz pomoć kontrolnih pitanja) u cilju razgraničenja značajnih pojmova vezanih za SUK sa jedne strane, i strateški menadžment u zdravstvenim ustanovama sa druge strane. Rezultati istraživanja su doprinijeli izgradnji novog teorijskog SHM modela (sa tri nezavisne podvarijable KPE, SUK i Donabedijanov model). Novi model obuhvata oba pristupa *bottom – up* i *top-down*, **te služi kao strateški upravljački model koji objedinjuje funkcije strateškog menadžmenta i sistem upravljanja kvalitetom.**

Naučni ciljevi istraživanja ogledaju se u produbljivanju naučnih saznanja o strateškom i operativnom menadžmentu, gdje se SUK posmatra kao model strateškog upravljanja. Za razliku od prethodnog perioda u kojem je SUK često posmatran paralelnim modelom unutar određene organizacije/institucije/ustanove, posebno odvojenim od top menadžera (za koji su zaduženi menadžer kvalitete i PUK – predstavnik Uprave za kvalitet, koji imaju savjetodavne funkcije i obavljaju sva mjerenja procesa), novi model integriše sve predložene podvarijable. Na osnovu prikupljenih empirijskih podataka o sadašnjem stanju iskazanom u formi situacione analize, cilj je bio kreirati generički model SUK-a primjenjiv na svim nivoima zdravstvenog sektora, budući da recentna literatura ne poznaje jedinstven model, već smatra da se isti treba kreirati u odnosu na skeniranje i analizu okruženja.

Ovakav novi, hibridni model pojednostavljuje prekograničnu saradnju zdravstvenih ustanova, i pospješuje poslovno upravljanje. Izgradnja novog teorijskog modela bazira se na:

1. samoocjeni znanja i vještina top menadžera u području SUK-a kao strateške funkcije zdravstvenih ustanova (a nakon provedene edukacije u trajanju od 265 sati KPE nastave);
2. na stepenu implementacije sljedećih podelemenata SUK-a: kontekst ustanove, vodstvo, planiranje, podrška, provedba, vrednovanje, poboljšanja;
3. na istraživanju studije slučaja zdravstvenih ustanova u FBiH koje su implementirale sistem poboljšanja kvalitete u skladu sa Donabedijanovim modelom, te su akreditovane od strane AKAZ-a.

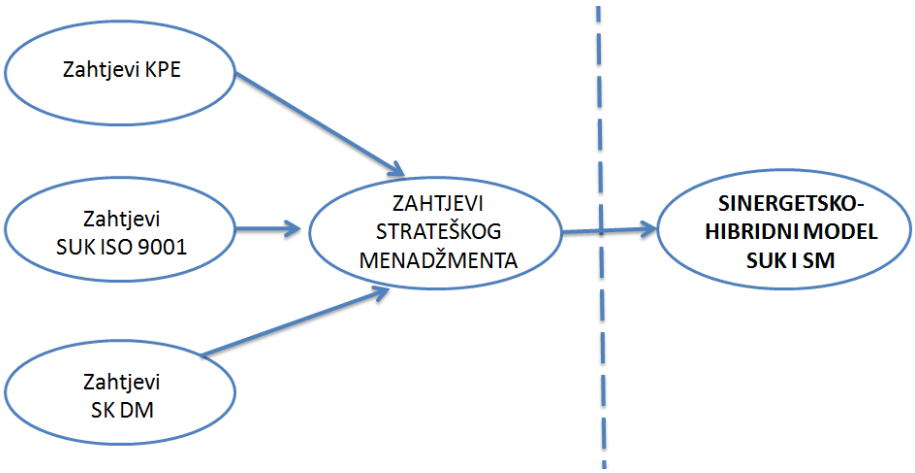
Dakle, konačni cilj istraživanja bio je ispitati sva tri nivoa novog predloženog modela u odnosu na funkcije strateškog menadžmenta. Time se postiže empirijski cilj istraživanja i testira validnost primarnih podataka koji imaju za krajnji cilj doći do spoznaje kako unaprediti sistem upravljanja kvalitetom, a time i obuhvatiti i funkcije strateškog menadžmenta.

Pragmatični ciljevi istraživanja ogledaju se u doprinosu novog jedinstvenog modela top menadžerima, ali i svim uposlenicima. Poseban doprinos, ogleda se u stvaranju organizacione kulture kvaliteta pomoću edukacije top menadžera o značaju i važnosti SUK-a, ali i razumijevanju SUK-a kao strateškog modela. Takođe, osim edukacije koja će podučiti zdravstvene radnike i profesionalce (top-menadžere) osnovnim elementima SUK-a i SM-a, implementacijom istog smanjiće se otpor zaposlenika prema promjenama, povećati društveno odgovorno poslovanje, a i zdravstvene ustanove će dobiti prilično jednostavan i sveobuhvatan upravljački model za SUK i SM. Ovako postavljeno istraživanje zadovoljava zahtjeve naučnog istraživanja (od objektivne stvarnosti do mišljenja – indukcija); zahtjeve tehničkih istraživanja fokusiranih na efikasnost upotrebe (od zamisli prema iskustvu - dedukcija).

U radu su prezentovane konkretne smjernice i preporuke simultanog odvijanja edukacije, implementacije SUK-a u skladu sa zahtjevima norme ISO 9001, te implementacije zahtjeva Donabedijanovog modela kvalitete zdravstvene usluge. Rezultati analize primarnog istraživanja upoređeni su sa zahtjevima strateškog menadžmenta. Rezultat istraživanja je usvajanje novog jedinstvenog upravljačkog modela, koji će direktno koristiti zdravstvenim ustanovama, pacijentima, osnivačima, partnerima i dobavljačima, a indirektno i cijeloj društvenoj zajednici unutar BiH. Takođe, istraživanje može pomoći i promociji novog modela širom Evrope i njegovom usaglašavanju na nivou preporuka WHO i EC. Poseban značaj novog jedinstvenog modela SUK-a je u poboljšavanju svih procesa i aktivnosti koje se odvijaju unutar zdravstvenih ustanova. Kvalitativni pomak koji je napravljen unutar ovog istraživanja jeste pomjeranje sa razumijevanja kvaliteta kao operativne funkcije, ka razumijevanju sveobuhvatnog okvira strateškog menadžmenta.

1.4.Metodologija istraživanja

Navedene veze, nezavisna varijabla i tri podvarijable, kao i dodijeljeni indikatori omogućavaju upoređivanje zahtjeva sa zahtjevima strateškog menadžmenta, te konstruisanje novog teoretskog sinergetsko-holističkog modela (SHM), koji objedinjuje SUK i funkcije strateškog menadžmenta u jedinstveni okvir. Prikaz izgradnje novog teorijskog sinergetsko-holističkog modela upravljanja zdravstvenim ustanovama dat je u nastavku.



Slika 1: Teorijski sinergetsko-holistički model SUK-a i SM-a (autor)

Prijedlog modela jeste da se prikupljanjem podataka svih nezavisnih podvarijabli, one uporede sa zahtjevima funkcija strateškog menadžmenta, te se na osnovu rezultata kreira novi model, koji prikazuje prednosti implementacije, budući da njegov okvir obuhvata funkcije strateškog menadžmenta i SUK-a. Rezultati istraživanja su eksplicitno prikazani u disertaciji, a dugoročno, novi kreirani model (ukoliko bude prihvaćen) može biti ponuđen AKAZ-u, kao i Federalnom ministarstvu zdravstva kao pilot projekt. S ciljem pojašnjenja varijabli u postavljenim hipotezama potrebno je izgraditi empirijski model stepena uticaja nezavisnih varijabli. Na osnovu definisanog problema, predmeta i ciljeva istraživanja, izvršenog pregleda dostupne literature (akademske i stručne) oblikovana je generalna radna verzija glavne hipoteze, te tri pomoćne hipoteze.

Hipoteza je određena tvrdnja (pretpostavka) koja treba objasniti neku pojavu i koju korištenjem odgovarajućih metoda treba provjeriti i dokazati. Ona je zapravo mogući odgovor na postavljeno pitanje u problemu, te predstavlja okosnicu istraživanja (Dow, 2005; Guala, 2010).

Slika 2: Proces naučnog metoda (Zikmund et al.,2012)

Radna hipoteza glasi:

H1 *- Objedinjavanje funkcija strateškog menadžmenta i sistema upravljanja kvalitetom ima direktan pozitivni uticaj na poboljšanje upravljanja zdravstvenim ustanovama.*

Sistem upravljanja kvalitetom podržava poslovno liderstvo, promoviše fokusiranost na korisnika, poboljšava kulturu ustanove, upravlja inovacijama, ali i pomaže menadžmentu da razumije probleme koji se mogu desiti ili dešavaju u radu ustanove. Takođe, osigurava operativnu dosljednost, kontinuirana poboljšanja, komunikaciju među zaposlenima, donošenje odluka zasnovanih na dokazima. Istraživanja su utvrdila da mnoge organizacije ostvaruju direktan finansijski povrat od implementacije sistema upravljanja kvalitetom. Sistem upravljanja kvalitetom zahtijeva od top menadžmenta da osigura da postoji uravnotežen niz ciljeva i rezultata koji zadovoljavaju potrebe svih IU strana. Implementacija SUK-a je u potpunosti kompatibilna sa okvirom i funkcijama strateškog menadžmenta i implementacija na ustanovi može pomoći funkcijama SM-a.

H1a *Kontinuirana profesionalna edukacija top menadžera ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta , a time i sistema upravljanja kvalitetom.*

Korištenje odgovarajućeg fleksibilnog okvira vezanog za istraživanje uloga okruženja i interesnih grupa usluga, korištenih metoda, ljudskih resursa, organizacione strukture i kulture je osnova za kreiranje prvog dijela elemenata modela, koji se odnosi na društveni sistem upravljanja kvalitetom na zdravstvenim ustanovama, funkcije strateškog menadžmenta, a provjerava se putem ispitivanja znanja i vještina top menadžera koji su uspješno okončali KPE iz zdravstvenog menadžmenta.

H1b *Zadovoljavanje zahtjeva norme ISO 9001 unutar zdravstvene ustanove ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta*

Menadžerski/ upravljački sistem odgovoran je za kreiranje i funkcionisanje organizacione strukture i upravljačkih procesa zdravstvene ustanove (kroz formalni dizajn, politike, podjelu odgovornosti, dokumentaciju, moć i autoritet), definisanje i provođenje misije i strateških ciljeva kao i svih administrativnih aktivnosti, a provjerava se putem utvrđivanja ispunjenosti zahtjeva tačaka norme ISO 9001:2015 (tačke od 4.-10.) unutar zdravstvene ustanove.

H1c *Implementacija zahtjeva DM modela kvalitete unutar zdravstvene ustanove fokusira se isključivo na temeljne procese procesnog modela, te ima djelimično pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta.*

Tehnički sistem podrazumijeva korištenje odgovarajućeg modela: input –transformacija - output (procesni model) u svim procesima i aktivnostima zdravstvene ustanove, što omogućava smanjenje područja nekvalitete, te efektivno i efikasno funkcionisanje ustanove. Zahtjevi Donabedijanovog modela (time i AKAZ-a) odnose se isključivo na temeljne procese. Pri tome je u cjelosti zanemarena uloga upravljačkih i procesa podrške koji direktno utiču na poboljšanje sistema upravljanja unutar zdravstvene ustanove.

Na osnovu opisanog predmeta, problema i ciljeva istraživanja moguće je identifikovati varijable, podvarijable i indikatore koji utiču na istraživanje. Prvu **nezavisnu varijablu čine funkcije strateškog menadžmenta u zdravstvu.** Njegov konceptualni okvir se sastoji od tri podvarijable (PV): Kontinuirana profesionalna edukacija - KPE (znanja i vještine u SUK-u i SM-u); SUK u skladu sa zahtjevima norme ISO 9001 (tačke norme 4, 5, 6, 7, 8, 9 i 10) i Sistem poboljšanja kvaliteta zdravstvene usluge DM (znanje, vještine i implementacija).

S ciljem ispitivanja problema neefikasnosti i neefektivnosti upravljanja zdravstvenim ustanovama, bilo je potrebno prvo provjeriti suficijentnost znanja i vještina top menadžera zdravstvenih ustanova u područjima sistema upravljanja kvalitetom, te strateškog menadžmenta. Iz tog razloga **nezavisna podvarijabla KPE** obuhvata dva dijela, nazvanim kompetencijama: 1. znanje top menadžera o SUK-u i strateškom menadžmentu i 2. vještine top menadžera u SUK-u i strateškom menadžmentu. Mjerljivi indikatori u tom slučaju (60 pitanja) su podijeljeni na postojeća znanja i vještine top menadžera top menadžera iz područja sistema upravljanja kvalitetom i iz područja strateškog menadžmenta. Anketa je temeljena na metodološki verifikovanoj KSA metodologiji provjere znanja, vještina i sposobnosti menadžera u zdravstvu. Uvedena je vrijednosna skala, bazirana na Likertovoj sa pridruženim vrijednosnim atributima koji najbolje predstavljaju znanja, vještine i sposobnosti ispitanika.

Druga identifikovana **nezavisna podvarijabla** odnosi se na implementaciju **sistema upravljanja kvalitetom**, tj. pregled aktivnosti unutar zdravstvene ustanove (tačke norme ISO 9001:2015). Mjerljivi indikatori u tom slučaju (ukupno130 pitanja) su podijeljeni na dva dijela, prvi dio (65 pitanja) temelji se na dihotomnim pitanjima i prikupljanjima informacija o postojanju funkcija i elemenata iz SUK-a i SM-a, a drugi dio se (65 pitanja) odnosi se na procjenu stanja SUK-a i SM-a na ustanovama u kojima top menadžeri, ispitanici rade.

Kvaliteta je u posljednjih dvadeset godina postala centralna preokupacija korisnika velikih kompanija, preduzeća i obrazovnih i zdravstvenih institucija u Evropi i svijetu. Usvajanje sistema kvaliteta mora biti strateška odluka svake organizacije. Primjena sistema upravljanja kvalitetom u organizaciji nalazi se pod uticajem različitih zahtjeva, određenih ciljeva, proizvoda ili usluga koje se nude, procesa, te veličine i strukture organizacije. ISO 9001 - je norma koja utvrđuje zahtjeve za ocjenu sposobnosti institucije da zadovolji potrebe korisnika, te je usmjerena na zadovoljavanje njihovih zahtjeva.

Druga nezavisna podvarijabla SUK- a se dijeli na sedam indikatora:

1.1. Kontekst ustanove (% usklađenosti ustanove sa zahtjevima norme ISO 9001, tačka 4.)
1.2. Vodstvo (% usklađenosti ustanove sa zahtjevima norme ISO 9001, tačka 5.)
1.3. Planiranje (% usklađenosti ustanove sa zahtjevima norme ISO 9001, tačka 6.)
1.4. Podrška (% usklađenosti ustanove sa zahtjevima norme ISO 9001, tačka 7.)
1.5. Provedba (% usklađenosti ustanove sa zahtjevima norme ISO 9001, tačka 8.)
1.6. Vrednovanje (% usklađenosti ustanove sa zahtjevima norme ISO 9001, tačka 9.)
1.7. Poboljšanje ((% usklađenosti ustanove sa zahtjevima norme ISO 9001, tačka 10.)

Treća identifikovana nezavisna podvarijabla odnosi se **na implementaciju Donabedijanovog modela kvaliteta zdravstvene usluge,** na kojima se zasniva i akreditacija AKAZ-a.

U ovom dijelu istraživanja cilj je bio provesti dubinske nestrukturisane intervjue sa top menadžerima koji su pohađali edukaciju AKAZ-a i akreditovali ustanovu po standardima AKAZ-a. Cilj je bio utvrditi da li se zahtjevi akreditacije AKAZ-a zaista temelje na Donabedijanovom modelu kvalitete **(DM model)** zdravstvene usluge i koji drugi dijelovi sistema upravljanja kvalitetom na zdravstvenoj ustanovi nisu obuhvaćeni tim modelom. Kao posljedica nerazumijevanja elemenata i značaja implementacije SUK-a na nivou cijele ustanove, DM model kvalitete zdravstvene usluge, a time i rad Agencije AKAZ fokusiran je isključivo na akreditovanje jednog temeljnog procesa – pružanja zdravstvene usluge i zadovoljstvo korisnika.

Sve navedeno je obuhvaćeno procesnim modelom temeljenim na Demingovom PDCA krugu. Realno nije moguće istraživati i mjeriti poboljšanja poslovanja i aktivnosti zdravstvene ustanove na svim nivoima (uključujući naravno i kvalitet zdravstvene usluge) ukoliko već ne postoji sistem upravljanja koji podrazumijeva postojanje mjerenja i analize ukupne strukture zdravstvene ustanove (prema procesnom modelu upravljački, temeljni i procesi podrške). Ovako shvaćen sistem poboljšanja kvalitete fokusira se samo na mjerenja i indikatore ekspertnog područja (medicine i najčešće se završava sa kliničkim vodiljama, ili mjerenjem npr. o.b. dana, slučajeva kongenitalne luksacije kuka, količine potrošene krvi po operaciji, broj bolničkih kreveta i sl.).

Međutim, razumijevajući značaj upravljanja zdravstvenim ustanovama jasno je da nije dovoljno formalno zadovoljiti određene elemente upravljanja ustanovom (npr. kreirati misiju, viziju, strateške ciljeve), ukoliko se ne izvršava neophodni reinženjering procesa, strateški plan i ciljevi se ne povlače direktno iz misije i vizije, strateški ciljevi nisu SMART ciljevi i ukoliko se sama strategija ne implementira. Cilj određivanja indikatora za treću nezavisnu podvarijablu jeste provjeriti da li zaista DM model obuhvata isključivo zdravstvenu uslugu i koji organizacioni dijelovi strateškog menadžmenta nisu obuhvaćeni ovim akreditacijskim modelom.

Treća nezavisna podvarijabla SUK- a obuhvata dva indikatora: znanja i vještine (top menadžera unutar zahtjeva postojećeg akreditacijskog modela) i implementacija DM kvalitete (zahtjeva i standarda postojećeg akreditacijskog modela) podijeljeni na šest osnovnih područja.

Ovi indikatori su se pratili isključivo unutar zdravstvenih ustanova koje su implementirale sistem poboljšanja kvalitete u skladu sa zahtjevima AKAZ-a (Donabedijanov model). Istražen je obim sistema kvalitete na cjelokupnoj zdravstvenoj ustanovi. Odnos indikatora znanja i vještina top menadžera temeljen na navedenom modelu s jedne strane, te implementacije sistema kvalitete zdravstvene usluge rezultuje otkrivanjem nepokrivenih upravljačkih područja. Komparativnom analizom modela SUK-a i DM se utvrdio i broj nepokrivenih područja, koji se odnosi na elemente strateškog menadžmenta.

2. **Zavisna varijabla jeste kreiranje novog sinergetsko-holističkog modela koji objedinjuje SUK i sve funkcije strateškog menadžmenta**.

Pomoću zadovoljavanja zahtjeva sve tri nezavisne podvarijable, te rezultata koji su analizom primarnih podataka dobiveni u odnosu na zahtjeve funkcija strateškog menadžmenta, kreiran je novi teorijski sinergetsko-holistički model koji može služiti kao okvir za sistem upravljanja kvalitetom i strateški menadžment zdravstvenih ustanova. Ovakav model bi se mjerio pomoću indikatora razvijenih unutar PDCA ciklusa. Procentualno se određuje 6 glavnih područja, u skladu sa EFQM modelom, i ta područja se boduju. U model su uključeni primarni podaci sva tri nivoa (KPE, SUK i DM) za različite dijelove modela. Naravno, Demingov krug pruža mogućnost sistemskog pristupa provođenju i realizaciji kontinuiranih poboljšanja. PDCA ciklus je važan za mjerenje poboljšanja procesa i stalno se nastavlja u spirali progresa za kvalitetu. Zasniva se na sakupljanju i analizi podataka.

Time se ujedno i mjere elementi upravljanja, tj. putem četiri osnovna koraka:

2.1. Plan (planiraj) – postojanje misije, vizije, ciljeva, definisanih upravljačkih, temeljnih i procesa podrške, plana unapređenja sa tačnim aktivnostima, rokovima, nosiocima aktivnosti, te kriterijima i mjerilima za ocjenjivanje efikasnosti realizovanog plana na cijeloj ustanovi.
2.2. Do (uradi) – realizacija strategije, realizacija svih procesa (uključujući zdravstvenu uslugu); implementacija operativnih planova u praksi u zadatom roku sa planiranim resursima.
2.3. Check (provjeri) – nakon implementacije vrši se provjera ostvarenih rezultata u odnosu na planirane ciljeve, u skladu sa utvrđenim kriterijima i mjerilima.
2.4. Act (djeluj) – preventivne i korektivne mjere, jedinstveni sistem mjerenja, analiza i poboljšanja na svim nivoima zdravstvene ustanove i dokaz da isti služe kao input za buduća strateška i operativna planiranja.

Demingov krug poboljšanja počinje uvijek analizom postojećeg stanja, nakon čega slijedi konstatacija problema. Zatim se proces konkretizuje putem navedena četiri koraka i nudi rješenje.

Nakon tačnog definisanja i utvrđivanja gore navedene hipoteze, definisan je problem i cilj doktorske disertacije. Nakon toga, izvršeno je pretraživanje dostupne relevantne literature, te sagledavanje i primjereno analiziranje dostupnih iskustava. Prije početka prikupljanja literature, tj. nakon odabira datih područja istraživanja pristupilo se bazi podataka ISI WoS (Thompson-Reuters). Ovo nije agregatna baza sa full tekstom, ali je neophodna jer se kroz nju može utvrditi da li je neko od istraživača već istraživao različite aspekte zadatog područja istraživanja i ukoliko jeste prikupiti neophodne podatke. Nakon pregleda ISI baze, pristupa se pretraživanju agregatnih baza podataka (sa full tekstom), booleanove pretrage (po istraživačima, ključnim riječima i temama). Dakle, pristupilo se prikupljanju sekundarnih podataka iz postojećih domaćih i međunarodnih stručnih i statističkih publikacija iz područja menadžmenta, strateškog menadžmenta, sistema upravljanja kvalitetom i zdravstvenog sistema. Analizom prikupljenih tercijarnih i sekundarnih podataka pokazala su se iskustva, stavovi, okolnosti i problemi sa kojima su se susretali profesionalci u područjima definisanim istraživanjem. Izbor redoslijeda prikupljanja podataka: tercijarni – sekundarni – primarni.

Korištene su **kvalitativne i kvantitativne metode pri analizi istraživanja**.

Kvantitativna metoda - obrada prethodno prikupljenih podataka, podrazumijeva realizaciju tri osnovne etape prije donošenja odluke o prihvatanju/odbacivanju generalne hipoteze: eksploatacija podataka (upoznavanje, evidentiranje i sređivanje prikupljenih podataka); analiza (klasifikacija, sažimanje, grupisanje, opis i predstavljanje podataka pomoću tabela, odgovarajućih grafičkih prikaza i sl.) i treća faza podrazumijeva interpretaciju dobivenih rezultata za analizirane parametre s ciljem provjere glavne i pomoćnih hipoteza.

Kvalitativna metoda - istorijska metoda primjenjuje analizu, sintezu, indukciju i dedukciju kroz određeni vremenski period. Dokumentaciona analiza i analiza slučaja su takođe korištene. Komparacijom se analizirao uticaj postojećih sistema kvaliteta unutar zdravstvenih ustanova, te poboljšanja koja su ostvarili u području kvaliteta zdravstvene usluge, a nekvaliteta u ostalim procesima zdravstvene ustanove (kvalitativna metoda kroz provođenje nestrukturiranih dubinskih intervjua). Konsultacije i pojedinačni nestrukturirani dubinski intervjui izvršeni su sa profesionalcima iz područja obuhvaćenih istraživanjem. Intervjui za pojedine oblasti (ili više oblasti istovremeno) uključivale su različite osobe, zavisno o njihovom stručnom angažmanu i mogućnosti da pruže korisne informacije.

Pri analiziranju prve, druge i treće nezavisne podvarijable korištene su kvantitativne i kvalitativne metode deskriptivne statističke analize s ciljem analize značaja vještina i znanja top menadžera zdravstvenih ustanova o sistemu upravljanja kvalitetom i strateškom menadžmentu, stečenim putem kontinuirane profesionalne edukacije iz zdravstvenog menadžmenta, te implementacije zahtjeva norme ISO 9001:2015 na zdravstvene ustanove u FBiH u skladu sa zahtjevima funkcija strateškog menadžmenta. Za analizu i provjeru određenih elemenata novog SH modela korištena je analiza koeficijenta korelacije ranga Spearmana. Zbog nemogućnosti pristupa zdravstvenim ustanovama i terenskog rada pri istraživanju (zbog pandemije), dobiveni podaci su se temeljili isključivo na procjenama i podacima dobivenim od strane top menadžera.

Kriterijumi za odabir ispitanika bili su: minimalno godinu dana upravljačkog iskustva na ZU; vremenski period od 2012-2022 (samo oni koji su slušali KPE program od 2011-2014). godine; top menadžeri zdravstvenih ustanova, srednji i operativni menadžeri u zdravstvu (grupacije: primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene ustanove, fondovi i zavodi). Popratnim pismom namjere su objašnjeni ciljevi istraživanja te zatraženo sudjelovanje učesnika.

1.5. Struktura disertacije i teorijski okvir

Struktura doktorske disertacije sastoji se od sedam poglavlja.

Uvod se sastoji od rezimea, definicija i pojmova na kojima se bazira rad, opisa problema istraživanja i predmeta istraživanja, svrhe i ciljeva istraživanja, generalne i pomoćnih hipoteza, nezavisnih i zavisnih varijabli i podvarijabli, metodološkog pristupa kroz opis metoda rada i istraživanja, te obrazloženje strukture doktorske disertacije.

Drugo poglavlje disertacije, pod nazivom *Teoretski pristup dosadašnjih istraživanja* bavi se teoretskim pristupom dosadašnjih istraživanja u području strateškog menadžmenta i sistema upravljanja kvalitetom baziranog na procesnom modelu, u skladu sa zahtjevima međunarodne norme ISO EN BAS 9001 i 9000ff. Dat je pregled terminoloških odrednica i istorijskog razvoja strateškog menadžmenta, kao i istraživanja o tome koja su potrebna znanja i vještine lidera, te je predočen i sistematizovan prikaz funkcija strateškog menadžmenta. Takođe, ovo poglavlje obuhvata osnove norme ISO 9000 ff kroz terminološke odrednice, normu 9001:2015, kao i ostale komplementarne dokumente i smjernice. U ovom poglavlju predstavljen je i model izvrsnosti temeljen na EFQM modelu, kao jednom od najrasprostranjenijih i najobuhvatnijih generičkih upravljačkih modela.

Treće poglavlje pod nazivom *Strateško upravljanje zdravstvenim ustanovama* daje kratak osvrt na trenutnu situaciju u Evropi i svijetu, uticaju pandemije COVID-19, globalne ekonomske krize, kao i trendova u zdravstvenom sektoru. Detaljno obrađuje dio koji se odnosi na uspostavu i strukturu zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini, sa posebnim akcentom na Federaciju BiH, kroz organizacioni i pravni okvir dijela zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini. U ovom dijelu je predstavljen razvoj i struktura programa kontinuirane profesionalne edukacije, koja čini osnovni zahtjev za sticanje pozicije lidera na top, srednjem ili operativnom nivou unutar zdravstvenog sistema FBiH. U nastavku poglavlja detaljno su prikazane zahtjevi tačaka norme ISO 9001:2015, ovaj put u direktnoj korelaciji sa zahtjevima svih tačaka (4.-10.), koja objašnjava primjenu norme na zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa. S ciljem objašnjenja sve tri nezavisne podvarijable, predstavljen je i Donabedijanov model (DM) kao sistem poboljšanja kvaliteta zdravstvene usluge, na kojem se temelji dosadašnji sistem kvalitete zdravstvenih ustanova u svijetu. Unutar DM modela predstavljene su znanje, vještine neophodne za implementaciju sistema, ali i elementi koji nedostaju.

U četvrtom poglavlju pod nazivom *Izrada sinergetsko-holističkog modela* predstavljeni su struktura i faze novog modela, te veze i uticaji elemenata modela. U prvom dijelu, predstavljen je program KPE, zahtjevi norme ISO 9001:2015, te zahtjevi DM modela, a u drugom dijelu 4.2. faze modela: veze i uticaji ispituju se i upoređuju zahtjevi KPE, SUK ISO 9001:2015, DM sa zahtjevima i funkcijama strateškog menadžmenta. Četvrto poglavlje predstavlja postepenu dekompoziciju pomenutih dijelova, s ciljem kasnije izgradnje novog teoretskog sinergetsko-holističkog modela (SHM), koji objedinjuje KPE, SUK i DM funkcije strateškog menadžmenta u jedinstveni okvir. Ispitivanje veza i uticaja elemenata modela sa funkcijama strateškog menadžmenta čini ključni dio izgradnje novog modela.

Peto poglavlje, pod nazivom *Analize istraživanja* uključuje detaljno predstavljanje karakteristika odabrane populacije i uzorka, te prikaz i analizu rezultata istraživanja. Dalja analiza fokusira se na sadašnje stanje dva područja: implementacija sistema upravljanja kvalitetom na zdravstvenim ustanovama i implementacija funkcija strateškog menadžmenta. Na osnovu izvedenih analiza daje se prijedlog novog teorijskog sinergetsko-holističkog modela (SHM), te validacije sastavnih dijelova elemenata modela putem analize koeficijenta korelacije ranga Spearmana. Pored predočenih i obrađenih rezultata strukturisanih anketnih upitnika, ali i dubinskih intevjua, u zaključnim razmatranjima istraživač daje dublji uvid u razumijevanje istraživačkog problema, te u skladu sa obavljenim primarnim istraživanjima (kroz strukturisane anketne upitnike za tri područja, te nestrukturisane dubinske intervjue sa top-menadžerima zdravstvenih ustanova) kreira novi teorijski sinergetsko-holistički model SH uvažavajući politički, ekonomski, društveni, tehnološki okvir u kojem zdravstveni sistem djeluje. Budući da se zaključci izvode na osnovu provedene analize, gdje je istraživač osnovni instrument, posebna pažnja se obratila na izbjegavanje tri moguće greške: *a) holistička (međuzavisnost); b) elitistička pristrasnost i c) urođenička objašnjenja.*

Šesto poglavlje *Diskusija* odnosi se na sintezu analize cjelokupnog rada. Posljednji dio disertacije odnosi se na ukupni pregled prethodno analiziranih područja i u njemu se ispituju pomoćne hipoteze, te se u skladu sa prethodnim nalazima i obavljenim istraživanjima potvrđuje ili odbacuje glavna hipoteza. Novokreirani teoretski model obuhvata sve neophodne funkcije strateškog menadžmenta, kao i sve funkcije i zahtjeve sistema upravljanja kvalitetom, kao i neohodne upravljačke kompetencije koje podržavaju funkcije strateškog menadžmenta.

U sedmom poglavlju *Zaključak*, krako se analizira ukupan doprinos disertacije, pomoćne, te glavna hipoteza. U nastojanju predviđanja najboljeg puta za Bosnu i Hercegovinu, definišu se implikacije istraživanja i sadržaja disertacije za teoriju, politike i dalja istraživanja. Dodatno, navode se i ograničenja studije koja sužavaju prostor sagledavanja svih aspekata kompleksnosti problematike.

Bosansko-hercegovački zdravstveni sistem, zdravstveni profesionalci, te ukupna javnost treba imati priliku kritički sagledati nove konstrukte i diskurse, koji većinom potiču globalnu primjenu DM, te se odrediti o adekvatnosti i društvenoj prihvatljivosti promovisanih i često nametanih reformi zdravstva. Radom se daje doprinos dekonstrukciji pristupa i uticaja pojedinih modela na kreiranje novog generičkog modela, primjenjivog za sve zdravstvene ustanove.

2. TEORIJSKI PRISTUP DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA

Ab urbe condita

Ekonomija, kao društvena nauka, bavi se ljudima i društvenim sistemima u kojima oni organizuju svoje aktivnosti s ciljem zadovoljavanja osnovnih materijalnih potreba, npr. hrana, stan, odjeća i nematerijalnih želja npr. obrazovanje, znanje, duhovno ispunjenje (Todaro & Smith, 2006).

Pored tradicionalne ekonomije, čiji je fokus prvenstveno na efikasnoj raspodjeli ograničenih proizvodnih resursa i optimalnom rastom, oblasti političke ekonomije i razvojne ekonomije predstavljaju naučna područja u kojima se ispituje međuzavisnost ekonomske i drugih sfera: društvenih, političkih, institucionalnih. Područje političke ekonomije, obzirom na proučavanje društvenih i institucionalnih procesa kojima pojedine grupe ekonomskih i političkih elita utiču na raspodjelu resursa (vlastita korist ili dobrobit stanovništva), je važno područje za shvatanje ukupnosti fenomena razvoja država i njegovih ekonomskih i društvenih izvora.

Društveno-politički sistemi različitih zemalja po pravilu naglašavaju značaj obrazovanja, a naročito visokog obrazovanja u razvoju zemalja. Deklarativna načela u praksi se često sukobljavaju sa objektivnim mogućnostima, obzirom na dati kontekst. Na primjer, provođenje neoliberalnih reformi u zemljama širom svijeta (Čile, Bolivija, Šri Lanka, Rusija...) na način koji Naomi Klein (2008) označava *doktrinom šoka* dovode do snažnih društvenih potresa i promjena, u kojima se nažalost nerijetko primjenjuje i nasilje pri provođenju *reformi*. Imajući u vidu ove i brojne slične primjere represivnih pristupa u realizaciji ideologija, nameće se potreba kvalitetnog izučavanja ekonomskih, političkih i društvenih fenomena, inkoherentnih konteksta i sistema, kako bi se pronašli pristupi primjereni datim okolnostima. Razvojna ekonomija, kao posebna oblast, bavi se formulisanjem odgovarajućih razvojnih politika *osmišljenih da utiču na najvažnije ekonomske, institucionalne i društvene transformacije cijelih društava* (Todaro& Smith, 2006. op. cit.) pri čemu javni sektor preuzima veću i odlučniju ulogu u odnosu na onu koju je imao u tradicionalnoj neoklasičnoj ekonomskoj analizi.

Znanja i sposobnosti analize i sinteze kompleksnih koncepata i pristupa, kao i prilagođavanja i upravljanja promjenama važne su karakteristike strateških lidera. Izazovi i trendovi u zdravstvenom sektoru na globalnom nivou uključuju pandemiju više sojeva Covid-19, uz pritisak bez presedana na međunarodni zdravstveni sektor, porast aktivnosti pružanja različitih bazičnih zdravstvenih usluga putem savjetovanja na daljinu, naročito na područjima izolovanih mjesta bez mogućnosti brze intervencije ljekara, pritisak na lance snabdijevanja opremom i potrošnim materijalima za zdravstveni sektor, povećanom prekograničnom mobilnošću medicinskih radnika itd.

U kontekstu obučenosti radnika za obavljanje poslova, društvo znanja fokusira se na sposobnost radnika da steknu nova znanja i specijalizuju se za nove poslove, čime sebi olakšavaju transfer između različitih poslova ili poslovnih funkcija. Ovi se procesi odvijaju na tragu maksime da su „samo promjene stalne“ (*Panta Rei* / Sve teče, sve se mijenja; Heraklit). Primjena znanja zahtijeva određeni nivo specijalizacije, te se razlikovanje novih radnika znanja od tradicionalnih radnika odvija primarno na tom planu. Radnici znanja mogu biti zaposlenici kompanije ili biti povezani s kompanijom (konsultanti, povremeni saradnici). Primjećuje se globalni rast

profesije frilensera (engl. *freelancers*) koji svoje primjenjeno znanje nude i prodaju različitim klijentima, posjeduju vlastita sredstva rada (čime teoretski mogu prevazići *otuđenost usljed neposjedovanja sredstava rada*, u odnosu na Marksove uvide), te u najvećoj mjeri imaju pokretljivost radnog mjesta obzirom da svoje usluge i proizvode mogu nuditi ponuđačima/klijentima širom svijeta. Kvalitativno, pitanje je da li se frilenser pomjera iz uloge koje su u prethodnim vjekovima imali najamni radnici ili ostaje dio prekarijata, ali sada u novom, tehnološki razvijenijem okruženju.

S ciljem postizanja razumijevanja osnovnih znanja i vještina neophodnih za efikasno i efektivno vršenje funkcija top menadžera u području strateškog menadžmenta, važno je definisati pojmove koji su integrisani u kovanicu. Budući na široki spektar dostupne literature i članaka, kao i nepostojanje jedinstvene studije koja predstavlja evoluciju i sistematizaciju dostupnih koncepata strateškog menadžmenta, u nastavku ćemo se fokusirati na istoriju razvoja, različite koncepte autora, kao i integrativne elemente strateškog menadžmenta. Čitajući literaturu vezanu za razvojne faze strateškog razmišljanja, postaje jasno da je ovaj fenomen prošao različite faze razumijevanja i semantičkog konteksta. Gotovo svaka organizacija na svijetu prolazi proces strateškog planiranja i strateškog upravljanja.

Još 80-tih godina je Jeffrey Backer (1980) podijelio istorijski razvoj strateškog menadžmenta na tri osnovna bazna razdoblja: 3000 godina p.n.e. i pad grčkih polisa, druga etapa obuhvata Rimsko carstvo i industrijsku revoluciju i treća period nakon Drugog svjetskog rata i budućnost. Budući da začetak pojma strategija leži u vojnoj terminologiji, najčešće se koristi u području vojne doktrine, poslovanja i vladavine. U prvoj fazi razvoja razvoju pojma su doprinijeli Machiavelli, Sun Tzu, stari grčki pisci Euripid, Sokrat, Homer, u drugoj fazi su to Shakespeare, Montesquieu, Kant, Hegel, Mill, Liddell Hart, a u trećoj fazi Von Neumann i Morgenstern, Drucker, Chandler, Ansoff, Gluck, McNichols, Steiner, Mintzberg, Hofer, Schendel itd. Cilj prve dvije faze je „efektivno iskorištavanje resursa zadovoljenjem ciljeva“, a treće „analiza internog i eksternog okruženja organizacije s ciljem maksimalnog iskorištavanja resursa za dostizanje ciljeva“ (Narikae & Lewa, 2017). Domenec Mele (2006) vrši podjelu strateškog menadžmenta po dekadama, od trenutka kada strateški menadžment počinje da biva zasebno naučno područje (50-tih i 60-tih godina), a u odnosu na njegov fokus u određenom periodu, autore koji su obilježili taj period, teme i ciljeve koji prevladavaju, kao i strateške alate i tehnike koji se fokusiraju u određenim razdobljima. Pojmovi strategije, strateškog menadžmenta i strateškog planiranja otvaraju raspravu o teorijskim pristupima, od konzervativnijih, koji posmatraju strategiju kao poslovnu logiku, racionalno i sekvencijalno, do najfleksibilnijih i najdinamičnijih, koji strateške procese shvataju kao proces povezan sa kulturalnim faktorima i faktorima znanja, politika i odnosa moći.

Važno je definisati sve integrativne elemente strateškog menadžmenta, upravo iz razloga problema koji utiču na različita razumijevanja pojmova strateškog menadžmenta, npr. između strategije i alata za efektivnost, te strategije i strateškog planiranja. S ciljem izbjegavanja nedostatka potpunog razumijevanja onoga što strateški menadžment zapravo jeste, u nastavku će biti date definicije samog pojma kroz različite istaknute autore koji su obilježili ovo područje do danas, ali i definicije sastavnica koje ulaze u područje strateškog menadžmenta.

2.1. Terminološke odrednice strateškog menadžmenta

Iako se začeci područja strateškog menadžmenta mogu pronaći još u najstarijim zapisima, čak 3000 p.n.e., i mada je sam pojam deriviran iz starogrčke riječi „strategos“, menadžment postaje naučnom disciplinom tek početkom 60-tih godina 20. vijeka. Postoje različite istorijske podjele razvoja strateškog menadžmenta po dekadama, kako teorijski, tako i praktično. Važno je istaći tri istorijske perspektive, koje su doprinijele nastanku i razvoju područja strateškog menadžmenta u određenom pravcu. Nakon Drugog svjetskog rata, dolazi do nestašice svih roba, uključujući i hranu i ostale osnovne potrebe za život. Fokus svih snaga za izgradnju se stavlja na racionalizaciju svih dostupnih resursa. Time postaje jasno da su počeci strateškog menadžmenta duboko ukorijenjeni i usko vezani sa istorijskom analizom.

Vaara (2018) smatra da ovaj problem nije prepoznat i da je uveliko zanemaren od strane drugih autora, koji nisu uzimali u obzir istorijsko razumijevanje i osjetljivost ovih tema, za vrijeme rasprava o definisanju strateškog menadžmenta ili njegovih integrativnih elemenata, a što je za posljedicu imalo nerazumijevanje ključnih tema. Smatrajući da razumijevanje istorijskog uticaja na strateški menadžment može doprinijeti boljem razumijevanju strateških procesa i praksi ukorijenjenih i definisanih kroz socioistorijsko okruženje područja, on dijeli razvoj strateškog menadžmenta na tri istorijska pristupa: *istorijski realizam* (baziran na ontoepistemološkom razumijevanju društvene stvarnosti i bitka, s ciljem razumijevanja šta se zapravo dogodilo u prošlosti), *interpretativna istorija* (interpretacija društvene realnosti kroz samog istraživača, tzv. mikroistorija kroz analizu specifičnih događaja i aktivnosti, koje se kasnije poopštavaju), te treća, *poststrukturalistički istorijski pristup* - interpretacija je bazirana na epistemologiji radikalnog konstruktivizma i cilja na dekonstrukciju istorijskih koncepata i pretpostavki (Vaara & Juha-Antti, 2016).

Ovaj pristup je naglašen upravo iz razloga različitih nivoa upotrebe strateškog menadžmenta, te vrsta analiza koje su potrebne sa njegovim razvojem. Ukoliko se uzme u obzir osnova strateškog menadžmenta, a to su odluke zasnovane na činjenicama, važno je razumjeti istorijski i socijalni koncept njegovog razvoja u zadnjih 60-ak godina. Postaje razumljivo zašto su dekadu 50-ih godina, dekadu nakon završetka Drugog svjetskog rata, obilježile teorije X i Y, kvantitativni menadžment, diverzifikacija, te menadžment zasnovan na ciljevima i sl.

Dugoročno planiranje je razvijeno još 1950-ih godina, jer je privreda nakon rata brzo rasla, zajedno sa potražnjom. Dugoročne prognoze i predviđanja su top menadžerima omogućila razvoj, kako proizvodnih, ljudskih i finansijskih planova, tako i distribucijskih i promotivnih. Morali su predvidjeti buduću potražnju za proizvodima i uslugama, te odrediti mjesta na kojima će se ta potražnja pojaviti. To naravno uključuje i relokacije, otvaranje novih postrojenja, prodajnih objekata, lanaca distribucije, ljudskih resursa i sl.

Drugi autori smatraju da je strateški menadžment određen razvojem teorije organizacije (Hadžiahmetović, 2008), pa razlikuju četiri faze razvoja: 1. *klasičnu teoriju organizacije* kroz administrativnu teoriju upravljanja (H. Fayol i sljedbenici), teorije naučne organizacije rada (F.W. Taylor i sljedbenici), teorija birokratske organizacije (M. Weber i sljedbenici); 2. *neoklasičnu teoriju organizacije* (tj. teorija međuljudskih odnosa unutar organizacije, od E. Philippo, J. Ettington, O. Sheldon, E. Mayo, M. Follet, A. Maslow, C. Argyris, D. McGregor,

F. Herzberg i dr.); 3. *savremene moderne teorije organizacije* (postindustrijski period malih i srednjih preduzeća; javlja se strukturalistički pravac, sociotehnološki, teorija sistema i sl, od E. Durkheim, N. Wiener, L. von Bertalanffy, A. Rapoport, K. Boulding, W. R. Ashby, M. Mead, G. Bateson, T. Peters, R. Watermman i dr., u ovoj fazi počinje brzi razvoj strateškog menadžmenta); 4. *postmoderna i ostale teorije i modeli* (Hadžiahmetović, Softić, Kulović, 2008).

Različite podjele razvoja strateškog menadžmenta zavise od autora koji su obilježili određenu dekadu, ali i fokusa samih podjela. Tako Ginter (2018) dijeli razvoj strateškog menadžmenta, njegov fokus i alate na sedam područja, od 1950-ih do 2010. godine. Narikae (2017) ih dijeli po dominantnim temama na korporativne strategije, planiranje i rast, a strategiju stavlja u centar donošenja menadžerskih odluka, kroz alate i koncepte SWOT-a, iskustvene krive i matricu udjela rasta (1960-te), na sadržaj i procese strateškog menadžmenta, s ciljem evaluacije i implementacije kritičnih aspekata formulisane strategije, a kroz alate i koncepte lanca vrijednosti (1970-te), na razvoj kompetitivnih prednosti kroz analizu pet sila atraktivnosti industrije za razvoj konkurentske prednosti pomoću generičkih strategija, a kroz model 5 sila i strategiju izbora (1980-te), na razvoj resursa i sposobnosti za kreiranje supstituta kao izvora održive konkurentske prednosti, a kroz sistem vrijednosti temeljnih kompetencija, VRIO, teorije igre (1990-tih), te na učenje, znanje i inovacije pomoću dinamičkih strateških modela u kojima organizacije vrijedne informacije, znanje i ostala neopipljiva dobra stiču kroz proces učenja, a kroz nove tehnološke sisteme integrisanih informacija (2000-te).

Najznačajnije teorije koje su dale značajan doprinos po dekadama, Ginter dijeli na 1950-te: Teorija X i teorija Y (McGregor, 1960), Menadžment po ciljevima (Drucker, 1954), Diverzifikacija, Kvantitativni menadžment (Suzuki, 1967), na 1960-te: menadžerske mreže (Blake & Mouton, 1964), T-grupe (Bradford et al., 1964), centralizacija vs. decentralizacija; na 1970-te: budžet zasnovan na nuli (Pyhrr, 1970), participativni menadžment[3], portfolio menadžment (Markowitz, 1952.), na 1980-te: teorija Z (Ouchi, 1982), organizaciona kultura (Jacques, 1951), TQM (Deming, 1951); na 1990-te: fokus na korisnika, poboljšanje kvalitete (Deming, 1982), reinženjering, benchmarking[4]; na 2000-te: six sigma[5], BSC (Kaplan & Norton, 1992), organizacije koje uče[6], plavi okeani (Kim & Mauborgne, 2004); na 2010-te: upravljanje znanjem[7], strateško mapiranje (Kaplan & Norton, 1994), crni labud (Taleb, 2007), analitika velikih podataka[8] i dr.).

[3] Više autora je doprinijelo razvoju participativnog menadžmenta Kurt Lewin, Douglas McGregor, Chris Argyris, H. Igor Ansoff, Michael Porter, zatim Carroll i Schuler, ali i raniji autori McGregor i R. Likert, Stanton, Lester Coch i John French, Kurt Lewin i Cotton.

[4] Začetnikom se smatra Gregory H. Watson, ali benchmarking u osnovi potiče od Demingove teorije QM-a.

[5] Začetnici six sigme: C.F. Gauss, Bill Smith, Deming, Juran, Philip Crosby, Armand Feigenbaum, Kaoru Ishikawa, Genichi Taguchi, Shigeo Shingo i dr.

[6] P. Drucker, Peter Senge, Alfred Chandler, Richard i Rebecca DuFour i Robert Eaker i drugi sljedbenici.

[7] Začetnikom se smatra Frederick W. Taylor, ali i njegovi sljedbenici koju su doprinijeli razvoju KM-a Choo, Weick, Nonaka i Takeuchi, Wiig, von Krogh i Roos, Boisot, Beer i Bennet/ Bennet.

[8] Arno Penzias i Robert Wilson dobili su Nobelovu nagradu za fiziku 1978. za otkriće onoga što je danas poznato kao kosmičko mikrotalasno pozadinsko zračenje. Penzias i Wilson pomogli su teoriji *velikog praska* da porazi svog primarnog rivala, *teoriju stabilnog stanja*, kao prevladavajući naučni model svemira.

Autor Kwok (2014) sa Hong Kong Instituta za tehnologiju, osnovnu podjelu i evoluciju menadžment teorija dijeli na tradicionalne teorije menadžmenta koje uključuju birokratsku teoriju menadžmenta, administrativnu teoriju menadžmenta i naučnu teoriju menadžmenta (u kojoj počinje brzi razvoj strateškog menadžmenta), a sljedećim fazama smatra bihejviorističke teorije menadžmenta, te poststrukturalističke teorije. Autori Mainardes i dr. (2014) s ciljem razumijevanja razvoja strateškog menadžmenta i njegovih različitih faza razvoja i pravaca ukorijenjenim u istorijskom i sociološkom okruženju, navode 40 različitih definicija strategije u organizacionim kontekstima, od Barnarda 1938. sve do Barneya 2001. godine. Kroz pregled svih definicija pojma strategije, postaje jasno da je strateški menadžment u osnovi multidisciplinarno područje koje uključuje i sublimira elemente iz različitih dijelova sljedećih nauka: političke nauke, psihologija, sociologija, ekologija, antropologija, socijalna psihologija, fizika, tehničke nauke, informatika, istorija i književnost.

Od kraja 2019. godine, kao i cijelu 2020. godinu autori područja strateškog menadžmenta, operativnog menadžmenta, HRM-a, poduzetništva sve više se bave kontekstualiziranim razumijevanjem kroz istorijsko rezonovanje, izvore podataka i metode tumačenja koji predstavljaju značajnu priliku za unapređenje istraživanja unutar područja. Sve do kraja 2019. godine moglo se govoriti o različitim konceptima, razvojima, idejama i alatima u strateškom menadžmentu.

Sve je češće u upotrebi pojam *ergodički* tj. neergodički, definisan kao „ proces u kojem je svaki niz ili veliki uzorak jednako reprezentativan za cjelinu (kao u pogledu statističkog parametra), ili koji se odnosi na vjerovatnoću da će se bilo koje stanje ponoviti, posebno sa nultom vjerovatnoćom da se bilo koje stanje nikada neće ponoviti“ (Merriam Webster, 2018). Riječ vuče korijene iz starogrčkog, gdje *ergon* označava rad ili djelo, a *1 erg* je jedinica za rad i energiju. Mada je još nobelovac Douglass North još 1999. godine objasnio da „sada postojimo u neergodičkom svijetu, u kojem se nova ravnoteža nakon velikih poremećaja nastavlja mijenjati nakon toga, slično dinamičkoj ravnoteži u otvorenim sistemima“ (Hitt, 2021), tek danas u praksi kroz *novu normalnost (new normal),* ovaj pojam postaje jasnim.

Prvi put od nastanka strateškog menadžmenta kao naučne discipline kristalno je jasna njegova direktna povezanost sa drugim društvenim disciplinama i konceptima kako na državnom, tako i međunarodnom nivou. Od posebne važnosti postaje činjenica da li se radi o tvrdim kapitalističkim sistemima kao što su američki, engleski ili zapadnim socijalnim demokratijama (mada i postoje odstupanja npr. Njemačka vs. Švedska), tvrdim komunističkim režimima (Kina, Sjeverna Koreja) ili postokomunističkim socijalnim društvima (istočna Evropa i Rusija). U svim ovim zemljama postoje različiti pristupi pandemiji, tj. zdravlju stanovništva, a time i ekonomiji. Nije isto biti top menadžer u 2020. godini u Velikoj Britaniji, Kini ili Singapuru, u zavisnosti od njihovih javnih politika vezanih za zdravstveni sistem, ali i ekonomiju, kao i u zavisnosti od ukupnog zdravlja stanovništva.

Prethodno navedeno je važno, jer društvena državna uređenja direktno utiču na javne politike, njihove poticaje, ulaganja, kako u zdravstvo, tako i u ekonomiju. Niti jedna grana unutar nauke o menadžmentu nije ostala ista u praksi (dizajniranje organizacije, operativni i marketing menadžment, HRM, projektni menadžment, strateški menadžment, lideršip, upravljanje znanjem, integrisani informacioni sistemi i sl.).

Najveća svjetska književna djela nastajala su za vrijeme velikih pandemija, u želji da potaknu humanost među ljudima, tako Boccaccio (1351) svojim Dekameronom nastoji probuditi „suosjećanje prema onima koji pate“, kao i Edgarova Maska crvene smrti iz 1842. godine, naglašava čovječnost i važnost zaštite ljudskih života. Naravno, nakon *bubonske kuge- crne smrti,* koja je prema procjenama, a u ukupno tri njene veće iteracije, ubila između 100 i 200 miliona ljudi, i izbrisala trećinu evro-azijske populacije- danas endemska, između 2010.-2015. godine zabilježeno još cca 3300 slučajeva sa 584 smrtna ishoda (Eastman, 2009), te *španske gripe* (1918.-1919. godine) koja je izbrisala 50 miliona ljudi širom svijeta (Taubenberger, 2006), današnja pandemija virusa Covid -19 ne bi trebala biti iznenađenje zdravstvenim sistemima i ekonomijama. Nažalost, jeste. Bez obzira na tehnološka i medicinska postignuća, države i međunarodne zdravstvene agencije su se borile sredstvima, razvijenim još u vrijeme bubonske kuge. Tako, npr. *karantin,* mjera koja je svoj naziv dobila po talijanskoj riječi za 40 - *quaranta*, budući da su mornari u 14. vijeku bili zarobljeni na brodovima po 40 dana kako bi se spriječilo širenje bubonske kuge po lukama širom svijeta. Karantin, kao osnovna mjera i javna zdravstvena politika u slučaju prenosovih bolesti se i u 21. vijeku koristila u svim zemljama svijeta. Mada već od maja 2020. godine postoje istraživanja i dokazi da je Covid-19 virus koji se prenosi zrakom, u većini zemalja i dalje koriste hirurške maske sa neadekvatnom propusnosti (maske nisu zaštita osim za prenos kapljičnim putem), državne agencije za zaštitu zdravlja stanovništva propagiraju karantin, korištenje hirurških maski i redovno pranje ruku, mjere koje su bile promovisane i u 14. vijeku. Ozbiljne korporacije, kompanije i organizacije su imale razvijene scenarije B, planove za procjenu rizika i mogućih nesreća (prirodnih i poslovnih), ali šta se dešava kada se sve mijenja, okruženje, uposlenici, lokacije obavljanja aktivnosti, potražnja? Šta se dešava kada teorija crnog labuda više nije primjenjiva? Pojava virusa je u potpunosti poremetila dinamiku i kontinuitet poslovanja. Kompanije to sada moraju razumijeti i što prije ažurirati i redefinisati svoje strategije. Jasno je da je došlo i do izmjene prioriteta u budućoj potražnji, uzimajući u obzir da je do početka 2022. godine, oko 340 miliona (Worldometer, 2022) ljudi (4,5% ukupne svjetske populacije) zaraženo ovim virusom, oko 6 miliona umrlih (WHO smatra da je pravi broj oko 14,9 miliona), a svjetski zdravstveni autoriteti smatraju da oko 30% onih koji su preboljeli spada u stanovništvo koje se bori sa post-covid simptomima i zdravstvenim posljedicama (cca 113 miliona ljudi do danas). Obzirom da pandemija nije završena, pretpostavka je da će ovaj broj ugroženog stanovništva rasti, te se postavlja pitanje kakvi efekti će biti i na samo poslovanje kompanija.

Ova pandemija je, kao i dvije prethodno navedene ozbiljno su izmijenila dinamiku poslovanja, ne samo na nivou kompanije ili organizacije, već i na radne scenarije, emotivnu i psihološku dimenziju uposlenika, ali i korisnika. Mijenjaju se ideje korištenja infrastrukture, distribucije, ali i dobrobiti uposlenika, angažmani korisnika i zadovoljstva tokom ove krize. Naravno, potrebno je uzeti u obzir i količinu izgubljenog znanja, kompetencija i vještina koja se neumitno desila kroz veliki broj smrtnih ishoda u svim segmentima društva. Na planu upravljanja ljudskim resursima, povećava se fluktuacija osoblja i apsentizam usljed bolovanja, profesionalno sagorijevanje (burnout) postaje veoma čest razlog odsustva, te se kompanije suočavaju s valom nedostatka motivacije osoblja, popularno nazvanim „Veliki otkaz“. Dvije godine nakon što je pandemija koronavirusa dovela do široko rasprostranjenog zatvaranja ureda, kompanije sada ponovo otvaraju svoja vrata i prioriteti su se promijenili za mnoge zaposlenike.

U posljednje vrijeme, čak i prije početka pandemije COVID-19, a naročito dvije godine poslije, sve veći broj zaposlenika daje otkaze ili razmišlja o tome. Prema američkom Uredu za statistiku do 2021. godine otkaze je dalo oko 10,5 miliona zaposlenika (De Smet, 2022). Obzirom da se najavljuje vrijeme inflacije i stagflacije, ova brojka je veoma visoka. Najveća stopa davanja otkaza je zabilježena kod zaposlenika prosječne starosti od 30 do 45 godina starosti. Neki od navedenih razloga u njihovom istraživanju se povezuje sa porastom mogućnosti rada na daljinu, velikim opterećenjem radnika, preispitivanjima odnosa prema radu i životu uopšte, kao i osjećaj zamjenjivosti i prolaznosti života. Zdravstveni sektor je takođe pretrpio velike posljedice ovog trenda, (naročito pri provođenju istraživanja i prikupljanja primarnih podataka, op.a.), te se pojavljuje kao jedan od sektora u kojima je zabilježen veliki odliv kadrova (uočeno i u njihovom istraživanju).

U odgovoru na ovaj trend organizacije nastoje kreirati programe za zadržavanje zaposlenih uz kreiranje kombinovanih materijalnih i nematerijalnih koristi za zaposlene. Od velike je važnosti da organizacija ima dokumentovane i istražene podatke o tome ko ima najveći rizik od promjene, zašto ljudi odlaze i na koji način se to može spriječiti. U istraživanjima koja prate fenomen "Velikog otkaza" potpuno je jasno da se finansijski razlozi nalaze gotovo na dnu liste, naročito kod visokokvalifikovanih pojedinaca. Na osnovu ovih ulaznih podataka i analiza razvijaju se programi zadržavanja. Postaje jasno da se organizacije suočavaju sa još jednim fenomenom gdje će biti potrebno da ukupne strategije organizacije, ali i politike zadržavanja budu uključene u istu. Od početka pandemije do novembra 2021 godine, više od 19 miliona amerikanaca je dalo otkaz (Horowitz, 2021), što predstavlja problem koji direktno ometa poslovanje. Organizacije suštinski ne razumiju zašto njihovi zaposleni odlaze jer se bave isključivo kvantifikacijom i nuđenjem dodatnih finansijskih prednosti. Nažalost, ovaj transkcijski odnos koji je dugi niz godina vladao na tržištu rada postaje potpuno izlišan, jer zaposleni žele osjećaj svrhe u svom radu, društvene i međuljudske veze sa svojim kolegama i menadžerima. U razgovoru sa zdravstvenim radnicima u Kantonu Sarajevo, mnogi su na različite načine govorili istu stvar: "kako su ga/je brzo zamijenili, njih više nema a svi se ponašaju kao da je to normalno" za svoje kolege. Izgleda da bi u budućnosti narodna izreka da se "raditi mora" u budućem vremenu inflacije i stagflacije mogla postati izlišnom.

Duga fokusiranost na kvantitativne indikatore i ostvareni profit nažalost doveli su do toga da top menadžeri iskreno gledaju na ljude kao na "kapital"/ transakcijsku robu ne shvatajući da su zaposleni ipak stavili veću vrijednost na vlastiti život.

Istraživanje koje je provedeno od strane Bankrate (2022) pokazalo je da su se zaposlenici navikli na fleksibilnost hibridnog ili udaljenog radnog okruženja i traže od svojih poslodavaca da ga učine dijelom načina obavljanja poslova, a neki ga čak navode kao veći prioritet od veće plate. Oko 55 posto radnika kaže da im je sposobnost da rade od kuće ili imaju fleksibilniji raspored važnija sada nego što je to bilo prije pandemije. To je u poređenju sa 52 posto ispitanika koji su naveli veće plate kao važnije. Amerikanci i dalje daju prioritet većim plaćama (52%), fleksibilnom radnom vremenu (43%) i mogućnosti rada na daljinu (34%) u svojoj karijeri. Više od polovine Amerikanaca (55%) kaže da su se osjećali nedovoljno plaćeno u poređenju sa kolegama sa sličnim iskustvom ili kvalifikacijama. Uprkos naporima da se provedu promjene u svojim trenutnim ulogama, 51% Amerikanaca je izjavilo da je vrlo vjerovatno ili donekle vjerovatno da će tražiti novi posao u sljedećih 12 mjeseci.

Empatičan vođa postiže najviše uspjeha kada izrazi svoju zabrinutost i postavlja direktna pitanja u vezi izazova, a zatim aktivno sasluša odgovore zaposlenih (Van Bommel, 2021). Studije pokazuju da, na organizacionom nivou, empatija i EI povećavaju saradnju unutar organizacije, te podržavaju inovacije, uključenost, stepen zadržavanja na trenutnom poslu, kao i inkluzivnost.[9] Autori postaju svjesni uticaja empatije i emocionalne inteligencije na menadžerske i organizacione sisteme u promjenljivom okruženju.[10]

Pojedinim autorima iz područja menadžmenta je to postalo jasno na samom početku pandemije (kraj 2019. i početak 2020. godine), te pokušavaju prenebregnuti taj problem smišljajući različita efikasna rješenja za vođenje poslovanja u potpuno promijenjenim uslovima, kao i nove modele i prakse kroz stvaranje mosta između postojećih i budućih poslovnih rješenja. Kumar i Gupta (2021) stavljaju fokus na područja strateškog upravljanja, vodstva, ali i upravljanja katastrofama, Pankaj et al (2021) govore o *lockdown* ekonomijama, uzimajući u obzir ne samo trenutnu pandemiju Covid-19, već i buduće na koje CDC, ali i WHO dugoročno upozoravaju. Za vrijeme trajanja pandemije, Harvard Business Review (2022) na svojoj stranici svakodnevno kontinuirano objavljuje različite smjernice, webinare, članke i dostupne alate za modeliranje strategija, operativnog menadžmenta, ali i dugoročne brige za uposlenike. Empirijski su utvrđeni i objavljeni kroz različite studije slučaja na HBR stranici i trendovi smanjene produktivnosti i zadržavanja uposlenika, povećana stopa absentizma i lošije mentalno zdravlje.

U različitim peer-review medicinskim studijama, kao problematično, a direktno vezano za područje radne snage, je i utvrđivanje dugoročnih neuroloških problema, kao što su pogoršanje postojećih zdravstvenih stanja, simptomi depresije, insomnije, umora, anksioznosti, smanjene koncentracije, ali i pada koeficijenta inteligencije sa infekcijom ili ponovnom reinfekcijom virusom COVID-19 u prosjeku za sedam IQ bodova. Ovo su podaci utvrđeni kod pacijenata koji su hospitalizovani, ali i kod onih koji nisu bili hospitalizovani. Metod rada je bio pokušaj utvrđivanja postojanja povezanosti među podacima o prosječnim kognitivnim performansama 81337 participanata, koji su između januara i decembra 2020. godine učestvovali u klinički utvrđenoj procjeni u sklopu testa inteligencije validiranog od strane Velike Britanije (Hampshire et al., 2021).

Sve ovo postaje naročito pesimistično, ako se doda podatak da su naučnici sa Brown Univerziteta utvrdili da bebe rođene za vrijeme pandemije imaju 22% niži IQ od beba rođenih u periodu od 2011.-2019. godine (smanjena verbalna, motorička i ukupna kognitivna efikasnost), što direktno korelira sa budućim tržištem rada, kako ponudom, tako i potražnjom (Deoni et al. 2021).

[9] Npr. u području inovacija, 61% zaposlenih koji imaju empatične vođe donose inovacije u poslovanju nasuprot 13% čije vođe nisu empatične (prema rezultatima iste studije). Druga područja pokazuju slične razlike.

[10] WEF (2021). *Pandemija prkosi svakom menadžerskom i organizacionom sistemu, gurajući sve do njihovih granica izdržljivosti, do tranzicije prema agilnim, stalno mijenjajućim metodama koje su se počele pojavljivati. Možda najvažnije otkriće je da je empatija ključ preživljavanja u bilo kojoj katastrofi*.

Trendovi koji se vežu za pandemije, a imaju direktan uticaj na tržište rada jesu natalitet, mortalitet i migracije. Zbog nesigurnosti i straha koji proističe iz ovakvih globalnih katastrofa, samo Sjedinjene Američke Države predviđaju pad nataliteta između 300 i 500 hiljada za 2022. godinu (Friedman & Parker, 2021). Ovaj podatak sugeriše da će u narednim godinama, posljedično doći i do smanjenja potražnje za proizvodima iz tzv. *baby industrije,* ali i obima potražnje za osnovnim, srednjim i visokim obrazovanjem. Ništa drugačija nije situacija ni u Kini, gdje je dugo nametnuta „politika jednog djeteta" zamijenjena „politikom tri djeteta", u maju 2021. godine, međutim rezultati nisu vidljivi, a podaci čak prikazuju još veći pad nataliteta do januara 2022. godine. Porast mortaliteta je evidentan u svim zemljama širom svijeta, kako kroz uvećanu smrtnost na godišnjem nivou zbog virusa Covid-19, tako i zbog nemogućnosti pristupa zdravstvenom sistemu u prethodne tri godine (liječenje hroničnih bolesti, ali i pravovremeno dijagnosticiranje novih, nedostatak određenih lijekova zbog njihove prenamjene ili sloma distributivnih kanala) i stresa koje stanovništvo osjeća zbog mogućnosti zaraze, gubitka posla, povećanih troškova života. Treći trend ogleda se u migracijama, ukoliko se uzme u obzir podatak da je u 2019. godini 272 miliona ljudi živjelo van zemalja u kojima su rođeni, a koji ukupno čine oko 4% svjetske populacije (Friedman & Parker, 2021, op.cit).

Pandemija je umnogome uticala na migraciju, jer su se mnogi migranti vratili u zemlje porijekla iz više razloga: zatvaranje granica, više životnog prostora, manji troškovi života, okupljanje porodica, post-kovid simptomi i sl. Time su zemlje koje su dijelove svoje ekonomije temeljile na uvezenoj radnoj snazi (većinom se odnosi na esencijalnu radnu snagu), izgubile veliki dio radno sposobne snage, a time i ljude koji su ključni za razvoj određenih industrija, uzimajući u obzir da ovi ljudi ne mogu svoje usluge pružati putem računara.

Pregled i podaci vezani za uticaj pandemije na radnu snagu su od izuzetne važnosti za sve elemente strateškog menadžmenta, jer je jasno da je Covid-19 u svojoj srži ljudska kriza. Potrebno je redefinisati svaki integrativni dio strateškog menadžmenta. Gledano kroz prizmu sistema performansi strateškog menadžmenta, niti jedan dio nije ostao statičan, u prvoj fazi procjene i organizacije, u drugoj fazi eksterne i interne analize okruženja, trećoj fazi strateške formulacije kroz strateška usmjerenja i samo kreiranje, četvrte faze strateškog planiranja - strateških planova i strateških operativnih planova, faze pet izvršenja strategije kroz usklađivanje i implementaciju, sve do faze upravljanja performansama kroz mjerenja, učenje i adaptaciju. Strateško planiranje je proces koji uključuje preispitivanje potreba organizacije, uslova u kojima radi, korisnika/klijenata, organizacionih sposobnosti i slabosti, koji su dizajnirani s ciljem odlučivanja o misiji, ciljevima i strategijama organizacije.

Mnoga pitanja ostaju otvorenim, a u nastavku su dati primjeri neki od njih: kako planirati i analizirati, ako to nije učinjeno na svjetskom nivou, tj. ukoliko ne postoji jedinstvena strategija prevazilaženja pandemije, već se dijele samo tehnološka i medicinska dostignuća, a ekonomije i zdravstveni sistemi operišu odvojeno? Kako planirati strateško upravljanje korporacijama, ako npr. Velika Britanija od 26. januara 2022. godine potpuno ukida stanje opasnosti i sve mjere javnog zdravstva vezane za Covid-19, kao i mjere vezane za ekonomiju i ulaganja u kompanije, dok istovremeno Kina i Australija insistiraju na politikama „0 covid", te podrazumijevaju ulaganja u ekonomiju i ne isključuju (sada na snazi karantine) moguća nova zatvaranja?

Nadalje, strateško upravljanje i vođenje ustanova, organizacija i agencija u području zdravstva se umnogome razlikuje od bilo kojeg drugog sektora, jer po prvi put, nakon preko 100 godina, na zdravstveni sistem i njegove institucije se prestaje gledati kao na „crne rupe u koje se slijeva novac, bez vidljivih rezultata“ što je bila i jedna od mantri neoliberalnih kapitalističkih sistema. Kada se u području avioprevoza, visokolukrativnog sektora, odjednom razboli više od 3000 radnika (piloti, stjuardese i stjuardi), postavlja se pitanje da li će se u budućnosti lobirati za privatno ili javno zdravstvo dostupno svima? Da li će se proces globalizacije i dalje nesmetano odvijati, na tri dosadašnja nivoa: globalizacija ekonomija, razmjene i regulatornih režima; globalizacija industrija i globalizacija kompanija?

S ciljem povezivanja novih pandemijskih i post pandemijskih izazova za sve integrativne elemente, koncepte i alate strateškog menadžmenta, važno je navesti integrativne dijelove, te objasniti probleme sa kojima se suočavaju nakon pandemije. Znanja i vještine, obuhvat funkcija, planiranje, implementacija i monitoring/evaluacija promijenile su svoje prioritete.

Svaka strategija obično se zasniva na četiri osnovna nivoa: *korporativni nivo* strategije koji uključuje viziju, korporativne ciljeve i korporativnu strukturu, *nivo poslovne strategije* koji obuhvata misiju, poslovne ciljeve i kompetencije, treći nivo je *funkcionalni ili operativni* nivo strategije koji uključuje IT, upravljanje ljudskim resursima, marketing, finansije, istraživanje i razvoj, te *nivo strategije proizvoda/usluge* koji uključuje kategorije, brendove/marke i obuhvat. Pod procesima strateškog menadžmenta podrazumijevaju se sljedeći integrisani elementi koji se provode kroz proces strateškog planiranja: *strateška analiza* kroz definisanje svrhe postojanja organizacije, njenu viziju i misiju; zatim *analiza okruženja* u kojem organizacija posluje (internog i eksternog) i usklađuje sa očekivanjem njenih IU strana, *odabir dostupne generičke/ personalizirane strategije*, njena izrada i operativni planovi, koja podrazumijeva usklađivanje sa okruženjem, kompetencijama i interesno-uticajnim grupama. Prije usvajanja strategija se analizira i verifikuje tek nakon dokazane izvodljivosti, prikladnosti i prihvatljivosti, usklađenosti sa dostupnim resursima, ali i znanjima. Posljedično se podrazumijeva *implementacija kreirane i usvojene strategije* uz potrebne planirane i dostupne resurse, kompetencije, vodstvo i organizacionu kulturu. Unutar procesa strateškog menadžmenta *evaluacija i mjerenje* se ne koriste samo u fazi implementacije iste, već od samog početka, još u fazi procjene i organizacije strateškog planiranja. Sve izlazne informacije procesa strateškog menadžmenta služe kao ulaz u sljedeću fazu, ali i buduće reiteracije i korekcije kako strateškog, tako i operativnog dijela procesa.

2.1.1. Znanja i vještine u strateškom menadžmentu

Prije definisanja znanja i vještina, te kompetencija neophodnih za strateško upravljanja, potrebno je definisati razliku između strateškog menadžmenta i strateškog vodstva. Pod *strateškim vodstvom* obično se podrazumijeva korištenje određenih alata za komuniciranje vizije svim zaposlenim i uključuje upravljanje, motivisanje i uvjeravanje zaposlenih da dijele zajedničku viziju organizacije, te je krucijalan alat za stvaranje organizacione strukture ili provođenje promjena unutar organizacije. S druge strane, bez obzira na zajedničke elemente koji ih povezuju, strateški menadžment podrazumijeva procese određivanja ciljeva

organizacije, razvoj politika i planova sa namjerom dostizanja validovanih ciljeva i raspoređivanja dostupnih resursa kako bi se implementirali usvojeni i validovani ciljevi.

Početkom 1990-ih godina intenzivnije se počinje izučavati menadžment organizacija socijalnog sektora i neprofitnih organizacija. U okviru zdravstvenog i socijalnog sistema djeluju brojne neprofitne organizacije, te je značaj adekvatnog i transparentnog upravljanja njima rastao u kontekstu pružanja efektivne zdravstvene i socijalne zaštite. U društvima poput bosanskohercegovačkog, na putu ponovne izgradnje društvenih i socijalnim struktura, pružanje usluga u ovim sektorima odvija se istovremeno unutar javnog i privatnog sektora, te uz značajno učešće nevladinog sektora (npr. organizacije za pomoć licima treće životne dobi, za palijativnu njegu i organizaciju hospisa, organizacije za podršku osobama s invaliditetom itd.).

Uz ostale aktivnosti aktivnog građanstva, uloga nevladinog sektora doprinosi nastanku društva odgovornih građana i nastanku ili obnovi društvenog tkiva. Učešće i odgovornost građana značajno doprinose razvoju odgovornog upravljanja organizacijama i institucijama javnog i nevladinom zdravstvenog i socijalnog sektora, kao i razvoju kulture kvaliteta unutar ovih organizacija. Obrazovanje u oblastima menadžmenta i kvaliteta zdravstvenih institucija i organizacija podržava ove napore dostizanja boljeg i zdravijeg života i pluralističkog pristupa pružanju usluga.

Umijeće vođenja predstavlja glavno znanje i vještinu u strateškom menadžmentu. Liderstvo se veže za strege kao pokretačku snagu strategije, plana i provođenja strategije. Umijeće vođenja (u ratu *umijeće ratovanja*) oduvijek je smatrano posebnom vrstom vještina koje bi donosile prevagu u situacijama ratova ili perioda značajnog društvenog progresa. Hill i Jones (2011) navode sljedeće karakteristike dobrih strateških lidera kao glavne: vizija, elokventnost i konzistentnost; posvećenost; dobra informisanost; spremnost za delegiranje i osnaživanje zaposlenih; odmjerena/pametna upotreba moći; emocionalna inteligencija.

Posjedovanje vizije i elokventnost pri elaboraciji iste svojim saradnicima, partnerima i javnosti, te konzistentnost u provođenju strateških dokumenata i pristupu izazovima odlikuju snažne strateške lidere. Posvećenost svrsi organizacije, zaposlenima, korisnicima ili klijentima, kao i široj društvenoj zajednici razlikuje dobre organizacije od onih manje dobrih, kao i dobre lidere od prosječnih. Strateški lideri posjeduju jasnu sliku o načinima usaglašavanja potreba, želja i očekivanja pomenutih grupa i provode procese na način koji uvažava njihove interese, ali ih ne nadređuje interesima organizacije. Dobra informisanost o poslovnim i industrijskim trendovima, trendovima u području pribavljanja i zadržavanja talenata, izvorima finansiranja, političkim i ekonomskim trendovima, poslovnom okruženju i klimi predstavlja preduslov uspješnog liderstva, uz podrazumijevanu etičnu upotrebu informacija. Nadalje, lideri osnažuju svoje timove, aktivno grade kapacitete organizacije i pojedinaca za buduće preuzimanje vodećih pozicija, uključujući i poziciju strateškog lidera. Strateški lideri unaprijed planiraju i vlastito povlačenje ili odlazak sa pozicije, fokusirajući se na opstanak i dalji uspjeh kompanije nakon njihovog odlaska.

Odmjerena i inteligentna upotreba moći je karakteristika strateških lidera koju Pfeffer (1992) pojašnjava kao način da se kontrolom nad resursima dolazi do saveznika na najvažnijih mjestima koji pomažu ostvarenje željenih strateških ciljeva. Iz navedenog proizilazi da osoba

u sebi mora imati određena znanja i vještina, kako bi se iste pretvorile u kompetencije, neophodne za uspješno vođenje organizacije, tj. kako bi osoba bila kompetentna za posao koji obavlja. Iako se čini da su i znanje, sposobnosti, vještine i kompetencije veoma slični pojmovi, potrebno je definisati svaki pojedinačni pojam, radi boljeg razumijevanja kompetentnosti strateškog lidera. Kompetencija se razlikuje od ostalih pojmova. Definiše se kao kombinacija povezanih sposobnosti, znanja i vještina koje omogućuju osobi ili organizaciji efikasno djelovanje u poslu ili datoj situaciji. Kompetencije su opisane na načine koji su vidljivi, mjerljivi i temeljeni na izvedbi. **Naime, zbir znanja, vještina i sposobnosti pojedinca rezultuju u njegovoj kompetentnosti.**

Tako Horwath (2006) navodi da su kompetencije direktno vezane za proces strateškog vodstva, uključujući viziju, komuniciranje vizije kroz deset karakteristika vodstva (slušanje, empatija, dijeljenje, svjesnost, ubjedljivost, viziju, predviđanje, nadgledanje, razvoj zaposlenih i izgradnju zajednice). Još su Kaplan i Norton (1996, 2001) govorili o strateškoj arhitekturi koja se kreira unutar organizacije pomoću strateškog vodstva, uz uključivanje procesa povećanja učešća i motivacije zaposlenih (Davies, 2003). Stari grčki filozofi su raspravljali o definisanju pojma „znanje“, pa je tako Platon tvrdio da je znanje u stvari prisjećanje, tj. da je svo znanje koje pojedinac ima stečeno u prošlom životu, dok Sokrat odbacuje njegove premise. Aristotel koji je razvio epistemologiju i ontologiju kao teoriju znanja, smatra da je Platon u pravu po pitanju prisjećanja, ali prisjećanje se odnosi na ono što je pojedinac čuo, vidio, doživio i zapamtio za vrijeme vlastitog života (pragma kao eksplanandum sa predikativnom strukturom).

Protagorejci, zajedno sa sofistima, nakon uvođenja Platonove i Sokratove dijalektičke metode, vjeruju da je znanje u osnovi percepcija, što potonji oštro osporavaju. Platon smatra da opažanje, uvjerenja i percepcija ne predstavljaju znanje, već da proces znanja predstavlja poznavanje razloga zašto je nešto takvo kakvo jeste. Decartes je kao predstavnik racionalista smatrao da znanje dolazi iz logičke dedukcije, da je ono uvijek analitičko i da u ljudskom umu zaista postoje ideje koje ne dolaze iz osjetila, već su prisutne već pri rođenju. Za razliku od njega, Locke je bio empiričar i smatrao je da je prilikom rođenja ljudski um „tabula rasa“, te da sve ideje dolaze iz iskustva.

Leibnitz (1891), pokušava pomiriti razumijevanje Decartesove i Lockeove teorije znanja. Današnje teorije znanja modernih autora iz područja psihologije, filozofije, lingvistike i menadžmenta u osnovi dokazuju da ljudski um radi metaforički, u smislu korištenja metafora za razumijevanje i objašnjavanje manje poznatih koncepata ili iskustava. Budući da je znanje apstraktan pojam bez ikakvog upućivanja na neke opipljive objekte, autori se koriste eksplicitnim ili implicitnim metaforama u bavljenju njime i upravljanju znanjem.

Oni postuliraju tri temeljna polja znanja: racionalnog, emocionalnog i duhovnog (Bolisani & Bratinau, 2018). U dostupnim bazama podataka koje se fokusiraju na područje ekonomije i menadžmenta, ne pominju se ni ruske strukturalističke jezičke teorije, koje su takođe veoma važne kada se govori o području strateškog promišljanja, strateškog vodstva i strateškog menadžmenta.

Ruska škola formalizma, kroz školu književne kritike, ali i lingvistike obuhvata period od 1910. - 1930-ih godina. Vrlo uticajni ruski i sovjetski naučnici poput Viktora Šklovskog, Jurija

Tinjanova, Vladimira Proppa, Borisa Eichenbauma, Romana Jakobsona, Borisa Tomashevskog, Grigorija Gukovskog, daju osnove za dalji razvoj avangardne ruske škole zaumnog jezika (Velimir Hlebnikov i Aleksej Kručenih, transsmisleni ili transracionalni jezik), a i prve teorije *nemogućnosti mišljenja van jezika* (Erlich, 1955). Dakle, ukoliko ne postoji riječ za određeni fenomen unutar jezika koji pojedinac govori, osoba ne može razmišljati konkretno, niti konceptualno razviti ideju (Maracha & Matyukhin, 2001). Strukturalnu lingvistiku razvio je Ferdinand de Saussure 1913.-1915. (Tanveer, 2016), ali je postala popularna širom svijeta tek 50-ih godina. Njegova osnovna ideja leži u tome da jezik nije samo skup pojedinačnih riječi s individualnom istorijom, već strukturni sistem odnosa među riječima koje se koriste u određenom trenutku ili sinhronizovano. Ovo je naročito važno kada se bude razmatrao dio oblikovanja sintagme „zdravstveni menadžment“ ili „menadžment u zdravstvu“.

Ne ulazeći detaljnije u ideje meta i intertekstualnosti, niti jezika kao odrednice mislećeg ljudskog bića poznatog ruskog filozofa, kritičara i naučnika Mihaila Bahtina i bugarske semiotičarke i psihoanalitičarke Julije Kristeve (Vargova, 2007), razumijevanje znanja kroz jezik postaje nezaobilazno, ali takođe i razumijevanja da se ništa novo ne može desiti u svijetu, a da se nije desilo ranije, na svjetskom, regionalnom, lokalnom, pa i na nivou organizacije. Upravo zato kada govorimo o kompetencijama za strateško vođenje i strateško upravljanje, potrebno je imati na umu upravo ove lingvističke i filozofske teorije znanja.

Definisanje znanja, vještina, sposobnosti i kompetencija je ključno, pa tako sveukupnost znanja Filipović (1965) definiše kao „skup svih metodički stečenih i sistematski sređenih znanja o određenom području ili aspektu zbilje“. Znanje danas obuhvata nivo obrazovanja, iskustva i /ili različitih vrsta obuke/ doedukacije.

Pod pojmom vještina, podrazumijeva se učenje kroz iskustvo, a vještine se unutar organizacije koriste za obavljanje složenih aktivnosti ili radnih funkcija za postizanje unaprijed određenih rezultata. One ne predstavljaju data ponašanja, već se ona moraju razvijati i poboljšavati kroz praksu ili specifičnu obuku. Detaljna diskusija o osobinama lidera i menadžera zahtijeva definisanje ključnih ličnih atributa. *Ličnost pojedinca* je kombinacija kvaliteta i karakteristika koje čine poseban karakter i imaju tendenciju da utiču na ponašanje na određeni način. *Atributi ličnosti* uključuju prilagodljivost, emocionalnu ravnotežu, entuzijazam, objektivnost, snalažljivost i samopouzdanje. *Temperament* se bavi nivoom emocionalnosti ili razdražljivosti pojedinca, posebno kada se pokazuje otvoreno. *Sposobnosti* predstavljaju znanja i vještine koje pojedinac posjeduje ili stiče tokom vremena. *Potrebe* predstavljaju zahtjeve ili želje koje su obično fiziološke prirode. *Motivi* su slični potrebama, ali socijalne prirode i mogu uključivati moć, nezavisnost, poštovanje drugih i sebe, lična dostignuća ili društvenu pripadnost. *Dispozicija* se odnosi na sklonosti pojedinca prema određenom temperamentu. *Vrijednosti* su stavovi koje pojedinac ima o tome šta je ispravno i pogrešno, etičko i neetičko, moralno i nemoralno. One utiču na percepcije, preferencije i izbore ponašanja pojedinca. Ovo su prepoznatljiva obilježja lične prirode lidera i odražavaju se u njegovim performansama, bez obzira na organizacionu situaciju (Helsinger, Carlton, 2018).

Tomas Carlyle-ova (1841) *teorija velikog čovjeka,* koja nije naučno utemeljena, za osnov je uzimala elemente Frojdove psihologije. Bernard je još 1926. godine pokušao objasniti vodstvo kroz *interne kvalitete* pojedinaca i njihovih međuodnosa sa psiho-socijalnim okruženjem u

kojem rastu i borave (institucije, društvo, jezik, tradicije, vjerovanja, običaji i sl.). Bernard je pokrenuo istraživanje sa željom utvrđivanja karakteristika ličnosti (fizičkih i psihičkih), nažalost bez jasnog odgovora ili izdvojenih karakteristika pojedinaca, budući da je vjerovao da se vođe rađaju, i da je nemoguće usvojiti vještine tokom razvojnih faza pojedinca. Nažalost, ovo istraživanje, ali i niz naknadno provedenih nisu uzeli u obzir situacione i faktore okoline. *Teoriju velikog čovjeka* mijenjaju i proširuju različiti autori, i u tom vremenskom periodu postaje referentna *teorija osobina liderstva*.

Teorije okupljene oko ove ideje su umnogome ignorisale pretpostavku o tome da li su vještine urođene ili se stiču, kao postavku za istraživanje vodstva i stilova vođenja. Tako su različiti autori dopunjavali i razvijali ovu teoriju uključujući i psihologe: Cattel-ovih (1920, 1962) 16 faktora osobnosti/ karaktera, Allportova i Odberova (1936) podjela svih osobnosti u četiri osnovne kategorije kroz leksičku hipotezu i teoriju modela, Stodgill (1948) koji unutar svoja dva velika istraživanja sa preko 100 uključenih drugih istraživanja, a uzimajući u obzir i Webera i Friedlera i Schramma, kreira pet velikih faktora osobnosti potrebnih za velikog lidera.

U periodu 1940-ih i 1950-ih godina pojavile su se dvije velike studije o liderstvu, jedna u državi Ohajo koja pokazuje da efekat vodstva zavisi od dvije kategorije ponašanja: inicijalne strukture i razmatranja, što bi značilo da se kroz učenje, vježbanje i razvijanje može dosegnuti potreban nivo vještina u liderstvu. Druga studija je započeta 50-ih godina od strane Univerziteta u Michiganu, predvodio je socijalni psiholog Rensis Likert, i imala je za cilj otkrivanje ponašanja uobičajenih za najefikasnije lidere. Ovaj pristup se nazivao i *bihejvioralna teorija liderstva* za razliku od ostalih koje su bile fokusirane na *teorije osobine liderstva*.

Nažalost i ove teorije su umnogome zanemarivale situacione faktore, ali i promjene tokom vremena, ponašanje usmjereno na posao ili na zaposlene koji se međusobno isključuju (Warrick, 1981). Po Beckeru (1964) ljudski kapital čini zbir znanja i vještina koje je pojedinac stekao kroz školovanje, praktična profesionalna iskustva i druga životna iskustva. Katz (1955) u svom članku objavljenom u HBR-u fokusira problem vještina i pokušava da identifikuje skup liderskih osobina. Katz u svom članku prepoznaje tri osnovne vrste vještina potrebne jakom lideru i dijeli ih na: tehničke, ljudske i konceptualne. Ipak, pravi distinkciju između vještina i osobina lidera na nivou pojedinca, na način da se vještine mogu naučiti i savladati, dok su osobine urođene. Pod tehničkim vještinama Katz podrazumijeva poznavanje procesa kojima se kompanija bavi, pod ljudskim sposobnost rada sa ljudima i prenošenje vizije, dok pod konceptualnim podrazumijeva vještinu i sposobnost rada sa idejama i konceptima (neophodnim za razvoj vizije, strategije). U zavisnosti od upravljačkog nivoa, u svom pristupu „tri vještine“, mijenja se i odnos važnost navedene tri vještine. Naravno da je za top menadžment i lidera najvažnija konceptualna vještina (koja se odlikuje u širini pogleda, znanju, ali i jeziku). Ovaj članak je kasnije poslužio kao osnova za razvoj istraživanja i razumijevanja vještina pojedinaca, a naročito u oblastima psihologije i pedagogije.

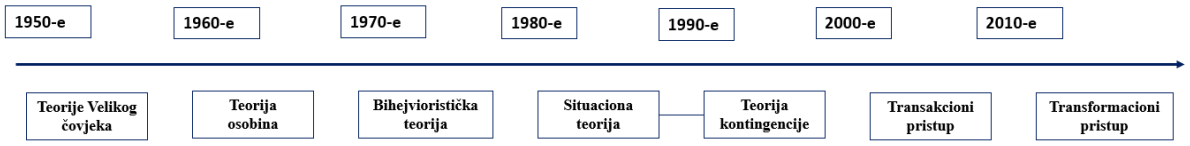
Treći pristup razumijevanju vještina kod lidera spada u školu *teorija kontingencije* (ponekad nazvana i situaciona, mada ih neki autori dijele na dvije posebne teorije), tj. *teorije nepredviđenih okolnosti.* Još Fiedler (1964) smatra da ne postoji jedinstveni stil upravljanja, niti jedinstveni set vještina koji bi odgovarao svakoj situaciji. Greenleaf (1977) smatra da ne postoji jedan pravi način vođenja, jer se lider mora prilagoditi konkretnoj situaciji u zavisnosti

od unutrašnjih i spoljašnjih dimenzija. Unutar ove teorije, razvila su se i različita istraživanja koja su se odnosila i na ljude koji su sljedbenici, odnosno podređeni radnici liderima, te se osobine i vještine lidera posmatraju kroz odnos i usaglašavanje ciljeva zaposlenih i lidera.

Kasnijim razvojem i istraživanjima, pojavile su se teorije stilova i bihejviorističke teorije koje su obilježili Fiedler i House (1994), Vroom i Yetton (1974) i drugi. Tako Fisher (1980) unutar svoje *teorije kognitivnog razvoja* objašnjava da ova teorija daje alate za razvoj kroz integraciju kognitivno-razvojnih i bihejvioralnih koncepata, u procesu transformacije i sazrijevanja.

Kao kod male djece, gdje se vještine razvijaju od senzorno-motoričkih do praktičnih, sve do apstraktnih. Smatra da se vještine mogu razvijati, ali samo uporedo sa razvojem kognitivnih, društvenih, jezičkih, percepcijskih i određenih promjena ponašanja u učenju i rješavanju problema (Kurt, 1989). Dalji razvoj obuhvata procesne teorije, transakcione, transformacione i moderne teorije, koje su u osnovi nadograđivale postojeće modele, ali i propitivale svrhu znanja, vještina i sposobnosti u izgradnji kompetentnog lidera (Khan, 2016).

Budući da moderne teorije povezuju obrazovanje, tj. strukturalno znanje i vještine sa kompetencijama lidera, u nastavku je grafički prikazan istorijski razvoj treninga, vještina, ali i organizacioni razvoj od 1945. godine do kraja 90-ih godina prošlog vijeka. Najranija istorija obuke i razvoja, kao i razvoja organizacije ukorijenjena je u porijeklu samog pojma obrazovanje. Ispitivanje istorije pokazuje kontinuitet ljudskog napretka od učenja vođenog preživljavanjem sve do obuke u radnim vještinama i naučnom menadžmentu koje je izazvala industrijska revolucija, zatim programima razvoja liderstva nakon Drugog svetskog rata i obuci timova i, konačno, na razvoj pojedinaca, organizacija i zajednica (Torraco, 2016).



Slika 3. Grafički prikaz istorije razvoja teorija vođenja (Bolden, 2010)

U posljednjih 20-tak godina, objavljeno je mnoštvo različitih rezultata studija, s ciljem identifikacije radnih i ličnih karakteristika lidera, kao i njihovih osobina koje su povezane sa efektivnosti lidera. Uvrštene su i tzv. radne osobine, kao što su upornost, spremnost na preuzimanje odgovornosti, odlučnost, pouzdanost, tolerancija na stres, osobine ličnosti kao što su dominantnost, spremnost na saradnju, samopouzdanje i energiju, te vještine koje uključuju inteligenciju, kreativnost, diplomatičnost, uvjerljivost i sposobnost organizacije. Šunje (2005) zadržava Katzovu (1974) podjelu menadžerskih znanja i vještina na tri kategorije tehnička znanja, interpersonalne vještine i konceptualne sposobnosti.

Smatra da je očigledno da su organizacioni top menadžeri (po Mintzbergu, 1994), s jedne strane vizionari i kreatori (mislioci), a sa druge operativci i kontrolori. Po njemu su top-menadžeri i vizionari i stratezi i dizajneri organizacije.

Konfiguracija profesionalne birokratije (Mintzberg, 1983) jedna je od verzija izvedenih iz generičke strukture organizacije, koja je prilagođena, tj. čije je postojanje i zajedničke karakteristike Mintzberg prepoznao u organizacijama kao što su univerziteti, opšte bolnice, zdravstveni sistemi itd. Sve ove organizacije oslanjaju se na **znanja i vještine uposlenih profesionalaca** da bi obavljale svoje funkcije i standardizovale usluge i proizvode. Mintzbergov pristup inspirisan je prethodnicom koja potiče prvenstveno iz dva intelektualna izvora: radova industrijskih analitičara i Weberovog pristupa strukturama. Frederic Taylor, Henry Fayol, Lyndall Urwick, Luther Gulick i drugi, bavili su se dizajniranjem organizacije za postizanje maksimalne efikasnosti, posebno se fokusirajući na specijalizaciju, obim kontrole, ovlaštenja i delegiranje odgovornosti. Max Weber radio je na konceptualiziranju *monokratske birokratije* kao idealne forme koja počiva na normama racionalnosti (Bolman i Deal, 2003).

Međutim, stavovi autora se razlikuju po pitanju razumijevanja i pojašnjavanja pojmova lidera, menadžera, kao i definisanja određenih kvaliteta pojedinaca koji pripadaju jednom ili drugom pojmu. Pojedini autori (Newstrom & Davis, 2002, op.cit.) smatraju da su lideri i menadžeri, tj. njihove uloge komplementarne, ali su u svojoj osnovi drugačiji. Horner (1997) smatra da oni koji se ističu kao lideri mogu biti izvrsni kao menadžeri, ali oni koji se ističu kao menadžeri rijetko se ističu kao lideri. Postoje određene razlike u fokusu menadžera i lidera, dok je jednima cilj implementirati strategiju i ciljeve, lideri se bliže vezuju sa zaposlenicima, te je sposobnost uticaja primarna karakteristika koja ih razlikuje od menadžera (usmjeravanje, uvjeravanje, inspirisanje). Gardner (1990) razlikuje devet osnovnih uloga vodstva, tj. lidera, u koje uključuje, kao jedan od zadataka upravo upravljanje, te pojam lidera nadređuje pojmu menadžera, ali smatra da su međusobno komplementarni. Menadžeri koriste funkcionalnu moć i moć nagrađivanja, a ponekad i moć prisile, dok lideri koriste ekspertnu i referentnu moć. Bolden, et al. su 2010. godine naveli sedam podjela u istoriji, pravcima teorije vođenja, ali i kompetencijskih okvira.

Posljednja dva pristupa su transakcijski i transformacioni, prvi stavlja fokus na odnose lidera i zaposlenika na zajedničke prednosti, dok se transformacioni fokusira na promjene i ulogu vodstva na viziju i implementaciju transformacija organizacionih performansi, mada je ovaj pojam skovao Burns još 1978. godine. Vremenom su se različiti eksperti koncentrisali na različite osobine, znanja i vještine, te sposobnosti koje menadžer i lider moraju imati. Reichheld i Teal (1996) smatraju da lider mora imati imaginaciju, integritet, poštovanje, ali i sposobnost osnaživanja svojih zaposlenih. Goleman (1998) naglašava važnost emocionalne inteligencije u ulozi vođe, navodi samosvjesnost, samoregulaciju, motivaciju, empatiju i socijalne vještine.

U poslovnoj praksi posljednjih nekoliko decenija naglašava se značaj emocionalne inteligencije, koju su ranije pod drugim nazivima (društvena inteligencija, višestruka inteligencija) istraživali Thorndike (1937), Wechsler (1958), McClelland (1958), Gardner (1983), a popularizovao Goleman 1995. godine (Dhani & Sharma, 2016).

Revidirani Golemanov koncept emocionalne inteligencije uključuje četiri vještine koje zajedno čine emocionalnu inteligenciju: samosvijest, vladanje sobom, društvenu svijest i međuljudske odnose. Prve dvije su povezane sa odnosom čovjeka prema sebi, te se zajednički nazivaju i lične kompetencije. Druge dvije vještine (društvena svijest i međuljudski odnosi) predstavljaju društvene kompetencije, jer su povezani sa odnosom čovjeka prema drugim ljudima.

(Breadberry & Greaves, 2006). Hrabrost za promjene i otvorenost za učenje razlikuju one koji neprestano rade na vlastitom napretku i izgradnji odnosa sa ljudima u okruženju, kroz proces stalnog unapređivanja.

Empatija, kao često zanemarivana i ponekad podcjenjivana sposobnost (iako se najčešće u literaturi pojavljuje kao vještina) dobija sve veći značaj u modernom menadžmentu i liderširu. Ovo se posebno pokazalo u vrijeme pandemije, globalne krize bez presedana u području menadžmenta. Pandemija i *nova normalnost* prisilile su kompanije na nove modele poslovanja, uz značajan izostanak kontakta *licem u lice*, porastom rada od kuće u djelatnostima u kojima je to moguće, te značajne izmjene u gotovo svim funkcijama poslovanja. Zaposleni (posebno oni prve linije) postaju svjesni rizika za vlastito zdravlje i zdravlje njihovih porodica u slučaju obolijevanja.[11] Zdravstveni radnici su u ovome najviše izloženi mogućnosti čestih i teških oboljenja, obzirom na nivo stresa kojem su svakodnevno izloženi, te na povećanu izloženost kroz direktne kontakte sa pacijentima. Istovremeno, pod pritiskom zaduženosti i potrebe preživljavanja, zaposleni su svjesni da u dužem roku teško mogu funkcionisati bez poslova koje obavljaju. Upravo se na ovoj dihotomiji odvija i globalna raspodjela različitih modela upravljanja zdravstvenih kriza uzrokovanih pandemijom.

U odgovoru na pomenute izazove, kompanije su u potrazi za menadžerima/liderima koji će ne samo shvatiti ove izazove, nego ih i uključiti u strategije vođenja. Empatičan lider pokazuje brigu i zabrinutost, te razumijevanje za zaposlenog, odnosno okolnosti i probleme s kojima se zaposleni suočava. Pomenuta veza empatije i sticanja profita, odnosno potrebe da se empatija stavi iznad profita, na iznenađujući način vraća poslovanje na osnovne logičke postavke o tome da novac i poslovni uspjeh donose ljudi u zdravim i produktivnim timovima, te da će i u dobrim vremenima i vremenima katastrofe ti ljudi najviše davati od sebe ukoliko njihov lider/menadžer pokazuje razumijevanje za njihovo psihičko i fizičko stanje. U situacijama mogućnosti izbora radnog mjesta, a često i u situacijama kada nemaju izbor, ali im se kao izbor nameće obolijevanje zbog pritiska od strane nadređenog i neadekvatnih radnih uslova ili očuvanje vlastitog zdravlja, zaposleni će se najčešće odlučiti za potonje. Pomenuti procesi podržani naučenim lekcijama menadžmenta za vrijeme pandemije dodatno osnažuju ulogu i značaj empatije kao sposobnosti (vještine) u liderširu, te EI kao koncepta koji zauzima važno mjesto u modernom menadžmentu.

Sveobuhvatni model liderstva varira u svojim osnovama, postoje elementi u kojima se svi autori međusobno slažu i podržavaju, ali pregled modernih teorija pokazuje da još uvijek ne postoji zajednički, sveobuhvatni okvir i model vodstva od strane teoretičara i eksperata. Rahman 2012. (op.cit) smatra da bi se sveobuhvatni model sastojao od vođe i sljedbenika (zaposlenika), u kojem bi lider imao svoje kvalitete (karakter, tehničko znanje i emocionalnu inteligenciju), imao bi mudrost (sposobnost korištenja informacija, rezonovanje i imaginaciju, etiku i vrline, te medije (kroz brending i komunikaciju).

[11] Studija Qualtricsa o uticaju Covid-19 pandemije na zaposlene pokazuje da je 67% zaposlenih doživjelo porast stresa, 57% porast anksioznosti, 54% emocionalne iscrpljenosti, 42% pada u psihičkom zdravlju. www.forbes.com (accessed Dec 19, 2021)

Različiti autori drugačije posmatraju pojmove vodstva i menadžmenta (lidera i menadžera), pridružuju im različite vještine, znanja i ponašanja. Dok neki smatraju čak i da su ta dva pojma potpuno opozitna, drugi ih vide komplementarnim. Dobri menadžeri trebaju napredovati da bi bili dobri lideri, dok dobri lideri trebaju upravljačke vještine kako bi bili efektivni. Važno je naglasiti da nisu svi menadžeri lideri, ali i da svi lideri nisu menadžeri jer je moguće voditi organizaciju bez menadžment pozicije i funkcionalne moći unutar organizacije. U ovom dijelu je važno razlučiti, ako ne u potpunosti, a onda barem osnovne elemente razlikovanja ova dva pojma, kako bi se objasnio način kreiranja edukativnog programa i njegov uticaj na pojedinca (menadžera i/ili lidera). Postoji kontinuirano neslaganje u razlikama između menadžera i lidera. Bass (2010) tvrdi da se ove dvije funkcije preklapaju, ali nisu iste, Yukl (1989) se čak ne slaže ni sa stepenom preklapanja. Ricketts (2009) ide toliko daleko da smatra da su pojmovi menadžera i lidera ekstremne suprotnosti, te da dobar lider ne može biti dobar menadžer i vice versa. U nastavku će se vidjeti da vođstvo i menadžment sadrže jedinstven set aktivnosti ili funkcija. Kotterman (2006) tvrdi da organizacije današnjice trebaju i efektivnog menadžera i efektivno vodstvo za optimalan uspjeh. Kotter (2001) definiše menadžment kao posao koji se bavi planiranjem, organizovanjem, budžetiranjem, koordinisanjem i monitoringom za grupu ili organizaciju. Northouse (2007) definiše menadžment kao proces u kojem se postavljeni set ciljeva dostiže kroz efikasno iskorištavanje resursa. Kada govorimo o zdravstvenim ustanovama važno je naglasiti šta i u ovoj organizacinoj profesonalnoj strukturi znače pojmovi lider i menadžer. Dakle, visokoprofesionalni i autonomni pojedinci obavljaju svoj temeljni posao njegovanja i izlječenja pacijenata individualno ili u timovima, te je stoga potrebno poznavanje i savladavanje osnovnih funkcija menadžmenta.

Menadžerske funkcije postaju posebno neophodne ukoliko (zbog plitke strukture zdravstvenih ustanova) zdravstveni profesionalac preuzme funkciju srednjeg ili top menadžmenta. Ulogu lidera može ostvariti na svakom nivou i na svakoj poziciji bez poznavanja osnovnih tehnika, funkcija, znanja i vještina vezanih za menadžment.

Iako neki autori smatraju da je vodstvo odlika pojedinca koja se ne može naučiti, da ima veze sa njegovim socijalnim uticajem (House i Aditya, 1997) ili da je to osoba koja ima sljedbenike (Drucker, 1999), postoje zajedničke osobine lidera oko kojih se većina autora usaglasila: integritet, odlučnost, povjerenje, kreativnost, preuzimanje rizika, promišljenost, komunikacijske sposobnosti (Capowski, 1994). Iako se *karizma* ne može naučiti, mnoge od navedenih osobina se mogu poboljšati kroz procese samounapređenja i rada na sebi. Kroz pregled literature različiti autori navode različite karakteristike lidera kao što su samopouzdanje, uslužni mentalitet, dobre vještine *coaching*-a, pouzdanost, ekspertiza, odgovornost, vještine slušanja, vizionarstvo, realističnost, dobar osjećaj za prioritete, iskrenost, spremnost za dijeljenje, jako samopouzdanje – tehničko ili kontekstualno, te prepoznavanje. Kotter (1987), dugogodišnji profesor Harvard biznis škole, smatra da se *leadership* razlikuje od menadžmenta, ali nikako ne zbog karizme ili neke egzotične ljudske osobine, te da lider nije mističan ili misteriozan.

Vodstvo nije bolje od menadžmenta niti je zamjena za menadžment. Kotter (1990) smatra da su neophodni i jedno i drugo zbog rastućeg kompleksnog i promjenljivog okruženja. House (1997) smatra da se menadžment sastoji od upravljanja svakodnevnim problemima i implementacije vizije lidera. Najveća razlika utvrđena do danas jeste razlika u načinu kako

menadžeri i lideri motivišu ljude koji rade za njih ili ih slijede, čime uspostavljaju temelje organizacije i njen dalji rad. Menadžeri imaju podređene i dolaze sa pozicije autoriteta koja im je dodijeljena putem funkcije koju obavljaju. Ovaj stil menadžmenta je transakcioni, gdje menadžer naređuje podređenim šta da rade i podređeni izvršavaju aktivnosti, ne zato što beskrajno vjeruju u ono što im menadžer govori, već zbog dogovorene transakcije (plate, nagrade i sl.) čiji je fokus rad. Istovremeno, lideri nemaju podređene, već sljedbenike. Lideri koriste transformacioni stil vođenja jer sljedbenici vjeruju u ono što lider govori, te je fokus na ljudima (lider uvijek štiti ljude koji ga prate, preuzima krivicu na sebe i brine se o njihovoj dobrobiti, ali i traži rizik). Postoji istraživanje (Wajdi, 2017) koje govori o tome da većina menadžera dolazi iz stabilnih porodica koje su vodile relativno normalne i ugodne živote. Time i menadžeri imaju tendenciju da budu manje skloni rizicima i izbjegavaju konflikte. S druge strane, lideri su za vrijeme života imali neku formu nedostatka koju su morali prevazići (traumatična djetinjstva, visinu, izgled, pa čak i probleme kao što je disleksija).

Razvoj lidera u današnjem VUCA svijetu[12] je hitna i zahtjevna tema. Istraživanja liderstva od organizacija kao što su Deloitte (2016), Centar za kreativno vodstvo (2014), Hay grupa (2011) različitim metodologijama su došle do istog zaključka, a to je da tradicionalni piramidalno oblikovan model razvoja lideršipa ne proizvodi lidere dovoljno brzo da bi se nosili sa zahtjevima u okruženju koje se stalno mijenja. Hay grupa (Leadership in 2030) je identifikovala i šest megatrendova u budućnosti koje će uticati na lideršip (Iordanoglou, 2018) ubrzavanjem *globalizacije 2.0,* a to su: klimatske promjene, oskudnost resursa, demografske promjene, individualizam i pluralizam vrijednosti, povećani digitalni stilovi života i tehnološka konvergencija. Prema rezultatima posljednje studije, lideri će u budućnosti morati biti prilagodljiviji, fleksibilniji, multilingualni, međunarodno mobilni, sa dubokim integritetom i jakim konceptualnim i vještinama strateškog promišljanja. Krucijalna osobina lidera prema ovom istraživanju mora biti njihova visoka kooperativnost.

Xiaomeng i Bartol (2010) smatra da vještine lidera moraju uključiti sposobnost kreiranja i prenošenja strateškog plana zaposlenim na način da su svi svjesni organizacionih prioriteta ali i vlastite motivacije za njihovo dostizanje. Zenger i Folkman (2014) naglašavaju set vještina kritičnih za menadžere i top menadžere: motivisanje zaposlenih, integritet, sposobnost i rješavanje problema, fokus na rezultate, saradnja i promovisanje timskog rada, dok Lee i Chung (2019) naglašavaju važnost adaptivnog razmišljanja, virtualne saradnje, socijalne inteligencije te sposobnost razumijevanja različitih disciplina. Važnim smatra i pismenost unutar različitih tipova medija i analitike. Neki autori naglašavaju i to da su različite vještine potrebne na različitim nivoima razvoja organizacije (Freeman i Siegfried, 2015; Giles, 2016). Iako u literaturi postoje hiljade različitih istraživanja vezanih za neophodna znanja, sposobnosti i vještine lidera i menadžera, malo njih uzima u obzir kontekst u kojem lideri i/ili menadžeri djeluju, vrste organizacije i organizacione strukture, ali i karakteristika mentaliteta ljudi u neposrednom okruženju.

U post-pandemijskom vremenu, nakon prvobitnog šoka 2020. godine, strateški menadžment i lideršip treba biti detaljno preispitan. Javne zdravstvene ustanove širom svijeta, njihovi menadžeri i lideri su iskusili značenje vodstva i upravljanja na najgori mogući način. Uz

[12] VUCA – Volatile, Uncertain, Complex, Ambigious (promjenljivo, nesigurno, kompleksno, dvosmisleno)

neophodno odricanje od svih strateških dokumenata, uključujući strategiju, akcione planove, edukaciju i zapošljavanje od 2020. do 2022. godine, ljekari su objedinili funkciju kriznog menadžera i zdravstvenog profesionalca. Spašavajući ljudske živote sa velikim brojem preminulih, zdravstveni menadžeri i lideri su sa svojim timovima bili pod ogromnim pritiskom moguće zaraze i smrti kolega, istovremeno motivišući i vodeći timove uz oskudne resurse, sporo budžetiranje i nabavke, a bez mogućnosti kontrole i monitoringa (nemogućnost vršenja obdukcija i kratkoća vremena). U skladu sa novim dešavanjima i proglašenjem pandemije u martu 2020. godine, istraživačka aparatura (anketni listići, intervjui, dostupna statistika) su unutar ove disertacije morali biti izmjenjeni u velikoj mjeri. Iako Harvard Business Review kontinuirano za vrijeme ove dvije godine objavljuje članke za strateške menadžere i lidere u kojima ih upućuje na prenamjenu, tj. prilagođavanje biznisa *novoj normalnosti*, ogroman broj biznisa od malih i srednjih, preko multinacionalnih, je propao. U zavisnosti od sektora u kojem se *core* biznis temeljio, postojale su manje ili veće šanse za uspjeh (turizam, *HoReCa* sektor, poljoprivreda, transport i dostava itd.). I iz ove, nažalost, radikalne promjene, postaje vidljiva razlika prethodno opisanih znanja, vještina i sposobnosti menadžera i lidera i trenutnih potreba. Izvrsni zdravstveni sistemi, kao što je singapurski, imali su jedinstvo menadžera i lidera u jednoj osobi. Uvažavajući i druge varijable (dob stanovništva, sveukupne zdravstvene karakteristike) koje su doprinijele uspješnosti rada zdravstvenog sistema u pandemiji, najvažnijom karakteristikom pokazalo se upravljanje sistemom, ali i pojedinačnim zdravstvenim ustanovama, te njihovom međusobnom koordinacijom.

2.1.2. Obuhvat funkcija strateškog menadžmenta

U januaru 2021. godine, prvi put se uz pojam strateškog menadžmenta uvodi termin *neergodički*. Mada se pojam ergodički i neergodički prvi put pominje u području fizike, odnosi se na promjene koje su iznenadne i toliko široke da obuhvataju cijeli svijet i nadilaze razumijevanje pojedinca ili grupe, kao i predikcije o posljedicama koje će ostaviti.

Nobelovac Douglass North (1999) je objasnio da trenutno živimo u neergodičkom svijetu u kojem novi ekvilibrijum nakon velikih promjena nastavlja da se mijenja, slično dinamičkom ekvilibiju u otvorenim sistemima. Pitanje koje se postavlja je kako i da li teorija strateškog menadžmenta i liderširpa može pomoći u *novoj normalnosti*? Prije nego se nastavi ova diskusija, potrebno je dati obuhvat funkcija strateškog menadžmenta i njen razvoj kroz istoriju.

Ključni pojmovi strateškog menadžmenta su: konkurentska prednost, stratezi, izjave o viziji i misiji, SWOT analiza, dugoročni ciljevi, strategije, godišnji ciljevi, politike. Oni termini se upotrebljavaju tokom cjelokupnog procesa SM, na različitim nivoima i uz učešće različitih nivoa ljudskih resursa (osnivači, vlasnici, menadžment, menadžeri srednjeg nivoa, osoblje prve linije).

Bilo da se radi privatnim, neprofitnim ili javnim organizacijama, profesionalci i dalje smatraju da je osnovni cilj svake organizacije preživljavanje. Bez potrebe objašnjavanja misije i vizije (Drucker, 1954; David i David, 2017), jasno je da je misija bazična funkcija, dužnost ili temeljni proces (ISO 9001:2015, 2016) koja čini osnovu razvoja organizacione strategije budući da objašnjava praktične funkcije organizacije s ciljem dostizanja izvrsnih performansi (Koontz i

Weihrich, 2010; Saitis i Saiti, 2018). Cady (2011), Jones i Schilling (2015) smatraju da su pojmovi misija i svrha međusobno zamjenjivi, mada se to kroz međunarodne i svjetski priznate norme ISO standarda za upravljanje organizacijama (9001:2000, 9001:2008, 9001:2015) već podrazumijeva. Naravno, misija organizacije ne može u obzir uzimati isključivo temeljni proces, već mora uključivati (Campbell i Yeung, 1991) ciljeve i biti shvaćena od strane svih IU strana organizacije. Iako pojedini autori (Cady, 2011; Huff et al, 2009) smatraju da izjavna rečenica misije mora biti motivirajuća, inspirativna i jasno prikazati organizacionu svrhu i aktivnosti, drugi autori smatraju da misija nije samo jednostavan prenos informacija o organizaciji, već je proces koji utiče pozitivno ili negativno na misli, viđenje i ponašanje zaposlenih u organizaciji, te njihovih performansi (Hill, 2015). Iako hijerarhijski nadređena, vizija u većini udžbenika strateškog menadžmenta, te stručnih članaka, uvijek biva stavljena nakon misije. Iako vizija daje odgovor na pitanje u kom pravcu se organizacija želi kretati, bez utvrđivanja jasne misije, temeljnog procesa i svrha postojanja, nemoguće je kreirati viziju koja će odgovarati datoj organizaciji. Kroz misiju, ciljevi i aktivnosti su jasni i kreiraju se strategije i politike organizacije. Organizacioni menadžment mora uzeti u obzir tri osnovna elementa (Kaplan i Norton, 1996; Verma, 2009): istoriju organizacije, njene posebne sposobnosti, kao i okruženje u kojem posluje. Vizija mora biti usklađena sa misijom, ali i organizacionim vrijednostima i kulturom, te biti inspirativna. Po Mullins (2010), vizija je sposobnost viđenja šire slike dugoročno. Mada je vizija veoma važna za motivisanje i razvoj organizacije, zaključak (David i David, 2015; Matejka, Kurke i Gregory, 1993) da bez kreiranja vizije organizacije ne mogu poslovati može se smatrati prenaglašenim. Na primjeru zdravstvenih ustanova u pandemiji jasna je važnost misije, jer iako bi viziju konkretnog slučaja predstavljala isključivo želja za izlaskom iz stanja pandemije koji je neizvjestan, misiju zaposleni moraju obavljati svaki dan (pružanje zdravstvene njege i spašavanje ljudskih života). Curran i Totten (2010) smatraju da je vizija vrijednost koja oblikuje organizacionu kulturu, dok Hitt, Ireland i Hoskisson (2017) smatraju da je to slika budućnosti koju organizacija želi postići.

Ukoliko se uzme za primjer bolnička jedinica koja ima razvijenu viziju kojom treba odgovoriti na pitanja koje ideale žele dostići, šta bi to značilo za zaposlene, šta moraju žrtvovati, vjerovatno bi odgovori bili: kraj pandemije, vanredno radno vrijeme i izloženost riziku (80 sati sedmično duži vremenski period) i život. Kreiranje vizije kao odgovor na postavljena pitanja ne bi korespondiralo sa zamišljenom svrhom vizije organizacije. U literaturi strateškog menadžmenta prilično jednoobrazno su postavljeni alati za kreiranje vizije, ne uzimajući u obzir specifikume određenih područja i vrsta organizacije (preduzetnička, mašinska, profesionalna, diverzifikovana ili inovativna organizacija). Upravo iz ovih razloga, s ciljem poboljšanja organizacione funkcionalnosti, vizija mora zadovoljavati tri osnovna elementa (Kotter, 2012). *Prvi, pojasniti izmjenu pravca kretanja* (npr. radne metode – ljekarski pregledi i savjetovanja na daljinu), budući da zaposleni mogu imati otpore prema novim metodama provođenja aktivnosti. Važno je objasniti da novi predloženi način rada, bolji nego postojeći (u slučaju pandemije spašavanje života ljekarima, ali i manja transmisija virusa).

Drugi element podrazumijeva ohrabrivanje i motivisanje zaposlenih za kretanje u novom pravcu, iako početni koraci mogu biti bolni za svakog pojedinca. Treći element odnosi se na *pomoć u koordinaciji aktivnosti* među zaposlenim na efikasan način (drugačiji ulazi i izlazi iz procesa, savladavanje novih tehnologija i slično). Iz pregleda literature jasno je da je većina autora do 2019. godine (Bouradas, 2001; Spanos, 1993; David i David, 2015; Mullins, 2010; i

drugi) smatrala da je vizija ključna za odlučivanje i stavove članova tima, te davanje smisla svakodnevnom životu. U periodu pandemije se gore navedeno zaista pokazalo važnim, mada je prenos vizije dobio sasvim drugu dimenziju. Motivisanje ljudi koje uključuje spašavanje vlastitog života dok ostaju odani misiji organizacije zaista predstavlja najjači motivacioni adut. Upravo iz razloga dvojnosti uloge ljekara u vrijeme pandemije, gdje moraju pokazati maksimum znanja, koncentracije i logike u spašavanju ljudi, istovremeno radeći pod konstantnim pritiskom obolijevanja i životne ugroženosti predstavlja najekstremnije spajanje uloge menadžera i lidera, tj. organizacione misije i vizije. Ovakav ekstrem doživljava se još jedino u vojnoj doktrini, odakle je nauka o menadžmentu u osnovi i potekla. Dodatna otežavajuća okolnost ove struke bila je i u nedovoljnom poznavanju djelovanja samog virusa, metoda izliječenja, ali i nedostajuće neophodne medicinske opreme. Pa tako, kada se govori o menadžerskim odlukama koje moraju biti etičke, odlučne i sa integritetom, treba uzeti u obzir da su svi ljekari u svijetu radeći u Covid odjelima u jednom trenutku morali donijeti odluku o tome čiji život će spasiti, a koga će pustiti da umre (Italija, Švedska, Francuska...). Ovo se dešavalo zbog nedovoljne količine medicinske opreme, a usljed velikog influksa oboljelih u kritičnim stanjima.

Kotter (2012) tvrdi da se prenos vizije mora dešavati putem interpersonalne komunikacije, tako da zaposleni mogu biti uvjereni u iskrenost, predanost i strastvenost menadžmenta. U zdravstvenim sistemima širom svijeta (mada ne postoji istraživanje na ovu temu) prostim pregledom novinskih članaka i web stranica bilo je moguće utvrditi jasnu razliku između menadžera i lidera jer su mnogi doktori napuštali svoja radna ali i upravljačka mjesta zbog straha za život usljed nepoznatog virusa. U Federaciji Bosne i Hercegovine, na nivou Kantona Sarajevo i nivou entiteta, nakon prvih smrti koje je Bosna i Hercegovina zabilježila, resorni ministri su se nalazili na bolovanju mjesecima, te je zdravstveni sistem bio prinuđen funkcionisati bez važnog dijela upravljačke strukture.

Dakle, definisanjem izjave o viziji organizacija nastoji odgovoriti na pitanje o tome šta želi postati, odnosno naslikati „veliku sliku“ o budućnosti. U procesu definisanja izjave učestvuju zaposleni organizacije i najvažnije IU strane. Izjava o misiji šire određuje buduće pravce razvoja organizacije, njene vrijednosti, prioritete djelovanja, te pozicionira organizaciju u odnosu na klijente, zajednicu i zaposlene. Jasna izjava o misiji pomaže novozaposlenima u orjentaciji pri zapošljavanju, a već zaposlenima služi kao podsjetnik usmjerenja organizacije.

Strateški menadžment je dominantni proces i pristup koji menadžeri u javnom sektoru koriste u procesu oblikovanja organizacije, kreiranje vrijednosti za interesno-uticajne snage (stakeholder-e), te osiguranja društvene uloge zdravstva. Pritom, uprkos brojnim procesima inspirisanim NPM-om (novim javnim menadžmentom) i verzijama baziranim na njemu, važno je primijetiti da sama operativna efektivnost ne može se smatrati strategijom (Porter, 1996).

U daljem procesu strateškog menadžmenta iz vizije i misije se određuju dugoročni ciljevi, strategije i godišnji ciljevi. U slučaju neprofitnih organizacija (uključujući neke koje su aktivne u oblasti zdravstva) prevelika fleksibilnost prema zahtjevima stakeholdera i donatora može dovesti do situacije da se iz vida izgube osnovne vrijednosti definisane vizijom i misijom. Javne institucije zdravstvenog sistema dužne su slijediti zakonski okvir ali i pravce razvoja ili funkcionisanja sektora na način propisan od strane osnivača (države, entiteta, kantona), uz

istovremeno uvažavanje interesa i zahtjeva ostalih interesno-uticajnih strana (pacijenti, porodice pacijenata, zajednica, zaposleni, mediji, šira javnost).

Proces strateškog menadžmenta uključuje formulaciju strategija i ciljeva, implementaciju aktivnosti za postizanje definisanih ciljeva, te konačno evaluaciju ispunjenja zacrtanih aktivnosti i uspješnosti implementacije. Proces SM temelji se na objektivnom prikazu konteksta u kojem organizacija djeluje, logičkoj međuzavisnosti između definisanih problema i akcija za rješavanje problema, te sistematičnom pristupu u donošenju odluka na temelju činjenica i dobrih podataka.

Strateški plan kao proizvod i vodeći dokument procesa SM predstavljaju „most za negdje“ (Bartkus et al., 2002). Strateški menadžment je proces postavljanja ciljeva, razvoja strategija i donošenja odluka danas za rezultate sutra (Drucker, 2003. op.cit). Menadžment i zaposlenici kroz proces strateškog promišljanja osmišljavaju viziju kompanije, artikulišu poslovnu misiju, te oblikuju poslovnu strategiju kojom se rukovode kako bi ostvarili rezultate zacrtane strateškim i operativnim dokumentima. Implementacija strategija predstavlja fazu u kojoj često dolazi do divergencije planiranog i ostvarenog, te je potrebno učiniti dodatne napore na usklađivanju ili izmjenama. Tehnike uključene u SP i SM uključuju varijacije: strateškog pregleda ili audita misije, vizije, strategije i koncepta biznisa; analize interesno-uticajnih strana; SWOT analize; identifikovanje ključnih ili distinktivnih kompetencija; razradu scenarija; situacionu analizu sektora i ekonomije; pregleda performansi unutar organizacije s ciljem lociranja područja poboljšanja za ostvarivanje strateških prednosti (Nickols, 2016).

Konkurentska prednost, kao ključni pojam SM, odnosi se na postizanje i održavanje karakteristika poslovanja, prepoznatljiv kvalitete usluge ili proizvoda, superioran način proizvodnje proizvoda ili pružanja usluga, pružanje adekvatne vrijednosti za novac, u odnosu na konkurenciju. Konkurencija se pojavljuje na različitim nivoima života. Od lokalne kompanije koja se bori za kupce, preko kompanija i organizacija regionalnog i državnog nivoa koje se međusobno takmiče za kupce, klijente ili finansije, pa sve do globalnih korporacija koje na globalnom nivou nastoje iskoristiti vlastite prednosti kako bi pobijedili konkurente.

Države se međusobno porede i nadmeću, nastojeći popraviti vlastite pozicije na globalnoj listi indeksa konkurentnosti ekonomija (World Economic Forum). U oblastima zdravstva države se nastoje pozicionirati kao najkvalitetnije destinacije zdravstvenog turizma za pojedine zdravstvene usluge (npr. Turska, Singapur). Na nižim nivoima, zdravstvene institucije se međusobno nadmeću za resurse, stručnjake, pacijente, te u području istraživanja i razvoja. Rivalstvo institucija u javnom sektoru može biti motivirajuće, ali se može desiti i da prerasta u borbu pod snažnim političkim uticajima, što se dešava na primjeru odnosa KCUS-a i Opće bolnice „dr. Abdulah Nakaš“ u Kantonu Sarajevo.

Globalna pandemija Covid-19 produbljuje nadmetanje država za ličnu zaštitnu opremu, respiratore za potpomognuto disanje u intenzivnoj njezi oboljelih, te za dostupne vakcine. Zavisno o pristupu nabavkama i preduzetnim mjerama, države manje ili više uspješno „zauzdavaju“ pandemiju, uz sprečavanje gubitaka ljudskih života. Globalna bitka za resurse nasuprot načelu solidarnosti predstavlja jednu od glavnih odlika života u vrijeme pandemije. Glavni akteri takmičenja u pronalasku vakcina su Big Pharma kompanija (Pfizer, Moderna,

Gamaleya, Oxford/AstraZeneca, Sinovac) podržane od strane država ili unija (S.A.D., Ruska Federacija, NR Kina, Evropska Unija). Krize globalnih razmjera su u pravilu prilika za velike kompanije da ostvare nove prednosti, akvizicije, spajanja ili preuzimanja rivalskih ili komplementarnih firmi.

Održavanje konkurentske prednosti veže se za faze implementacije i evaluacije SM. U odnosu na ranije periode, prednost *prvog ulaska* u brojnim industrijama se skraćuje, te na istom ili sličnom biznis modelu započinju konkurentski poslovi (novi poslovi ili diverzifikacija postojećih). U slučaju kada te konkurentske kompanije raspolažu adekvatnim finansijskim i drugim resursima za razvoj biznisa, održivost specifične konkurentske prednosti postaje izazov. Posljedično, dalja ulaganja u biznis koji predstavlja prednost postaju uteg ukupnom poslovanje i često organizaciju vode u gubitke u poslovanju.

Digitalna rješenja i online rješenja u poslovanju u sve većoj mjeri postaju osnov konkurentske prednosti u različitim industrijama, sektorima i biznisima. U zdravstvenom sektoru, ulaganja u modernu opremu omogućavaju smanjenje troškova održavanja i repromaterijala u dužem roku, pod pretpostavkom dovoljne upotrebe i adekvatnog održavanja. Kvalitetnija *digital imaging* rješenja utiču na poboljšanje dijagnostike bolesti. Oprema bazirana na laserskoj tehnologiji povećava uspješnost i izglede izlječenja, uz smanjenje troškova vezanih za bolničke dane i potrošni materijal pri oporavku pacijenata. Institucije aktivne u zdravstvu (uključujući institucije zdravstvenog osiguranja) koriste online rješenja za automatizaciju dijagnostike zdravstvenog stanja, obračun premija osiguranja, pružanje bazičnih usluga – npr. pružanje savjeta o oporavku putem Skype-a, Zoom aplikacije, Viber ili WhatsApp aplikacija. Kompanije i institucije koriste digitalne marketinške i promotivne akcije u zdravstvu s ciljem privlačenja novih klijenata i korisnika usluga. Zdravstveni sistemi država ili nižih nivoa koriste prilagođene softvere ili aplikacije za provođenje masovnih registracija za vakcinaciju (veoma uspješan primjer je eUprava Republike Srbije). Primjere korištenja online rješenja predstavljaju registracija građana za vakcinaciju u Kantonu Sarajevo ili elektronska zdravstvena knjižica koja uključuje sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta, te olakšava procese propisivanja terapije i kontrolisanog izdavanja lijekova u apotekama.

Stratezi su glavni nosioci i vođe procesa strateškog menadžmenta na različitim nivoima kompanije, organizacije ili institucije. Njihova uloga je ključna u definisanju strategije, planiranju i implementaciji aktivnosti na ostvarenju strateškog i operativnih planova. Mintzberg i Quinn (1991) navode da je strategija smatrana organizacionom i menadžerskom vještinom (administrativna, liderska, moć, javno govorništvo) još u vrijeme general stratega Perikla (450 g. p.n.e.), velikog starogrčkog oratora, vojskovođe i državnika (Mainardes, Ferreira i Raposo, 2014). Dobre strategе karakterišu liderske osobine i umijeće vođenja, jer se u prenesenom smislu strateški timovi mogu porediti sa pomenutim starogrčkim atenskim ratnim vijećem koje je odlučivalo o pokretanju ratova ili sklapanju mira. Stratezi unutar organizacije se u nekim slučajevima pozicioniraju kao CSO (engl. Chief Strategic Officer), ali uglavnom su to CEO (engl. Chief Executive Officer) ili osobe koje vode divizije ili ključne poslovne funkcije.

Liderske osobine važne su za poziciju stratega, bez obzira na kojem nivou organizacione strukture djeluje. „Liderstvo znači biti uzor“ (Doh, 2003). Lične osobine i preferencije stratega određuju načine na koje pristupaju izgradnji organizacione kulture, riziku, profitu, brizi za

dobrobit zaposlenih ili zajednice, profesionalnom razvoju zaposlenih, odnosu prema korisnicima i konkurenciji itd.

Uloga stratega je višestruka. Bave se prikupljanjem, analizom i upravljanjem informacijama, kreiraju modele predviđanja i analiziraju različite scenarije, te primjećuju nove tržišne prilike. Istovremeno, pažljivo prate aktivnosti konkurentskih firmi i trendova u industriji u kojoj posluju, te rade na utvrđivanju poslovnih prijetnji. Na bazi obavljene evaluacije performansi firme ili njenih poslovnih dijelova, razvijaju motivišuće akcione planove unutar definisanog strateškog okvira.

Djelovanje stratega u okviru javnog zdravstvenog sistema u značajnoj mjeri je ograničeno legislativnim okvirom i organizacijom zdravstvenog sistema. Uspješni stratezi nastoje izmijeniti okolnosti u kojima djeluju, kroz kontinuirano praćenje, analizu i javno zagovaranje izmjena neprilagođenih ili ograničavajućih zakonskih rješenja, načina i nivoa finansiranja, te kroz jačanje značaja zdravstvenog sektora u društvu i državi. Problem u BiH usložnjava se „političkim“ imenovanjima na rukovodeće pozicije u zdravstvenim institucijama i sistemu.

Specifični primjeri iz prakse u BiH pokazuju da mnoge zdravstvene institucije ne uspijevaju uvažiti ove kompleksne međuodnose i intenzitete moći. Dodatno, preklapanje ovlasti osnivača i finansijera (kao u slučaju institucija koje zajednički osnivaju kantoni i FBiH) dovodi do dodatnih nerazumijevanja i sukoba unutar političkog okvira u kojem institucije djeluju. Jasno definisane izjave o viziji i misiji pomažu menadžmentu, zaposlenima ali i političkim akterima, javnosti i medijima kao dobar podsjetnik na primarni fokus postojanja zdravstvenog sistema: očuvanje zdravlja pojedinaca i zdravlja u društvu. U uslovima kompleksnog uređenja zakonskih ovlasti, nedovoljno jasnih društvenih odnosa i vrijednosti, te političke arene bez jasnih pravila, očuvanje javne uloge zdravstvenog sektora i sistema postavlja se kao prioritet i jedan od najvećih izazova, posebno u vrijeme tranzicionih neoliberalnih nasrtaja na javni sektor.

Važno je naglasiti da su doktori morali u sebi objediniti ulogu menadžera i doktora, što je posebno teško uzimajući u obzir psihografske mentalne sklopove, te doktrine u kojima se, s jedne strane zahtijeva efikasnost, efektivnost i optimalno korištenje resursa koje mora biti u centru aktivnosti menadžmenta, dok s druge strane doktor polaganjem Hipokratove zakletve ima samo jedan cilj, a to je žrtvovati se za pacijenta, njegu i zaštitu života. Upravo iz ovog razloga teško je voditi se doktorskim principima uz upotrebu alata strateškog menadžmenta i tako stvarati top menadžera u zdravstvu. Usljed ove zdravstvene krize došlo je do približavanja određenih područja menadžmenta (krizni menadžment, upravljanje rizicima od katastrofa) sa medicinskom praksom.

Mnogi autori i profesionalci iz područja menadžmenta smatraju da se vodstvo ne može naučiti, za razliku od menadžmenta (Zaleznik, 1977; Halal i Brown, 1981; Northaus, 2012), jer smatraju da liderstvo nije tehnika već kombinacija sposobnosti (uvid, hrabrost, briga, povjerenje). Znanja i vještine iz područja menadžmenta se mogu savladati kroz učenje i praksu. Dobri doktori, da bi pružili zdravstvenu njegu i doveli do izliječenja pacijenta, u svakodnevnim uslovima moraju razviti povjerenje između sebe i pacijenta. Da bi se uradila kvaliteta dijagnza kroz anamnezu bolesti, pacijent umirio i pristupio uzimanju tretmana/terapije, svaki doktor u veoma kratkom vremenu mora razviti odnos u kojem kroz misiju organizacije u kojoj radi ispunjava viziju sa

svakim pojedinim pacijentom. Dakle, dobar doktor je u osnovi lider, jer mora uvjeriti pacijenta da ima uvid u njegovo stanje, da brine za njega i da pacijent treba imati povjerenje, te ga slijediti na putu vlastitog izliječenja. Vizija svakog doktora jeste izliječenje pacijenta, tako posmatrano doktor mora iskomunicirati sa svakim pacijentom viziju, strategiju, aktivnosti, ciljeve, kontrolu njegovog izliječenja, te alternativne strategije liječenja. Naravno, i pored navedenih karakteristika, top menadžeri i lideri moraju stimulisati doktore i druge zaposlene kroz njihov profesionalni razvoj i progres, te izgradnju njihovog samopouzdanja. Iz ovog razloga razvijaju se programi cjeloživotnog učenja, profesionalno skrojeni, te diplomski i master programi iz područja upravljanja namijenjeni zdravstvenim profesionalcima. Mnogi menadžeri u zdravstvu izbjegavaju opterećenje zaposlenih kroz dodatnu edukaciju iz područja menadžmenta, jer im ista nije adekvatno predstavljena, već ih većina polaznika doživljava kao dodatni posao koji nema dodirnih tačaka sa njihovim temeljnim procesima.

Prvi problem neprilagođenosti edukativnih i akademskih programa u području menadžmenta za doktore medicine, leži u rječniku koji se koristi i različitom shvatanju određenih pojmova. Jednostavno je pojasniti pojmove vizije i misije medicinskim profesionalcima, a mnogo teže je uspostaviti osjećaj odgovornosti koji se ne odnosi samo na temeljni posao kojim se bave, već i na to da njihovo ponašanje i solidarnost utiču na sve zaposlene unutar zdravstvene organizacije. Većim razvojem osjećaja solidarnosti, razvija se i stepen odgovornosti svakog pojedinog člana organizacije (Chletsos i Saiti, 2019). Menadžer bi morao znati kako razviti osjećaj uzajamne podrške među članovima tima, a u konačnom među svim zaposlenim, te odrediti pravu granicu i omjer formalnog i neformalnog komuniciranja. Naravno, nije jednostavno za doktora (koji je preuzeo ulogu menadžera na određeni vremenski period/ na srednjem ili strateškom nivou), dostići potpunu harmoniju gdje će svaki uposlenik biti zadovoljan, iz nekoliko razloga. Prvi razlog su različiti interesi uposlenih i ostalih IU strana koji mogu biti sukobljeni i divergentni, dok drugi element zavisi od pojedinaca koji većinom imaju različite stavove, percepcije, aspiracije i ponašanja. Usljed toga dolazi do konflikata na radnom mjestu, sitne ljubomore, stvaranja posebnih grupa, izopštavanja pojedinaca i sl. Uzimajući u obzir da se pritom radi o visokoprofesionalnim organizacijama gdje pojedinci imaju visok stepen autonomije u radu i nisu naviknuti da im se dodaju „administrativne“ aktivnosti, kakvim u velikoj mjeri smatraju alate za upravljanje, te ostale funkcije menadžmenta. U razvijenim zemljama već dugo vlada diskusija o tome da li direktor/top menadžer zdravstvene ustanove treba dolaziti iz područja medicine ili menadžmenta, a S.A.D. i Velika Britanija su čak koristile i podijeljene uloge u kojima su doktori menadžeri medicinskih disciplina, a profesionalni menadžeri vode sve ostale aktivnosti vezane za zdravstvenu ustanovu. Međutim, upravo ta dvojnost uloga dovodi do nerazumijevanja i stalnih tenzija između doktora i menadžera (*pat scan* će tražiti svaki doktor s ciljem što bolje dijagnostike bolesti pacijenta, dok menadžeri smatraju da se pacijent šalje na *pat scan* samo u slučajevima visoke indicije pretpostavljene bolesti, zbog visokih troškova).

Svaki zdravstveni sistem vrši svoje aktivnosti unutar određenog okruženja i ne može se posmatrati van njega. Opšte okruženje podrazumijeva vladine institucije, poslovne organizacije, obrazovne institucije, vjerske institucije, istraživačke organizacije/fondacije, te pojedince/korisnike. Na zdravstveni sistem utiču regulatorne agencije, agencije za planiranje i programiranje razvoja, primarni i sekundarni pružaoci usluga, opreme i lijekova i pojedinci/pacijenti. Takođe, uslužno područje koje utiče na rad zdravstvenih ustanova određeno je konkurencijom, vladinim servisima, organizacijama koje nisu bazirane na profitu. Npr. bilo

kakva promjena zdravstvene politike na državnom nivou kreirana u makrookruženju uticaće na aktivnosti cjelokupne zdravstvene industrije. Naravno, zdravstvene ustanove u skladu s tim moraju analizirati okruženje ali i samu ustanovu. Ovaj korak u postupku strateškog menadžmenta zove se korak strateške analize i sastoji od eksterne i interne analize (Šunje, 2005). Postoje različiti alati koji se koriste za analizu vanjskih i unutrašnjih elemenata (SWOT, VRIO, PESTEL, Porterov model analize pet sila, MOST model analize, SCRS, SOAR...). Eksternom analizom se sagledavaju i analiziraju svi bitni apsketi gore navedenog organizacionog okruženja koji se posmatra kao okvir unutar kojeg organizacija posluje. Johnson i Scholles (1998) postupak sagledavanja okruženja posmatraju kroz relevantne aspekte i faktore okruženja, razumijevanje prirode okruženja, analizu industrije i konkurencije, te vanjskih šansi i opasnosti. Iako zdravstvene ustanove unutar Federacije BiH koriste većinom Humphrey-evu SWOT analizu, bolji način sagledavanja, polazeći od misije kao vodilje, je kroz Aguilarov (1967) koncept/model PEST(EL)[13] analize.

Nakon identifikacije relevantnih aspekata i faktora okruženja kroz PEST metodološki okvir, potrebno je razumijeti prirodu okruženja kroz četiri dimenzije: dinamičnost, kompleksnost, nepredvidivost i obilnost (Wright i Raymond, 1996). Ekonomsko i političko okruženje u gotovo svim visokorazvijenim dijelovima svijeta karakteriše visok stepen stabilnosti i ne pretjerano visok stepen dinamičnosti, dok je socio-kulturno okruženje sve kompleksnije i dinamičnije, a tehnologije kompleksne i dinamične (Šunje, 2002). Dva alata, koja su najjednostavnija za razumijevanje unutar zdravstvenih ustanova su upravo PESTel i SWOT. Mada je SWOT analiza nastala još davnih 60-ih godina, ponovni fokus na ovaj alat je stavio Panagiotou 2003. godine. Dio akademskih članaka zasluge za razvoj i kreiranje ove matrice/ alata pripisuje Albert Humphreyu sa Univerziteta Stanford krajem 1960-ih godina, dok drugi dio autorstvo i razvoj SWOT matrice daje harvardskim profesorima Georgeu Albertu Smithu i Rolandu Christiensenu tokom ranih 1950-ih (Friesner, 2011). Analiza vanjskih prilika i prijetnji, kao i unutrašnjih snaga i slabosti omogućava organizaciji/instituciji da realno sagleda vlastitu poziciju, domete, kontekst, te da ne temelju analize kreira vlastite dugoročne kratkoročne ciljeve, planira resurse i kadrove, te tako osigura polazište za dalji razvoj. Situaciju u mnogim tranzicionim zemljama, pa tako i u BiH, karakteriše veliki odliv stručnih kadrova u inostranstvo, što je ujedno i jedna od najvećih prijetnji funkcionisanju zdravstvenog sistema i samih institucija. Nedovoljno ili neredovno finansiranje javnog zdravstvenog sektora iz javnih budžeta ili fondova zdravstvenog osiguranja u mnogim kantonima onemogućava pravilno funkcionisanje zdravstvenih institucija (bolnica, domova zdravlja, hitne medicinske pomoći).

Neadekvatna materijalna opremljenost (npr. nedostatak opremljenih vozila hitne pomoći, medicinskih helikoptera, motornih sanki za spašavanje i situacije otežanog pristupa lokalitetima) otežavaju pružanje hitne asistencije pacijentima, posebno u opštinama u ruralnim predjelima. Prijetnju bez presedana za cjelokupni zdravstveni sistem zemlje predstavlja pandemija Covid-19, posebno jer je riječ o događaju globalnih razmjera koji je istovremeno ugrozio gotovo sve zemlje svijeta, uzrokovao disrupciju globalnih lanaca snabdijevanja, te posljedično izazvao nadmetanje za medicinskom opremom i resursima. U komparativnom smislu, odgovor zemlje nije bio adekvatan. Ovo potvrđuju podaci po indikatoru prosjek smrtnosti na 100 000 osoba, koji BiH svrstavaju među države sa najvećom smrtnošću od

[13] Politički aspekt, aspekt okruženja, društveni aspekt, tehnološki, te okolinski i pravni aspekt

posljedica Covid-19. Ranije navedene vanjske prijetnje, uz izuzetno komplikovan zdravstveni sistem u FBiH i njenim kantonima, predstavlja neke od mogućih uzroka loših performansi. Snažno zalaganje medicinskih radnika u uslovima nedovoljne materijalne i tehničke opremljenosti doprinosi smanjenju negativnih efekata neadekvatne organizacije sektora.

Vanjske prilike institucije nastoje vidjeti u nabavkama novih tehnologija (dijelom pojašnjenim u opisu konkurentskih prednosti), otvaranju novih područja pružanja usluga (uz značajan rast segmenata povezanih sa zdravstvenim turizmom, *welness* programima, te programima vezanih za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju). Praćenjem demografskih trendova i podataka pojedine institucije uviđaju prilike koje proizlaze iz porasta prosječne starosti stanovništva, te otvaraju specijalizovane institucije za pružanje njege osobama treće životne dobi (domovi za njegu, hospisi za osobe u terminalnoj fazi bolesti). Ograničavajuće faktore za razvoj pomenutih vanjskih prilika predstavlja neuređen okvir poslovanja (nepokrivenost pojedinih usluga zdravstvenim osiguranjem; nerazvijenost finansijskih instrumenata osiguranja koji bi omogućili lakšu pokretljivost između različitih institucija, npr. javna bolnica – privatni hospis u slučaju terminalne faze bolesti); neuređen i neadekvatno kontrolisan mehanizam „transakcije“ kojom bi se omogućilo da osoba u potrebi doživotne zdravstvene njege i skrbi istu dobije u privatnom zdravstvenom sektoru u zamjenu za vlastite nekretnine, uz fer tržišnu procjenu vrijednosti. Uz prethodno navedene nepovoljne demografske trendove, lošu ekonomsku situaciju i nizak nivo ličnih prihoda, nepovoljni uslovi za poslovanje stranih subjekata otežavaju direktna strana ulaganja (u punom obimu ili u *joint venture*-u sa domaćim investitorima). Ovim se gube prilike za uvoz i primjenu modernih tehnologija i poslovnih procesa iz zemalja sa razvijenim zdravstvenim sektorom.

Analiza internih snaga i slabosti predstavlja jedan od ključnih koraka strateškog menadžmenta. U okviru procesa organizacija/institucija nastoji objektivno sagledati aktivnosti u vlastitom dometu u različitim poslovnim funkcijama. Zavisno od organizacione strukture, djelatnosti, institucija poredi vlastite snage i slabosti prevashodno u odnosu na konkurenciju. Poslovne funkcije marketinga, finansija, IT, distribucije ili druge funkcije podliježu analizama i mjerenjima performansi u odnosu na kompetitivno okruženje kompanije ili prosječne performanse industrije ili sektora u kojem organizacija djeluje. Na bazi rezultata benchmarking-a i ustanovljenih internih snaga i slabosti, a u kombinaciji sa vanjskim prijetnjama i prilikama, kreira se mogućnost odlučivanja na temelju podataka i analiza o budućoj strategiji, dugoročnim i kratkoročnim ciljevima i aktivnostima organizacije, te politikama i procedurama implementacije aktivnosti. Menadžment se opredjeljuje za najbolje strategiju u okviru datog stanja i mogućnosti. Intelektualni kapital (znanja, vještine, iskustvo), uz eksterne okolnosti i interne sposobnosti) predstavljaju temelj konkurentske prednosti i uspjeha strategije.

U situaciji globalne krize zdravstva uzrokovane pandemijom Covid-19 koronavirusa, sve zemlje svijeta nastoje se prilagoditi *novom normalnog* putem ulaganja u zdravstveni sistem, nabavke resursa i opreme, te mjere zaštite stanovništva (karantin, nošenje zaštitnih maski u zatvorenom prostoru i sl.). Iako su se na deklarativnom nivou brojne zemlje i asocijacije zemalja obavezale na solidarnost pri nabavkama opreme i proizvedenih vakcina, jasno je da stvarno stanje nije takvo. Ograničene količine stižu do siromašnijih zemalja putem zajedničkog sistema solidarnosti WHO *Covax*, dok se na tržištu vakcija odvijaju velike bitke između različitih zemalja. Vraćanjem na izvorišta strategija (umijeće ratovanja, umijeće vođenja vojske) može

se ustvrditi da današnja globalna situacija u velikoj mjeri podsjeća na sve elemente vođenja ratova, ovaj put u području ravnomjerne dostupnosti medicinske opreme i vakcina. Strategije velikih i moćnih zemalja su u ovom procesu zasnivaju na očuvanju vlastitog stanovništva i resursa, dok se solidarnost prema drugim državama i njihovom stanovništu često povezuje sa političkim i ekonomskim interesima zemlje donatora. Vještina predviđanja i usmjeravanja vođenja političkih događaja, kao dio strategije, u ovom procesu može osigurati repozicioniranje država na globalnom planu, u novoj raspodjeli moći i uticaja. Na primjeru S.A.D. se 2020. godine moglo vidjeti šta pogrešno postavljena konkurencija može značiti za zemlju i njenih 331 miliona stanovnika.

Konkurencija među državnim i lokalnim samoupravama između 50 država S.A.D.-a u martu 2020. godine dovela je do nadmetanja za medicinsku opremu i konsekventni rast cijena opreme. Njemačka je takođe podbacila u analizi zdravstvene industrije budući da se većina medicinske opreme do 2020. godine nabavljala najvećim dijelom iz Kine. Važnost analize industrije, ali i konkurencije u kojoj se određena organizacija nalazi, neophodna je ne samo za direktno i neposredno okruženje u kojem posluje, već i na globalnom nivou. Međutim, neophodno je razumijevanje da pogrešno postavljena analiza konkurencije može dovesti do pada efikasnosti i efektivnosti, čak i međusobno konkurentnih organizacija (primjer S.A.D.), dok pozitivni primjeri javnih i privatnih zdravstvenih ustanova koje su bile konkurenti prije pandemije, u post-pandemijskom vremenu moraju zajednički koordinisati napore i sarađivati u cilju poboljšanja zdravlja ljudi (npr. nakon što pacijenti preboluju infekciju Covid-a, a imaju post-Covid simptome neophodno je poslati ih u zdravstvene ustanove koje će im obezbijediti dugoročni tretman i brži oporavak). Nakon interne analize organizacije u smislu analize njenih resursa i metoda, sposobnosti i vrijednosnog lanca može se pristupiti oblikovanju poslovne strategije.

2.2. Terminološke odrednice upravljanja kvalitetom

Vrlo je teško jednoznačno odrediti definiciju kvalitete koja bi obuhvatila sve aspekte kvalitete i precizno određivala sve njene bitne elemente. Iako u principu svi ljudi znaju prepoznati kvalitetu, problem obično nastaje pri pokušaju pojašnjavanja što to čini kvalitetu. Različite vizure posmatranja kvalitete još više komplikuju pokušaje razjašnjenja fenomena kvalitete. Zavisno o perspektivi pojedinca, kvaliteta može varirati. Ono što nekome predstavlja kvalitetu visokog nivoa, druga osoba može smatrati kvalitetom prosječnog ili čak niskog nivoa. Zavisno o poimanju kvalitete, te ustanovljenim standardima za pojedine oblasti, procesom upoređivanja sa standardima može se približno odrediti nivo kvalitete.

Osnovni zadaci jednog preduzeća su osiguranje kvalitete i upravljanje kvalitetom. Kvalitet je u posljednjih dvadesetak godina postao centralna preokupacija velikih kompanija, preduzeća i zdravstvenih ustanova u Evropi i svijetu. Usvajanje sistema kvaliteta treba biti strateška odluka svake organizacije. Primjena sistema upravljanja kvalitetom u organizaciji nalazi se pod uticajem različitih zahtjeva, određenih ciljeva, proizvoda ili usluga koje se nude, procesa te veličine i strukture organizacije. Kada se govori o kvaliteti i upravljanju kvalitetom, potrebno je osvrnuti se na evoluciju poslovnih strategija. Od onih sa najnižeg nivoa "zadovoljiti

potražnju" do "**biti vodeći**". Šta onda znači "biti vodeći" – proizvesti robe ili pružiti usluge veće nego što korisnik, odnosno korisnik usluga traži, te zadovoljiti sve interesno-uticajnih strane.

Zavisno o poimanju kvaliteta, te ustanovljenim standardima za pojedine oblasti, procesom upoređivanja sa standardima može se približno odrediti nivo kvaliteta. Mjerenje stepena dostizanja dogovorenih indikatora (pokazatelja) uspješnosti u dostizanju standarda kvaliteta predstavlja uobičajeni način, koji se koristi za olakšavanje razumijevanja kvantitavnih, ali i kvalitativnih svojstava proizvoda ili usluge. Razumijevanju kvalitete, iz perspektive klijenta, vrlo je bliska definicija kvalitete koju je dalo Američko društvo za kvalitet*: Kvalitet je subjektivan pojam za koji svaka osoba ima svoju definiciju* (ASQ, 2009*).* Mnogi autori su na različite način definisali kvalitet. Perspektiva korisnika usluge ili proizvoda predstavlja jednu od najvažnijih perspektiva u postupku definisanja kvaliteta. Percepcija korisnika ključni je element procesa procjene vrijednosti za svakog pojedinca i sastoji se od slijedećih faktora: kvaliteta proizvoda ili usluge, usluge koje organizacija pruža, zaposlenika, imidža organizacije, prodajne cijene proizvoda ili usluge, ukupnog troška korisnika za proizvod ili uslugu. Različiti korisnici daju veći značaj nekim faktorima, neki drugima (Goetch & Davois, 2006). Marketing zdravstvenih ustanova i pokušaji uticaja na percepciju korisnika predstavljaju sve snažnije alate u pokušaju pozicioniranja zdravstvenih ustanova na tržištu i u okruženju. Pored uticaja na percepciju korisnika, vrlo je važno da proizvod ili usluga koje nude organizacije imaju upotrebnu vrijednost za korisnika. Definicija kvaliteta prema normi ISO 9000:2015 je slijedeća: *Kvalitet je stepen do kojeg skup svojstvenih karakteristika ispunjava zahtjeve* ili *Kvalitet je obim i oblik upotrebne vrijednosti proizvoda / usluge i mjera koja pokazuje do koje razine taj proizvod zadovoljava određene zahtjeve korisnika* (ISO, 2015).

Distinktivnost proizvoda ili usluge koja utiče na percepciju korisnika, kao prvi bitan element kvaliteta, te upotrebna vrijednost za korisnika, kao drugi element, daju veliki doprinos kreiranju kompleksnog konstrukta kvaliteta. Aristotel piše o kvalitetu kao "razlici jedinki". Na posredan ili neposredan način, kvalitet je tumačen vjerovatno još od nastanka ljudskog društva. U Hamurabijevom zakoniku ili "Knjizi mrtvih" koja propisuje procedure pokopa faraona, već su date neke odrednice kvaliteta proizvoda (gradnje) ili procesa (procedure pokopa). Kineski car Qin Shi Huang propisao je da roba koja dolazi u carsku palatu mora imati oznaku porijekla, a u slučaju neipravnosti proizvođač bi bio kažnjen (Šofranac, 2008). Pomenuti primjeri samo daju naznaku o stalnoj prisutnosti kvaliteta među ljudima. Ipak, tek je u 20. vijeku započelo nešto što bi se moglo okarakterisati kao promišljanje kvaliteta. Naravno, pojavljivali su se različiti pristupi i tumačenja kvaliteta, zavisno o pristupu i polju interesovanja autora. Crosby kvalitet smatra besplatnim, jer ustvari ono što košta je nekvaliteta i potreba obavljanja dodatnih aktivnosti koja je nastala kao posljedica lošeg obavljanja ili neobavljanja aktivnosti. Važno je raditi prave poslove u pravo vrijeme, kako bi se izbjegle negativne posljedice i povećanja cijena proizvoda ili usluge. Odgovornost uprave, mjerenje kvalitete kroz troškove kvaliteta, jasno isticanje "0 defekata" te potrebe da svi zaposleni shvate značenje kvaliteta, predstavljaju glavne odrednice Crosbyjevog pristupa kvalitetu.

Ove odrednice su velikim dijelom u saglasnosti sa opštim zaključcima koji se mogu vidjeti i u pristupu drugih značajnih autora (Deming, Juran, Feigenbaum) - **kvalitet najviše utiče na uspjeh kompanije i daje stratešku važnost menadžmentu, odgovornost vrhovnog menadžmenta i svih zaposlenih za kvalitet**.

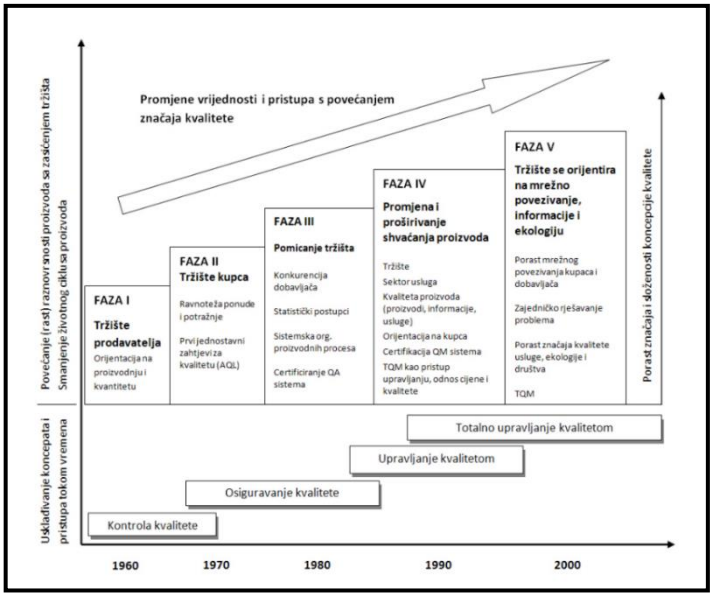
Feigenbaum je u definiciji kvaliteta naglasio ključnu ulogu potrošača/korisnika u definisanju standarda kvaliteta: *Kvalitet određuje potrošač na osnovu svog stvarnog iskustva sa proizvodom ili uslugom mjerenog prema svojim očekivanjima - izrečenim ili neizrečenim, svjesnim ili tek naslućenim, tehnički operativnim ili u potpunosti subjektivnim – predstavljajući tako pomičnu metu na visoko konkurentnom tržištu*"(Summers, 2009).

Tabela 1.: Definicije kvaliteta

PRIMJER NEKOLIKO DEFINICIJA KVALITETA	
Schroeder	Pojam kvaliteta koristi se na različite načine i ne postoji jasna definicija
Pirsig	Iako kvalitet ne može biti definisan, vi ipak znate šta on jeste
Juran	Kvalitet kao prikladnost za upotrebu
Wild	Kvalitet proizvoda je stepen do kojeg zadovoljava zahtjeve, tj. potrebe potrošača
Stevenson	Sposobnost proizvoda da konzistentno zadovoljava ili premaši očekivanja korisnika
Ford	Kvalitet znači raditi pravu stvar kada niko ne gleda

Izvor: Skoko, 2000

Hammer i Champi bave se definisanjem kvaliteta procesa (koji sa proizvodom čini bilo koji sistem) kao "zbira aktivnosti koje uzimaju jednu ili više stvari u inputu i kreiraju output, a da to bude vrijedno i korisno za naše potrošače, kupce, odnosno klijente" (Skoko, 2002. op.cit). Svaka organizacija i preduzeće već posjeduje sistem osiguranja kvalitete koji nije implementiran ili prepoznat kao takav. Međutim, da organizacije ne posjeduju sistem osiguranja kvaliteta, ne bi mogle obavljati svoje poslovne procese. Shodno tome, neophodno je da svaka organizacija prepozna postojeći sistem osiguranja kvaliteta, da ga procijeni, popravi nedostatke i u budućnosti, kroz strukturu i razvoj organizacije, njime i upravlja.



Slika 4.: Etape razvoja kvalitete (Oskar, 2007)

Upravljanje kvalitetom jeste poseban način organizovanja napora svih uposlenih. Krajnji cilj jeste harmonizovanje njihovog rada na takav način da, ne samo ljudi pristupaju zadacima sa entuzijazmom, već da učestvuju i u poboljšavanju načina na koji se poslovi obavljaju. Upravljanje kvalitetom uvodi značajne promjene u odnosu između onih koji upravljaju i onih koji obavljaju posao. Poznati teoretičari kvalitete Harvey i Green (1996) fokusirali su se na uticaj različitih koncepcija kvaliteta od strane različitih interesnih grupa: "Ovo nije različita perspektiva iste stvari, već različite perspektive o različitim stvarima pod istom oznakom." U njihovoj dekonstrukciji koncepta kvaliteta, identifikovali su pet kategorija ili načina razmišljanja o kvalitetu. Kvalitet je koncept te, kao i ostali koncepti koji uključuju konflikte, nezadovoljstvo, krivicu, nije uvijek primjetan. Naravno, kada se govori o različitim perspektivama interesnih grupa, treba voditi računa i o hijerarhiji elemenata kvaliteta na nacionalnom – strukturalnom nivou (politike, strukturalne promjene i zakoni na državnom

nivou koji utiču na sve ustanove), organizacionom nivou (promjene unutar sistema) i individualnom (motivacije i ciljevi pojedinaca).

Nekoliko istraživanja provedenih od strane Taylora i Campbella (1999) svjedoče o postojanju nepovjerenja nastavnog osoblja u sisteme upravljanja kvalitetom. U zdravstvenim sistemima se pojavljuje identična problematika. Javnim zdravstvenim ustanovama se pokušava upravljati kao preduzećima/ korporacijama, gdje je jedini cilj efikasno i efektivno poslovanje, koje se može mjeriti i ostalim kriterijima, ali uglavnom finansijskim. Medicinski profesionalci često smatraju da top menadžment na nivou zdravstvene ustanove želi pretvoriti zdravstvenu ustanovu u korporativnu uslužnu industriju, koja djeluje kao pružatelj usluga pacijentima, i finansirana je od vlade.

Tabela 2.: Koncepti razumijevanja kvalitete u javnom sektoru

PRISTUPI KVALITETI		
1.	Kvalitet kao izuzetnost	a) Tradicionalno poimanje kvaliteta
		b) Izvrsnost (dostizanje najviših standarda)
		c) Provjeravanje standarda
2.	Kvalitet kao perfekcija ili konzistentnost	a) 0 grešaka
		b) Kultura kvaliteta
3.	Kvalitet kao svrsishodnost	a) Svrsishodnost 1 – specifikacija klijenata
		b) Zadovoljavanje zahtjeva
		c) Svrsishodnost 2 - misija
		d) Osiguranje kvaliteta
		e) Zadovoljstvo klijenata
4.	Kvalitet kao "vrijednost za novac"	a) Indikatori performansi
		b) Povelje / zahtjevi korisnika
5.	Kvalitet kao transformacija	a) Unapređenje korisnika
		b) Dodana vrijednost
		c) Osnaživanje učesnika

Izvor: Harvey and Green, 1996 – obrada autora

Kvalitet kao izuzetnost: Ovo je tradicionalan, elitistički pogled koji smatra da samo najviši standardi izvrsnosti i izuzetnosti (koji obično podrazumijevaju veliku težinu i visok nivo složenosti i kompleksnosti zdravstvenih usluga, ozbiljnost postupka tretmana i liječenja pacijenata i sl.) pokazuju istinski kvalitet. Ovakav pristup razumijevanju kvaliteta ne mjeri grupu standarda, niti jasno definiše šta smatra kvalitetom. "Kao što se Rolls Royce smatra – kvalitetnim automobilom, zbog njegovih kvalitetnih dijelova, konstrukcije itd., tako možemo sagledati i (obrazovne) institucije" (Lomas, 2002).

Ovaj pristup uključuje **tri koncepta kvaliteta** i to: tradicionalno poimanje kvaliteta, kvalitet kao dostizanje najviših standarda i kvalitet kao provjeravanje standarda. *Prvi pristup* posmatra kvalitet kao različitost u odnosu na druge, podrazumijeva da ustanove inkorporiraju kvalitet i ne moraju je prikazivati. Veže se uz nešto što je različito, specijalno i ima visok kvalitet. Ovakvo shvatanje kvaliteta podrazumijeva ekskluzivnost i nije determinisano procjenom onoga što se nudi, već je bazirano na pretpostavci različitosti i nemogućnosti pristupa za sve. Ovo nije kvalitet određen grupom kriterija, jer ne nudi referentne tačke na osnovu kojih se mjeri kvalitet. *Drugi pristup* shvata kvalitet kao dostizanje veoma visokih standarda, kao i u prethodno predstavljenom tradicionalističkom pristupu, ali za razliku od njega ima potrebu za demonstracijom dostignutih standarda. Pristup je, takođe, elitistički, jer druge institucije ne mogu dostići iste standarde.

Ovaj pristup se fokusira na kvalitet inputa – najbolje radno okruženje, najbolja oprema, najbolji ljudski resursi. Izlazni kvalitet (output) posmatra se kao funkcija izvrsne kvaliteta ulaznih elemenata. Ovo gledište je slično tradicionalnom poimanju kvaliteta, ali ono identificira elemente izvrsnosti, dok u isto vrijeme osigurava teško dostizanje drugima. Razumijevanje izvrsnosti u zdravstvenom sektoru se najviše fokusira na inpute i outpute. Ukoliko ustanova osigurava najbolje resurse (infrastrukturne i ljudske) podrazumijeva se da će biti izvrsna. *Treći pristup* gleda kvalitet kao atribut proizvodu ili usluzi koja može proći rigoroznu provjeru. Kvalitet je usklađenost sa eksternim zadatim standardima. Ovaj pristup počiva na pretpostavci da su standardi objektivni, da se mogu primjeniti na sve zdravstvene ustanove u bilo kojem periodu. Posljednji pristup, u nizu razumijevanja kvaliteta kao izuzetnosti, jeste onaj koji kaže da će se određena ustanova ili procedura, ukoliko zadovoljava minimum postavljenih kriterija, tretirati kao kvalitetna. Npr. pristup zadovoljavanja osnovnog praga standarda koristi se od strane osnivača zdravstvenih ustanova. U svakom trenutku postoji apsolutna referentna tačka (ili standard) na osnovu koje se mjere rezultati date usluge. Rezultati se zatim vrednuju i ustanove koje zadovoljavaju postavljene kriterije prolaze. Referentne tačke mogu biti postavljene interno, od strane medicinske struke, ili eksterno, od strane sertifikacijske kuće ili akreditacijskog tijela.

Kvalitet kao perfekcija ili konzistentnost: Ovaj pristup definiše kvalitet kao konzistentnost u ostvarivanju rezultata bez ijedne greške. Na određen način ova definicija urušava koncept kvaliteta kao "dostizanje izvrsnosti" (za koju je jasno da organizacije mogu samo stremiti ka njoj, ali ne je i dostići). Gore navedena definicija je možda i ostvariva u industriji, budući da postoje detaljni standardi za proizvodnju i dostizanje ciljeva, ali za zdravstvene ustanove bilo bi zaista nemoguće definisati korisnika *bez greške / mane,* a i ciljevi zdravstvenih ustanova jesu prilagoditi tretman i terapiju za svakog pojedinog pacijenta Pristup "0 grešaka" redefiniše kvalitet kao usklađivanje sa datim specifikacijama. Na ovo se često gleda kao na dostizanje izvrsnosti, ali se ne smije zamijeniti sa izvrsnošću u smislu dostizanja visokih standarda. U ovom pristupu, postoji razlika između kvaliteta i standarda. Princip "0 grešaka" podrazumijeva ne samo zadovoljenje specifikacija, već i njegovu konzistentnost. Iako je ovaj pristup previše idealističan za zdravstveni sektor, on ipak potiče razvoj i unapređenje kvalitete (Parri, 2006). Drugi pristup kvalitetu temelji se na kulturi kvaliteta. Kultura kvaliteta je pristup po kojem su svi unutar organizacije, a ne samo oni koji su zaduženi za kvalitet (menadžeri, predstavnici Uprave, auditori...), odgovorni za kvalitet. Osnovni sadržaj ovog pristupa temelji se na postavci da je svaki uposlenik u organizaciji ujedno korisnik i dobavljač drugim uposlenicima ili timovima. Svaka jedinica ima odgovornost za kvalitetu unutar svog obima posla. U kulturi kvaliteta ne postoji potreba provjere izlaznog rezultata. Iako bi kultura kvaliteta trebala biti integralni dio kreiranja novog pristupa kvalitetu, ovaj pristup prebacuje odgovornosti na svaki slijedeći stepen u realizaciji aktivnosti unutar procesa. Fokusira se na procese i postavlja strategije dostizanja ciljeva.

Kvalitet kao svrsishodnost: Ovaj pristup kvaliteti sadrži pragmatičnu konceptualizaciju kvaliteta i vidi ga kao svrhu objekta koji je ispitivan. Fokusira se na funkciju objekta, a kvalitet je na njegovim atributima i funkcionalnosti. Naglašava potrebu postizanja ili usklađivanja s opšteprihvaćenim standardima, koje je utvrdilo akreditacijsko tijelo, tj. tijelo nadležno za osiguranje kvaliteta, pri čemu se naglasak stavlja na efikasnost radnih procesa zdravstvene ustanove ili medicinskih/ kliničkih puteva u ispunjenju navedenih ciljeva i misije.

Prema ovom konceptu ustanova mora odrediti obim usluga i proizvoda za zadovoljavanje postavljenih ciljeva. Pristup razumijevanju kvaliteta fokusira se isključivo na svrhu samog proizvoda ili usluge. Dakle, ukoliko određena organizacija pruža usluge koje zadovoljavaju potrebe korisnika, nije potrebno preispitivati kvalitet. Ono što je problematično kod ovog pristupa postaje razumljivo ukoliko se postavi pitanje: čiju svrhu ispunjava, za koga i kako se to procjenjuje? *Svrsishodnost* uključuje tačno definisanje zahtjeva korisnika te usklađivanje rezultata sa postavljenim zahtjevima.

U ovom pristupu postavlja se osnovno pitanje: o kojim korisnicima se govori. Ukoliko se radi o pacijentima, teško će definisati svoje zahtjeve (osim izliječenja) i osim toga u zdravstvenim ustanovama kvalitet počiva na participativnom odnosu svih zainteresiranih strana. Dok se pacijent posmatra kao korisnik usluga, teško je dostižan kvalitet u inovacijama, istraživanju, učenju i transformaciji. *Svrsishodnost: misija i osiguranje kvalitete:* Alternativna perspektiva viđenju kvaliteta kao svrsishodnosti izbjegava pitanja određivanja korisnika zdravstvenih ustanova, vraćajući fokus na samu instituciju. *Zadovoljstvo klijenata:* Prethodna dva primjera se ujedinjuju, ukoliko institucionalna misija uključuje potrebe ili očekivanja interesnih grupa (pacijenata, zaposlenika, poslodavaca, osnivača i društvene zajednice).

Kvalitet kao vrijednost za novac: Ovaj pristup "vrijednost za novac" daje fokus na procjenu efikasnosti korištenja inputa u postojećim procesima i mehanizmima. U zdravstvenim sistemima ovaj koncept se izjednačava sa ekonomskom efikasnošću i odgovornošću. Kvalitet kao vrijednost za novac se naglašava u zdravstvenim ustanovama (privatnim) orijentisanim na tržište. Smatra se da će u konkurentskom okruženju samo tržište voditi računa o kvaliteti.

Populističko razumijevanje kvalitete se izjednačava sa vrijednošću za određeni iznos: "Kvalitet po cijeni koju možete priuštiti". Ovdje se kvalitet usluge povezuje sa vrijednošću za novac, kroz zahtjeve za efikasnošću i efektivnošću. Vrijednost za novac je pristup koji je tržišno orijentisan, koristi indikatore performansi, zahtjeve korisnika i top liste zdravstvenih ustanova da bi kreirao meta-tržište zdravstvenog sektora kroz konkurentnost.

Kvalitet kao transformacija: Transformacijska perspektiva razumijevanja kvaliteta ima svoje korijene u "kvalitativnim promjenama", kao osnovom izmjene forme. Transformacija ustanove, metode ili kliničkog puta pacijenta ili zaposlenika nije ograničena isključivo na navedeno, već podrazumijeva kognitivnu transformaciju. Izliječenje (liječenje) je participativan proces i samim tim pacijenti nisu korisnici, konzumenti ili mušterije, oni su jednostavno učesnici. Zdravstvo nije usluga za korisnike, već stalni proces transformacije učesnika. Dodana vrijednost označava mjeru kvalitete u kojoj je pacijent poboljšao svoje zdravstveno stanje.

U nastavku je prikazana komparacija predstavljenih koncepata kvalitete:

Tabela 3.: Komparativni koncepti kvalitete

Koncepti	**Standardi izuzetnosti**		**0 grešaka**	**Svrsishodnost**	**Vrijednost za novac**	**Transforma cija**
Ključne riječi	Specijalna	Prolazi ljestvicu	Konzisten-tnost	Vezana za funkcije	Efikasnost	Kvalitativne promjene
Priroda	Potpuna	Potpuna	Potpuna	Relativna	Relativna	Relativna
Fokus na	Input	Input / output	Proces	Output	Output	Proces
Mjerenje	Intuitivno / ekspertiza	Standardi-zacija	Stalna kontrola	Procjena	Uspjeh na tržištu	Dodana vrijednost
Napredak	Ekskluziv.	Evaluacija	Kontrola	Evaluacija misije	*Laissez faire*	Sloboda
Interesne grupe	Medicinsko osoblje	Vlada / zaposlenici	-	Vlada	Vlada	Doktori/ pacijenti

Izvor: Ehsan, 2004

Svaki od predstavljenih pristupa ima svoje prednosti i nedostatke, te je više ili manje prilagođen određenom vremenskom periodu i /ili nacionalnom kontekstu. U smislu evolucije, prisutna su stalna kretanja, kao i oscilacije između relativnog i apsolutnog, unutrašnjeg i vanjskog, osnovnog i naprednog, tj. sofisticiranijeg poimanja kvaliteta. Međutim, integrisanost slijedećih elemenata zajednička je svim ovim pristupima: a) Ostvarenje minimalnih standarda i referentnih vrijednosti; b) Postavljanje ciljeva u diverzifikovanom kontekstu i ostvarenje ciljeva uz input i varijable; c) Sposobnost zadovoljenja zahtjeva i očekivanja svih interesnih grupa; d) Težnja dostizanju izvrsnosti (Van Damme, 2003).

Mjerenje stepena dostizanja dogovorenih indikatora (pokazatelja) uspješnosti u dostizanju standarda kvaliteta predstavlja uobičajeni način koji se koristi za olakšavanje razumijevanja kvantitavnih, ali i kvalitativnih svojstava proizvoda ili usluge. Mnogi autori su na različite načine definisali kvalitet. Perspektiva korisnika usluge ili proizvoda predstavlja jednu od najvažnijih perspektiva u postupku definisanja kvaliteta. Međutim, nikako ne predstavlja jedinu perspektivu, već uključuje mjerenje svih aspekata rada i aktivnosti unutar ustanove (npr. kvaliteta proizvoda ili usluge; zaposlenika; imidža organizacije; cijene proizvoda ili usluge; ukupnog troška korisnika za proizvod ili uslugu itd.), kako to ocjenjuju Goetsch i Davis (2006).

Odgovornost uprave, mjerenje kvaliteta kroz troškove kvaliteta, jasno isticanje "0 defekata" te potrebe da svi zaposleni shvate značenje kvalitete predstavljaju glavne odrednice Crosbyjevog pristupa kvaliteti. Ove su odrednice velikim dijelom u saglasnosti sa opštim zaključcima koji se mogu vidjeti i u pristupu drugih značajnih autora - kvalitet najviše utiče na uspjeh kompanije, daje stratešku važnost menadžmentu, te postoji odgovornost vrhovnog menadžmenta i svih zaposlenih za kvalitet.

Kvalitet predstavlja ključno oruđe konkurentnosti, obzirom da su u današnjem vremenu veoma rijetke djelatnosti ili područja rada koja nisu izloženi globalnoj ili internacionalnoj konkurenciji. U tom smislu treba posmatrati i strategije koje provodi EU u posljednoj deceniji, kako bi unaprijedila vlastite mogućnosti na globalnom nivou. Evropska povelja o kvalitetu naglašava kvalitet kao "prednost za Evropu u međunarodnoj utrci". Potpisnice Povelje (EU, unije poslodavaca, malih i srednjih preduzeća, te evropske organizacije za kvalitet EFQM i EOQ) su se obavezale djelovati na akcijama za poboljšanje kvaliteta na svim nivoima, kako bi Evropa mogla konkurisati ostalim na svjetskom tržištu (EQCM; 2013).

2.2.1. Znanja i vještine u upravljanju kvalitetom

Kompetencije se odnose se na nivo znanja, vještina i sposobnosti koje profesionalac posjeduje u oblasti svoga rada. U oblasti upravljanja ljudskim resursima često se koristi akronim KSA (engl. *Knowledge, Skills, Abilities/Attitudes/Aptitudes*). Menadžment u zdravstvu posljednjih nekoliko decenija usvaja menadžerske koncepte i prilagođava ih specifičnostima svoga djelovanja. Kao i u mnogim drugim oblastima, principi *Novog javnog menadžmenta* ovladavaju javnim prostorom, te se fokus prebacuje na odgovornost zdravstvenih menadžera za efikasno i efektivno poslovanje.

Menadžeri zdravstvenih institucija koji su obrazovani u medicinskoj struci nalaze se pred naletom njima novih pojmova iz vokabulara menadžmenta i pritiscima koji se ispoljavaju u postizanju „vrijednosti za novac“. Raste interes medicinskih doktora za programe obrazovanja iz oblasti menadžmenta (MBA i Executive programi), te ponuda edukativnih programa iz oblasti zdravstvenog menadžmenta koje nude poslovne škole i univerziteti (Boston Globe, 2013). Istovremeno, prepoznavanjem nedovoljne upoznatosti medicinskog kadra o temama iz upravljanja institucijama, zdravstvene institucije (pretežno privatne) sve češće imenuju kao direktore ili izvršne direktore osobe koje su završile napredne studije menadžmenta ili biznisa (MBA). Glavni problem ovim menadžerima predstavlja njihova nedovoljna upoznatost sa specifičnostima funkcionisanja zdravstvenog sistema, sektora ili samih institucija. Institucije u ovim slučajevima posežu za podijeljenom odgovornošću i popunjavanjem pozicija koje omogućavaju sinergiju dvije oblasti – medicinskog direktora i izvršnog direktora. Ovaploćenje ove dihotomije nalazi se u pitanju ko treba voditi zdravstvene institucije – MD ili MBA (medicinski doktori ili magistri poslovne administracije), kako to navode Schultz i Pal (2004).

Ipak, smatra se da ovo predstavlja lažnu dilemu, te da se budućnost zdravstvene zaštite zasniva na konvergenciji ove dvije „struje“, te da se međusobne optužbe o „pretjeranoj potrošnji novca i neefikasnosti“ (navodno od strane doktora) ili o „žrtvovanju zdravlja ljudi zbog ušteda novca“ (navodno od strane izvršnih direktora) ne zasnivaju na realnosti. Ujednačavanje kompetencija menadžera (bilo da su MD ili MBA) i osiguranje kompatibilnosti njihovih znanja i vještina (u slučaju podijeljene menadžerske odgovornosti) postaje jedno od centralnih pitanja budućeg poslovanja institucija unutar zdravstvenog sistema. Asocijacije profesionalaca u zdravstvu u okviru svojih aktivnosti na globalnom nivou nastoje kreirati okvire i modele kompetencija koji bi obuhvatili sve aspekte znanja, vještina i sposobnosti medicinskih profesionalaca.

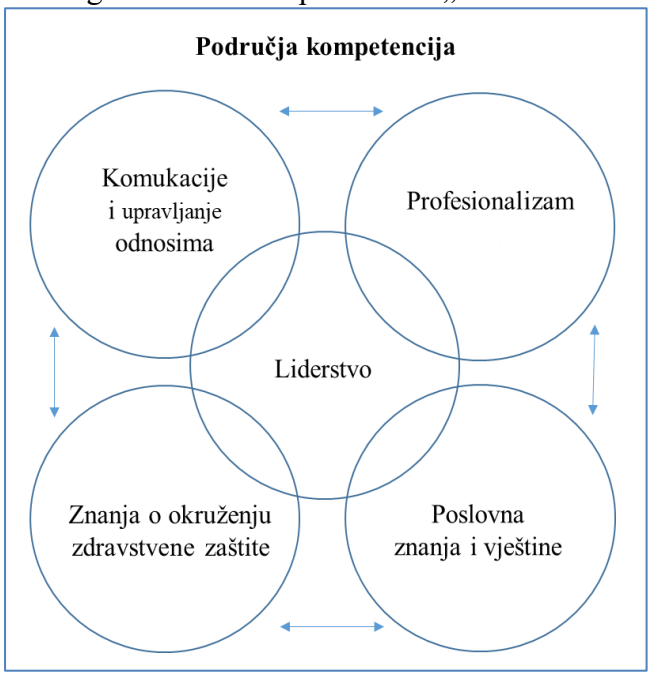
Između 2013. i 2015. godine, konzorcij od 18 zdravstvenih organizacija predvođenih IHF-om[14] razvio je imenik ključnih kompetencija za menadžere zdravstvenih usluga. Ovaj projekat je imao dva glavna cilja: afirmaciju i profesionalizaciju menadžmenta u zdravstvu kao bitne discipline, te globalno jačanje kapaciteta u vođenju i menadžmentu u zdravstvu. Ovaj rad rezultovao je stvaranjem IHF-ovog Globalnog imenika kompetencija menadžmenta u zdravstvu, koji navodi 80 ključnih kompetencija za menadžere u zdravstvu, podijeljenih u 5 domena i 27 pod-domena.

[14] International Hospital Federation (IHF) www. https://www.ihf-fih.org/

Uprkos obnovljenom fokusu u oblasti globalnog zdravlja na jačanje zdravstvenih sistema, neadekvatna pažnja je usmjerena na ključni sastojak zdravstvenih sistema visokih performansi: upravljanje. Upravljanje u zdravstvenim sistemima je posebno kritično u okruženjima sa niskim prihodima gdje je efikasno korišćenje oskudnih resursa najvažnije za postizanje zdravstvenih ciljeva. Uopšteno govoreći, ulaganja u upravljačke kapacitete mogu se posmatrati kao ključna tačka poluge u velikoj strategiji, pošto jak menadžment omogućava postizanje velikih ciljeva sa ograničenim sredstvima. Takođe, važno je razgraničiti skup ključnih kompetencija i identifikovati ključne uloge koje će biti usmjerene na napore za izgradnju upravljačkih kapaciteta. U istraživačkoj literaturi opisano je nekoliko efikasnih primjera intervencija menadžmenta (Bradley, Taylor, & Cuellar, 2015).

HLA model liderskih kompetencija u zdravstvu (Healthcare Leadership Alliance Competency Model) definiše zajedničke kompetencije za sve menadžere u zdravstvu. Pet područja/domena modela su: komuniciranje i upravljanje odnosima s IU stranama; liderstvo; profesionalizam; posjedovanje znanja o okruženju zdravstvene zaštite; poslovne vještine i znanja. Vizuelni prikaz pokazuje da liderska znanja i vještine čine glavni i povezujući domen, iz kojeg ostala područja crpe i preuzimaju potrebna iskustva. Znanje menadžera i lidera zdravstvene institucije i svjesnost o okruženju zdravstvene zaštite, kao jedna od domena HLA modela bazira se na fazi razvoja strateškog menadžmenta baziranoj na odnosu organizacije i konteksta u kojoj djeluje (Bloom, Sadun, Van Reen, 2014).

Na tragu Druckerovih postavki o „radnicima znanja“ grade se temelji programa kontinuirane profesionalne edukacije i programa cjeloživotnog učenja, s ciljem sticanja i usavršavanja znanja i vještina za lični razvoj i razvoj karijere. Senge (1990) se u svojim razmatranjima „organizacije koja uči“ bavi spremnošću i sposobnostima pojedinaca – profesionalaca da uče na svim nivoima organizacije.



Slika 5.: HLA model kompetencija (Stefl, 2008)

HLA modelom kompetencija rukovodi se i Međunarodna federacija bolnica IHFSIG koja poziva na osnivanje i jačanje profesionalnih organizacija zdravstvenih menadžera te usvajanje direktorija kompetencija baziranog na HLA modelu kompetencija .

Iako naziv „unapređenje kvaliteta“ asocira na procesni karakter, samo pozicionisanje oblasti kvaliteta unutar direktorija vještina i redukovanje ukupnosti koncepta kvaliteta na poslovnu vještinu ukazuje na zastarjelo poimanje i razumijevanje kvaliteta unutar HLA modela kompetencija.

Ukratko, oblast menadžmenta obećava kao fundamentalna tačka poluge za globalne napore da se postignu ciljevi učinka zdravstvenog sistema sa postojećim ljudskim, tehničkim i finansijskim resursima. Oblast se sastoji od različitih kompetencija i mogu se identifikovati ključne pozicije u ustanovama, distriktima i regionima sa odgovornostima upravljanja koje bi imale najviše koristi od napora na izgradnji upravljačkih kapaciteta. Baza dokaza koja podržava ulogu menadžmenta u poboljšanju učinka je konzistentna, ali bi imala koristi od dodatnih istraživanja u globalnim okruženjima sa poboljšanom metodološkom rigoroznošću i dugoročnim istraživanjima. U međuvremenu, veći naglasak na menadžmentu kao kritičnom elementu globalnog zdravlja može otvoriti nove i održive puteve za unapređenje učinka zdravstvenih sistema (Bradley, 2015).

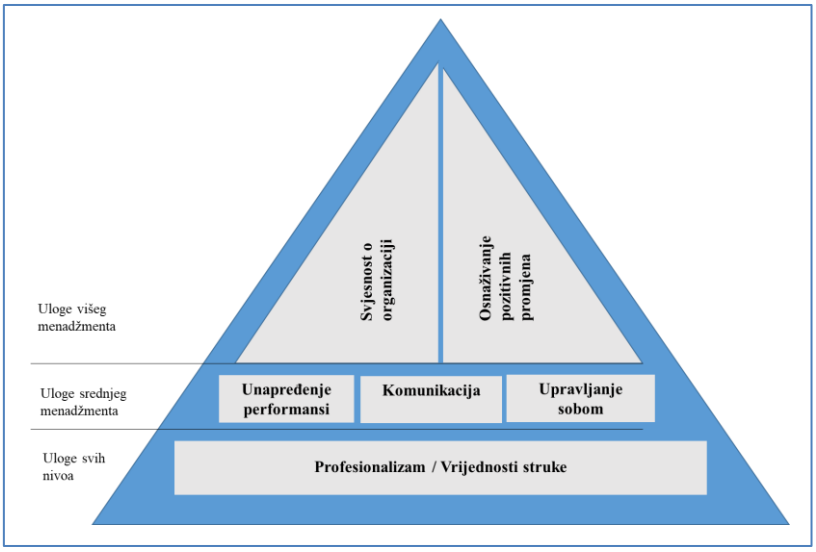
Tabela 4.: HLA model kompetencija

Liderstvo	Liderske vještine i ponašanje
	Uključiva kultura i okruženje rada
	Predvodnik promjena
	Vođenje inovacija
Komuniciranje i upravljanje odnosima s IU stranama	Upravljanje odnosima
	Vještine komunikacije i uključivanja
	Fasilitacija i pregovaranje
Profesionalizam i društvena odgovornost	Lična i profesionalna odgovornost
	Profesionalni razvoj i cjeloživotno učenje
	Doprinosi profesiji
	Samosvijest
	Etičko ponašanje i društvena svjesnost
Posjedovanje znanja o zdravstvu i okruženju zdravstvene zaštite	Zdravstveni sistemi i organizacije
	Radna snaga u zdravstvu
	Zdravlje usmjereno na pojedinca
	Javno zdravlje
Poslovne vještine	Opšti menadžment
	Zakoni i regulative
	Finansijski menadžment
	Menadžment ljudskih resursa
	Strateško planiranje i marketing
	Informacijski menadžment
	Upravljanje rizicima
	Unapređenje kvaliteta
	Sistemsko razmišljanje/mišljenje
	Upravljanje lancima dostave

Izvor: IHF, 2015

Struktura uključenih oblasti (filozofskih postavki, znanja i vještina) i oslanjanje na prakse *stejkholderskog* pristupa ukazuju da se autori oslanjanju na pristup primjene teorija i praksi iz oblasti menadžmenta (i djelimično strateškog menadžmenta) u kombinaciji sa tzv. *soft* vještinama i vještinama emocionalne inteligencije. Kvalitet se tretira kao „unapređenje kvaliteta“ i kao jedna od poslovnih vještina. Drugi model liderstva u zdravstvu približava se konceptima kvaliteta i snažnije je prožet razumijevanjem ključnih odrednica kvaliteta. QLDC (Quality Leadership Developmental Competency) model liderstva u kvalitetu i razvoja kompetencija uključuje šest područja: osnaživanje pozitivnih promjena, komuniciranje, svjesnost o organizaciji, upravljanje sobom, profesionalizma/vrijednosti struke, te unapređenje performansi (Garman, 2011). Pretečom ovog modela može se smatrati NCHL model kompetencija koji takođe uključuje 26 kompetencija unutar tri područja (transformacija, izvršenje, ljudi).

NCHL model dijelom uključuje teme bliske području kvalitete, kao što je proaktivno kontinuirano učenje (kao dio kompetencije „vlastiti razvoj“) ili kompetencije „menadžment procesa i organizacioni dizajn, koji uključuje analizu i dizajn ili unapređenje organizacionih procesa, te uvođenje principa upravljanja kvalitetom i zadovoljstva pacijenata (Krawczyk-Soltys, 2017).



Slika 6.: Nivoi unutar QLDC modela (Garman, 2011)

U odnosu na HLA model, kvalitet u ovom modelu dobija značajniju ulogu, kako u samom nazivu modela, tako i u njegovim domenima. Kultivisanje organizacione klime koja podržava kvalitet definisano je kao jedna od kompetencija unutar područja podrške pozitivnim promjenama. Obzirom da je to područje unutar modela pozicionisano na vrhu piramide, te usko vezano za viši menadžment, potencira se nastojanje da se kreira organizaciona kultura bazirana na konceptu kvaliteta. Viši menadžment unutar ovog modela, uz podršku pozitivnim promjenama, uključuju i područje svjesnosti o organizaciji. Važnost ovog domena je u uključenim kompetencijama strateškog planiranja i strateškog razmišljanja i prilagođavanja (kao glavnih dijelova modela strateškog menadžmenta), uz kompetencije iz područja finansija (financijske oštroumnosti) i sistemskog razmišljanja.

Međuzavisnost strateškog menadžmenta i kvaliteta potvrđuje se ovim modelom, uz prepoznavanje adekvatne pozicije kvaliteta (na nivou top menadžmenta), ali uz prožimanje cijele organizacije. Unapređenje kvaliteta, koje se u HLA modelu posmatra kao jedna od kompetencija u okviru poslovnih vještina, u QLDC modelu liderstva u kvalitetu je definisano na višem nivou, kao područje/domena modela. Iako ovdje unapređenje kvalitete uključuje prvenstveno kompetencije vezane za podatke (upravljanje podacima, analitičko razmišljanje/donošenje odluka baziranih na znanju, razvoj okruženja baziranog na znanju), što se može okarakterisati bliskim *knowledge management* funkciji menadžmenta, vidljiv je snažan pomak u smjeru inkorporisanja koncepata i sadržaja kvalitete u teoriju i praksu zdravstvenog liderstva.

Cjeloživotno učenje (kao kompetencija unutar domene profesionalizma/vrijednosti struke, ali i oblast snažno povezana sa kontinuiranim učenjem i unapređenjem procesa karakterističnim za koncepte kvaliteta) pozicionirano je na nivou piramide koji se odnosi na uloge na svim nivoima. Potreba **integracije znanja, vještina i sposobnosti organizacije** postavlja izazove pred menadžere zdravstvenih institucija. Sticanje vještina integracije Barker (2010) smatra važnijim od ovladavanja seta znanja unutar programa edukacije iz biznisa. Obzirom da se fokusira primarno na saradnju, a ne na konkurenciju, integracija se više uči nego što se podučava. Doublestein (2010) smatra da liderske vještine za edukaciju u području medicinskih nauka uključuju **strateške uvide i poglede, globalne integracije, mišljenje i dizajn, vizionarstvo i spremnost na promjene, kreativnost i inoviranje, te razvoj ljudskog kapitala**.

Socijalni (društvene mreže koje menadžer može stvoriti i održavati) i ljudski kapital (nivo znanja i kompetentnosti u menadžmentu kao rezultat urođenih sposobnosti, školovanja i menadžerskog iskustva) vrhovnog menadžera smatra se ključnom odrednicom njegove upravljačke sposobnosti (Tipurić i suradnici, 2011). Poboljšanja znanja, vještina i sposobnosti menadžera dovode do rasta nivoa ljudskog kapitala. Obrazovni programi posvećeni daljem profesionalnom usavršavanju menadžera upravo se baziraju na proširenju znanja i vještina na bazi prethodnog iskustva, dok istovremeno nude potencijal širenja profesionalnih društvenih mreža kroz timski rad sa kolegama iz istog sektora.

Vještine komunikacije, a posebno aktivnog slušanja ključne su za uspješnost profesionalca, bilo u ulozi doktora, bilo u ulozi menadžera odjela ili zdravstvene institucije. Iskustveni uvid „Loši doktori ne slušaju, dobri slušaju“ (Engel, 1977) naglašava važnost aktivnog slušanja, posebno pri dijagnostikovanju zdravstvenog stanja ili bolesti. Ukoliko doktori obavljaju i funkcije menadžera unutar zdravstvenih institucija (veoma čest slučaj u BiH), ovo se odnosi i na njihovu ulogu menadžera. Na nivou organizacije, dešavaju se slučajevi u kojima inovacije u pružanju usluge ostanu nerealizovane ili parcijalno realizovane usljed nedovoljno razvijenog uključivanja zaposlenih srednjeg nivoa i prve linije. Menadžeri srednjeg nivoa imaju ključnu ulogu u prevazilaženju izazova implementacije inovacija (Birken, Lee & Weiner, 2012). Neke od uloga srednjeg menadžmenta, kao spone između menadžera prve linije i višeg menadžmenta, uključuju pitanje planiranja, pregovaranja, koordinacije, rješavanja problema i liderstva (Guo, 2007). Podrška višeg menadžmenta aktivnostima implementacije i srednjem nivou (uključujući doktore i menadžere) poboljšava njihovu spremnost da učestvuju u aktivnostima unapređenja kvaliteta. Nit vodilja ovog doktorskog rada je da **upravljanje kvalitetom (QM)** kao model može doprinijeti usaglašavanju terminologije, zajedničkom razumijevanju pojmova, zajedničkom i uključivom definisanju procesa unutar organizacije (ključnih/temeljnih, procesa podrške), definisanju inputa i željenih rezultata procesa itd.

Na platformi QM moguće je povezati različite dijelove profesionalne organizacije (tipa organizacije kojoj zdravstvene institucije pripadaju). Okvir QM potiče intra-organizacionu dinamiku u smjeru donošenja zajedničkih rješenja unutar sistema upravljanje kvalitetom (SUK), čime uklanja barijere između snažno oblikovanih profesionalnih grupa (*bijelih mantila* i *odijela*), te njihovih često suprotstavljenih stavova.

2.2.2. Obuhvat sistema upravljanja kvalitetom i procesni model

ISO 9001 je norma koja utvrđuje zahtjeve za ocjenu sposobnosti institucije da zadovolji potrebe korisnika/ korisnika, te je usmjerena na zadovoljavanje zahtjeva korisnika. To je jedina norma u obitelji ISO za sertifikaciju treće strane. ISO 9001:2015 zahtjevi se sastoje od 7 osnovnih klauzula definisanih kroz sljedeće zahtjeve: 4. SUK; 5. Vodstvo; 6. Planiranje; 7. Podrška; 8. Implementacija 9. Vrednovanje performansi i 10. Poboljšavanje. Usvajanje sistema upravljanja kvalitetom treba biti strateška odluka organizacije. Na dizajn i implementaciju organizacionog sistema upravljanja kvalitetom utiču: a) organizaciona okolina, promjene u toj okolini i rizici pridruženi toj okolini; b) njene promjenjive potrebe; c) njeni konkretni ciljevi; d) proizvodi i usluge koje nudi; e) procesi koje koristi; f) veličina i organizaciona struktura. Namjera međunarodne norme ISO 9001 nije uvesti jednoobraznost strukture sistema upravljanja kvalitetom ili jednoobraznost dokumentacije. Zahtjevi za sistem upravljanja kvalitetom definisani ovom normom komplementarni su zahtjevima za proizvod i uslugu. Ovu međunarodnu normu mogu koristiti interne i vanjske strane, uključujući sertifikacijska tijela, u svrhu procjene mogućnosti organizacije da ispuni zahtjeve korisnika, zakonske i regulatorne zahtjeve primjenjive na proizvod/usluge i zahtjeve same organizacije. Dosadašnjih 20 normi koje su propisivale upravljanje sistemom kvalitete prerađeno je u 4 osnovne: ISO 9000 Pojmovnik i rječnik; ISO 9001 Zahtjevi za upravljanje kvalitetom; ISO 9004 Upravljanje održivim uspjehom organizacije – QM pristup i ISO 19011 Smjernice za interne i eksterne revizije sistema za upravljanje kvalitetom, kao i posebne smjernice IWA 1 za zdravstvene ustanove (u procesu revizije).

Kvalitet kao **sistemski pristup** koristi se u zdravstvenom sektoru. Prema sistemskom pristupu temeljni elementi evaluacije moraju biti analizirani prema procesnom modelu: input, proces i output nivo. Ovom modelu prethodi simultano kreiranje društvenih, tehničkih i menadžerskih sistema. Zato evaluacija implementacije kvaliteta u zdravstvenom sektoru zahtjeva stalni uvid u ove komponente sistema.

Sistemski pristup integriše sintetičke i analitičke metode obuhvatajući i cjelovitost sistema te njegove pojedine dijelove. Za razvoj ovog koncepta zaslužan je biolog Ludwig von Bertalanffy, koji je prvobitno napisao "Opštu teoriju sistema" 1969. godine. Ova teorija bazira se na pretpostavci da postoje univerzalni principi organizacije, koji važe za sve sisteme. Osnovni princip je da je cjelina veća od zbira svih dijelova, da cjelina određuje prirodu svih dijelova i da su dijelovi međuzavisni te se ne mogu posmatrati izolovano od cjeline.

Sistemi imaju 4 glavne karakteristike:

- ciljno su orijentisani,
- imaju inpute iz okruženja,
- imaju outpute za ostvarenje svojih ciljeva,
- postoji povratna sprega iz okruženja.

Sistem može biti sastavljen od podsistema, kao i dijelova koji su u interakciji. Kada se organizuje, sistem više nije jednostavna kolekcija različitih dijelova, već funkcionalni entitet.

Model sistemskog pristupa evaluaciji programa (Muzikaci, 2006):

MODEL SISTEMSKOG PRISTUPA				
DRUŠTVENI SISTEM	**TEHNIČKI SISTEM**			**MENADŽERSKI SISTEM**
	INPUT	PROCES TRANSFORMACIJE	OUTPUT	
Okruženje Proizvod ili usluga Metode Ljudi Organizaciona struktura Kultura unapređenja kvaliteta	Obilježja pacijenata (zdravstvena, demografska, potrebe i očekivanja, interesi) Obilježja medicinskog osoblja Finansijski resursi Infrastruktura Programi, rasporedi Procesi podrške	Sadržaj programa Isporuka usluge Kompetencije Stavovi Procjena potreba i očekivanja Procjena zadovoljstva korisnika Upravljanje	Postotak bolesnih, pre i post Postotak izliječenih pacijenata% Postotak potrebe ponovnog liječenja i sl.	Organizaciona struktura (dizajn, politike, podjela odgovornosti i obrasci moći i ovlasti) Misija, vizija i ciljevi ustanove Administrativne aktivnosti (planiranje, organizovanje, usmjeravanje, koordinisanje i kontrola organizacionih aktivnosti)

Slika 7.: Model sistemskog pristupa

Na prethodnoj ilustraciji prikazana su tri osnovna sistema svake organizacije/ ustanove. Navedeni primjer bazira se na samo jedan dio, tj. na zahtjeve za medicinskom uslugom. Prikazani društveni sistem podrazumijeva analizu okruženja i definisanje procesa sa osvrtom na izlazne proizvode ili usluge. Da bi se temeljni procesi i potprocesi međusobno povezivali, gdje izlazi iz jednog predstavljaju ulazne elemente drugog, neophodno je postojanje okvira, koji je dat u društvenom i menadžerskom sistemu institucije. Društveni okvir podrazumijeva okruženje u kojem posluje data zdravstvena ustanova, definisane proizvode i usluge koje nudi (derivisane iz temeljnih procesa), metode kojima se pri tome služi te politike upravljanja ljudskim resursima. Takođe, u društveni sistem spada i kompletna organizaciona struktura, u koju su uključeni i procesi podrške (npr. pravna, finansijska, higijenska i sl). Društveno okruženje predstavlja važan okvir u kojem se dešavaju procesi transformacije i ostvarivanje dodatne vrijednosti za korisnike institucije. Ovaj okvir naglašava važnost usaglašavanja zahtjeva pojedinih interesnih strana te uzima u obzir kontekstualne elemente okruženja.

Pod menadžerskim sistemom podrazumijeva se organizaciona struktura, ali ne u smislu organizacije procesa podrške, već upravljačkih procesa. Ovaj dio je okvir za organizacioni dizajn, njene politike, odgovornosti i ovlasti. Budući da obuhvata misiju, viziju i ciljeve institucije, veoma je značajan, jer se u njega moraju uklopiti svi outputi procesa koji su vezani za djelatnost zdravstvene ustanove. Upravo iz tog razloga neophodno je da top menadžeri imaju jasnu strategiju pri strateškom pozicioniranju i usklađivanju sa okruženjem. Oni ne samo da moraju odgovoriti na strateška pitanja koja se odnose na to da li organizacije kojima upravljaju žele biti međunarodno poznate i prestižne te usmjerene na istraživanja ili profesionalno fokusirane, već, takođe, trebaju postaviti odgovarajuće ciljeve i politike performansi koje one moraju ostvariti.

U nastavku, dati su primjeri prednosti menadžerskih sistema koji usvajaju sistem upravljanja kvalitetom u odnosu na tradicionalno upravljanje zdravstvenim ustanovama. Zdravstvene ustanove sa tradicionalnim menadžerskim sistemima posmatraju organizacije kao zbir odvojenih visoko specijalizovanih individualnih učesnika i jedinica, međusobno povezanih funkcionalnom hijerarhijom. Lateralne veze se prave preko posrednika od vrha prema dolje. Procesno orjentisani menadžerski sistemi posmatraju organizacije kao sisteme nezavisnih procesa povezanih preko mreže dobavljača i korisnika (internih i eksternih). Procesi su povezani misijom i svrhom, kroz hijerarhiju mikro i makro procesa. Svaki proces (temeljni proces) sadrži i procese podrške (mikro procese).

Tradicionalni sistemi posmatraju zaposlenika kao "zamjenjivu robu" koja se uzima prema potrebama preduzeća/organizacije. Ljudi su ovdje pasivni kontributori, sa malo ili nimalo autonomije, i rade kako im je rečeno. U procesno orijentisanim menadžerskim sistemima zaposlenici predstavljaju pravi element konkurentnosti na tržištu. Ljudi su aktivni kontributori koji se vrednuju prema iskazanoj kreativnosti i stvarnom dugoročnom doprinosu organizaciji. Svaki uposlenik je ovdje proces menadžer, koji aktivno učestvuje u transformaciji ulaznih u izlazne vrijednosti. Tradicionalni pristup kvalitet definiše kao dosljednost u primjeni određenih specifikacija i standarda. Mjeri se samo prema odsustvu određenih grešaka. Provjera rada uposlenika postoji samo zbog kontrole grešaka, a inovativnost nije potrebna. U isto vrijeme, procesni pristup kvalitet definiše u pozitivnom smislu kao proizvod ili usluga iznad trenutnih potreba i očekivanja korisnika. Zahtijeva se visok stepen inovativnosti. Tradicionalno upravljanje podrazumijeva postojanje pobjednika i gubitnika. Ne može se očekivati da ljudi sarađuju ukoliko nemaju ličnog interesa i kvalitet podrazumijeva aplikativno znanje samo u proizvodnji. Procesni pristup podrazumijeva da lični interes i veće dobro postoje simultano i u skladu sa potrebama korisnika (win-win), a kvalitet su aplikativno znanje i vještine na svim nivoima.

U tradicionalnom pristupu, menadžeri vode odjele, funkcije ili grupe individualaca. Nije prisutna svijest o međuzavisnosti odjela. Loši rezultati posljedica su pojedinih zaposlenika ili odjela koji ne obavljaju dobro svoj posao. Procjena performansi, priznanja i sistemi nagrađivanja postavljaju zaposlenike u interno takmičarsko okruženje. Individualizam nanosi štetu timskom radu. U procesnom pristupu, menadžeri upravljaju međuzavisnim sistemima i procesima i promoviraju participativno vodstvo kroz uloge mentora, fasilitatora, inovatora itd. Rezultati zavise od ukupnog djelovanja sistema organizacije. Zaposlenici rade onoliko koliko im sistem dozvoljava. Sistem nagrađivanja prepoznaje individualni kao i timski doprinos i jača kooperaciju. Strukura i menadžment mnogih organizacija različitih tipova i danas počiva na osnovnim principima Adama Smitha i njegove podjele rada. Najbolji primjer ovoga su visokoškolske ustanove. Model "jezgra" i izmjenu principa, na visokoškolskim ustanovama iz područja ekonomije i menadžmenta, uveo je Harvard University. Teorija ovog modela sastoji se u tome da, znanje treba biti podijeljeno na predmete, predmeti se zatim integrišu u jezgru, a jezgre se kombinuju unutar kurikuluma. Ekonomski fakulteti i poslovne škole su obično organizovane u funkcionalne odjele ili katedre računovodstva, finansija, marketinga, menadžmenta itd., pod pretpostavkom da će na taj način postići najbolje rezultate u određenim područjima. Cheney je još 1989. kritikovao ovakav pristup zbog nedostatka temeljnih interdisciplinarnih predmeta. Benningson ovako strukturisane institucije naziva "balkanizovanim organizacijama". Sa njihovim hijerarhijskim vrijednostima i funkcionalnim silosima one nisu u mogućnosti odgovoriti fleksibilnim tržištima.

Upravo iz razloga izmjene postojeće zastarjele strukture zdravstvenih ustanova primjenjiva je menadžment tehnika pod nazivom reinženjering poslovnih procesa (BPR). BPR se sastoji od suštinskog promišljanja svih aspekata organizacije i njenih aktivnosti. BPR definiše organizaciju u smislu sistema poslovnih procesa i kritički ih pregleda s ciljem otkrivanja mogućih poboljšanja. Četiri kritična faktora za uspjeh BPR u zdravstvenim ustanovama identifikovana su kao: kultura, procesi, struktura i tehnologija. Problemi koji se pojavljuju pri implementaciji BPR su menadžerska arogancija, otpori, krize, troškovi, nedostatak vizije kao i neuključivanje uposlenih u procese donošenja odluka (Hartini, Arthur i Zairi, 2007). Ovi pregledi omogućavaju organizacijama poboljšanje i unapređenje poslovnih procesa redizajniranjem "modusa operandi". Hammer i Champy (1996) definišu procese kao "zbir aktivnosti koji uzimaju više od jednog inputa i kreiraju output koji ima vrijednost za korisnika." Procesi moraju biti ocijenjeni prema procesnim ciljevima, a ne prema ciljevima odjela ili funkcija, zato što ključni procesi najčešće sijeku i protežu se kroz različite odjele i funkcije. Tradicionalne obrazovne i zdravstvene institucije obično imaju vertikalnu strukturu i upravljanje poslovima. Konzistentno sa teorijama Adama Smitha, struktura podržava ideju da je performansa organizacije maksimalizovana ukoliko se fokusira na efektivnost i efikasnost svakog pojedinačnog odjela. Procesni pristup prepoznaje nepredvidivost i turbulentnost okruženja u kojem organizacija posluje. U skladu s tim rukovodstvo omogućuje stalni napredak i uvođenje inovacija u procese, sisteme, proizvode i usluge, dok tradicionalni pristup zadržava *status quo* kada organizacija pronađe formulu za uspjeh i stalno je slijedi. Organizacioni organigram, u tradicionalnom pristupu, promoviše usklađivanje sa funkcijama i teži stvaranju konkurencije, konflikata i relacija između funkcija, dok procesni pristup smatra da formalni i neformalni mehanizmi ohrabruju i pomažu timski rad i timski razvoj unutar cijele organizacije. Menadžerski sistemi, u tradicionalnom pristupu, smatraju da je posao menadžera planiranje za podređene i provjera realizacije planiranog, dok, u procesnom pristupu, posao menadžera jeste da upravlja svojim procesom i odnosima sa drugim i daje mogućnost podređenim da učestvuju u planiranju i razvoju.

U tradicionalnom pristupu, motivacija se postiže kroz stalnu kontrolu. Ljudi su motivirani da urade ono što se od njih traži da izbjegnu neuspjehe i kazne prije nego da doprinesu vrijednosti organizacije. Ljudi se boje samovoljno uraditi promjene. Sistem često utiče na to da se ljudi osjećaju kao gubitnici. U procesnom pristupu, menadžeri osiguravaju vodstvo prije nego stalne intervencije unutar poslova podređenih. Podređene posmatraju kao proces menadžere, a ne kao funkcionalne specijaliste. Ljudi su motivirani da ostvare značajne doprinose ukoliko vjeruju u važnost toga, uz prepoznavanje od strane organizacije i društva. Sistem omogućava ljudima da se osjećaju kao pobjednici. Iz gore navedenog, nije teško uvidjeti prednosti procesnog pristupa u menadžerskim sistemima zdravstvenih ustanova. U svakom trenutku postoje stotine procesa koji se istovremeno odvijaju u organizaciji, kreirajući vrijednost za organizaciju. Pomoću strategije se identificiraju i jačaju ključni (kritični) procesi, koji su najvažniji za ponudu korisnicima. Sve procese treba voditi dobro, ali na nekoliko ključnih procesa mora se obratiti posebna pažnja, jer oni kreiraju diferenciranje strategije. Ključni procesi se izvode iz glavnih strateških područja te se treba balansirati pristup tim područjima i procesima, kako bi se osiguralo stvaranje vrijednosti u kraćem i dužem roku. Na ovaj način se osigurava održivost rasta vrijednosti za korisnike (Kaplan & Norton, 2004).

2.3. Sistem upravljanja kvalitetom na EFQM modelu

Tokom 1970-ih, industrija je napredovala od začetka kontrole kvaliteta do osiguranja kvaliteta, zatim sistema upravljanja kvalitetom i nakon toga do potpunog upravljanja kvalitetom. Danas posljednji stepen razvoja sistema kvalitete počiva na integrisanim sistemima upravljanja kvalitetom. Najveći doprinos i strukturu SUK sistemima kako bi se postigli ciljevi kvaliteta organizacije definisala je Međunarodna organizacija za standarde (ISO). Stalnim izmjenama i revizijama zahtjeva norme ISO 9001, ISO organizacija pomaže u planiranju aktivnosti svih organizacija (kako proizvodnih, kasnije i uslužnih). Novi koncept kvaliteta, upravljanje totalnim kvalitetom, zasniva se na različitim kriterijumima koji se odnose na unapređenje menadžmenta i rezultate organizacije. Model izvrsnosti Evropske fondacije za upravljanje kvalitetom (EFQM) je praktičan alat za pomoć organizacijama, a naročito javnim ustanovama, mjerenjem gdje su na putu do izvrsnosti, pomažući im da shvate nedostatke, stimulišući rješenja uz kontinuirano praćenje napretka. Naglašava ideju samoocjenjivanja i identifikaciju snaga i slabosti putem kriterijumskih smjernica. EFQM model se smatra jednim od najperspektivnijih u Evropi, a prilagođavanje i javnom i zdravstvenom sektoru predstavlja važnu inovaciju. EFQM model je napravljen tako da obuhvata cijelu ustanovu, njene aktivnosti, te redovne sistemske samoprocjene aktivnosti i rezultate (Gene Badia, 2001).

I unutar visokoškolskih javnih ustanova, a kasnije i privatnih akreditacijskih kuća, uveden je EFQM model. EQUIS program akreditacije počiva na tzv. EFQM (*European Foundation for Quality Management)* modelu izvrsnosti (EQUIS, EPAS, CEL) i procjenjuje ustanovu u cjelosti i ne ocjenjuje samo medicinske programe, već pruža integrativan pristup cijeloj ustanovi, tj. svim njenim nivoima i aktivnostima, uključujući i medicinske i nemedicinske usluge. Zahtijeva se balans između visokog medicinskog kvaliteta usluga i profesionalne relevantnosti omogućene uz pomoć bliske interakcije sa pacijentima i okruženjem. Dobri odnosi sa pacijentima i zajednicom su, zato, istovremeno i zahtjev i osnova dobrog istraživačkog potencijala. EFQM daje posebnu važnost stvaranju efikasnog okruženja za učenje, sa posebnim akcentom na razvijanje menadžerskih i poduzetničkih vještina medicinskog i nemedicinskog kadra i njihove odgovornosti. Posebna pažnja posvećuje se inovacijama u svim aspektima, uključujući dizajniranje novih medicinskih, ali i menadžerskih usluga.

EFQM pristup je opisan u Smjernicama za samoprocjenu (EFQM, 1996). Pristup obuhvata EFQM model sa devet kriterijuma, osnovnim konceptima, procedurom samoocenjivanja i principom bodovanja koji se zove Plava karta. Suština pristupa je model sa devet kriterijuma, koji su grupisani u kriterijume poznate kao „omogućivaći“ i „rezultati“. Pokretači pokrivaju proces, strukturu i sredstva organizacije. Kriterijumi rezultata pokrivaju aspekte učinka na širok način. EFQM model je baziran na pretpostavci da omogućivaći ili pokretači usmjeravaju i pokreću rezultate. Drugim riječima, ako su pokretači dobro razvijeni u organizaciji, rezultati organizacije će biti odlični. Najvažniji kriterijumi rezultata su zadovoljstvo kupaca i finansijski i nefinansijski učinak organizacije. Najvažniji pokretači su procesi i liderstvo (Nabitz & Klazinga, 2000).

EFQM smatra da su odlične organizacije „one koje postižu i održavaju izvanredne nivoe učinka koji ispunjavaju ili premašuju očekivanja svih njihovih interesno-uticajnih strana" (EFQM, 2012). U svakom slučaju, izvrsne organizacije imaju neke aspekte kao što su održivost, profitabilnost, društvena odgovornost, reputacija i dobro upravljanje. Neke druge karakteristike odličnih organizacija su, na primjer, već opisali Nenadál, Vykydal i Waloszek (2018). U Evropi, EFQM model izvrsnosti je najpoznatija i najprimijenjenija verzija poslovnih modela izvrsnosti tokom godina. Originalna verzija Evropskog modela za TQM je više puta nadograđivana, a pretposljednja verzija iz 2012. (EFQM, 2012.) je u potpunosti prihvaćena od strane upravljačke zajednice (ne samo u Evropi) kao najnapredniji alat za postizanje dugoročnog uspjeha i odličnog nivoa organizacionog učinka. Najnovija verzija ovog modela je dizajnirana na osnovu godina iskustva u promjeni tržišta kako bi se razumjele prednosti organizacione analize, predviđanja budućnosti i prediktivne inteligencije u pokretanju istinske transformacije (Nenadal, 2020). Kreiran je u novembru 2019. kako bi zamijenio verziju iz 2012. godine, ali zvanično usvojen 2020. godine. Na njemu su izvršene izmjene kako bi korelisao sa „četvrtom industrijskom revolucijom" koja je nazvana **Kvalitet 4.0.**[15]

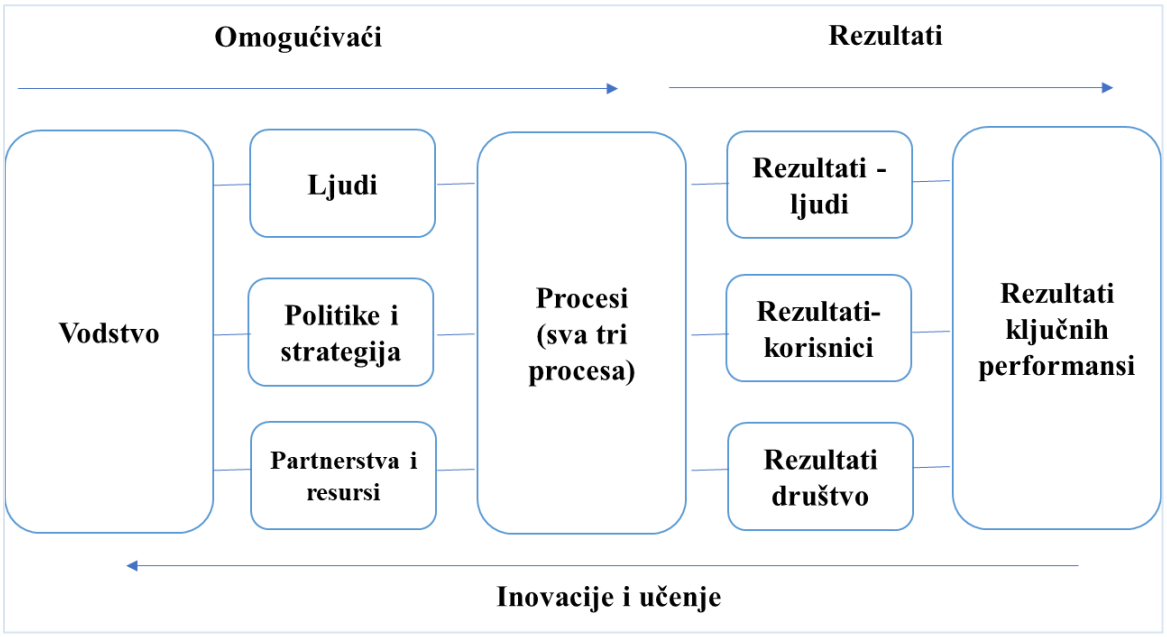
Zdravstvena ustanova treba dokazati da zadovoljava kriterije kvalitete u tri jednako važna područja: visoki međunarodni standardi kvalitete u svim područjima definisanim u EFQM modelu (položaj u okruženju, misija, upravljanje, raspon aktivnosti, strategija, resursi, studenti, servisi za pacijente, lični razvoj, programi i istraživanje); značajan nivo internacionalizacije kao što je definisano EFQM modelom (internacionalizacija ustanova, prenos know-how i novih metoda liječenja, grupacije i programa) i potrebe zajednice i okruženja su integrisane u programe, aktivnosti i procese.

Model izvrsnosti EFQM je praktičan alat koji se može koristiti na više različitih načina i to kao alat za samoprocjenu; benchmarking sa drugim zdravstvenim ustanovama, za identifikaciju područja potrebnih za poboljšanje; zajednički pojmovnik i kao struktura za upravljanje organizacijom (Forghani, Barkhordar & Abbas, 2010).

Dakle, EFQM model izvrsnosti zasniva se na devet kriterijuma, gdje je svaki pojedinačni kriterij ponderisan. Prvih pet su označeni kao *omogućivaći* (engl. enablers), tj. prvih pet kriterijuma omogućavaju izlazna četiri koji se nazivaju *rezultatima* (engl. results). Ovaj model uzima u obzir direktne i indirektne interesno-uticajne grupe kao što su: korisnici, zaposlenici, partneri i društvena zajednica, a sve ostvareno je postignuto kroz znanje, procese, resurse i performanse. Svaki pojedini kriterij treba pokazati napredak, te se u skladu s napretkom ocjenjuje izvrsnost organizacije (Gene Badia, 2001, op.cit). Svi kriterijumi imaju jasno određenu definiciju, a svi su određeni brojem potkriterijuma. Evaluacija prvih pet kriterijuma koji su označeni kao omogućivaći, temelji se *na pristupu,* te *stepenu implementacije*.

[15] Nova industrijska revolucija koja uz pomoć tehnologija omogućava: informacije, povoljne senzore i aktuatore, infrastrukturu velikih podataka (MapReduce, Hadoop, NoSQL...), 5G mreže, IPv6 adrese, Cloud Computing, prediktivnu analitiku, umjetnu inteligenciju, nanotehnologiju, genetsko uređivanje, 3D štampanje, virtuelna stvarnost, robotizacija itd.

Pod pristupom se podrazumijeva planiranje organizacije, temeljeno na misiji, viziji i integrisano u tačno definisane procese i sistematsku povezanost sva tri nivoa procesa. Drugi dio evaluacije pet kriterijuma odnosi se na stepen implementacije, gdje se procjenjuje da li se pristup provodi i sistemski ocjenjuje. Sljedeća četiri kriterijuma se odnose na procjenu rezultata koji se sagledavaju tokom vremena, kao i stepen ostvarivosti ciljeva, operativnih i strateških, kao i benchmarking tj. poređenje sa drugim organizacijama. Bodovi unutar pondera za ocjenu ova dva područja (omogućivaća i rezultata) čine prosjek ocjena svakog podkriterijuma i rangiraju se od 0 do 100.



Slika 8.: EFQM model: procesi na zdravstvenih ustanovama (Bassioni, 2008)

Kriterijumi za procjenu napretka organizacije prema izvrsnosti su:

1. Liderstvo/ vodstvo: Izvrsni lideri razvijaju organizaciju i olakšavaju ostvarenje misije i vizije. Oni razvijaju organizacione vrijednosti i sisteme potrebne za održivost uspjeha te ih implementiraju putem aktivnosti i ponašanja. U vremenu stalnih promjena lideri održavaju konzistentnost postojanja organizacije. Ukoliko je potrebno, takvi lideri su sposobni promijeniti smjer i inspirisati druge da ih slijede.
2. Politika i strategija: Izvrsne organizacije implementiraju njihove misije i vizije, kroz razvoj strategije fokusirane na interesno-uticajne strane, uzimaju u obzir tržište i sektor u kojem organizacija djeluje. Politike, planovi, ciljevi i procesi su razvijeni i implementirani da bi se ostvarila strategija.
3. Osoblje: Izvrsne organizacije upravljaju, razvijaju i koriste pune potencijale njihovih ljudi na individualnom, timskom i organizacionom nivou. Promovišu pravedan pristup, uključuju i osnažuju svoje ljude. Komuniciraju, nagrađuju i prepoznaju zasluge na način koji motiviše osoblje i gradi posvećenost ljudi korištenju individualnih vještina u korist organizacije. Takođe, vode računa o radnoj kulturi i atmosferi unutar organizacije.

4. Partnerstva i resursi: Izvrsne organizacije planiraju upravljanje vanjskim partnerstvima, dobavljačima i internim resursima na način koji podržava politike i strategiju, kao i efektivno obavljanje procesa. Pri planiranju i upravljanju partnerstvima i resursima, organizacije balansiraju trenutne i buduće potrebe organizacije, zajednice i okruženja.
5. Procesi: Izvrsne organizacije dizajniraju, upravljaju i unapređuju procese kako bi u potpunosti mogle zadovoljiti korisnike i druge interesne strane te povećati vrijednost za njih. Da bi to mogle uraditi, svaka organizacija bi trebala definisati i odrediti svoje procese, izlaze iz jednih i ulaze u ostale. Takođe, mapa procesa je alat koji se može koristiti, zajedno sa dodijeljenim odgovornostima i ovlastima.
6. Rezultati za korisnika: Izvrsne organizacije mjere i ostvaruju izvrsne rezultate za njihove korisnike.
7. Rezultati za zaposlene: Izvrsne organizacije mjere i ostvaruju izvrsne rezultate za njihovo osoblje.
8. Rezultati za društvo u cjelini (lokalnu zajednicu): Izvrsne organizacije mjere i ostvaruju izvrsne rezultate za društvo u kojem djeluju.
9. Ključni rezultati performansi: Izvrsne organizacije mjere i ostvaruju izvrsne rezultate u vezi sa ključnim elementima njihove politike.

EFQM model i standard ISO 9001 postaju najpreporučljiviji metodi i smjernice za stvaranje i nastavak dobrog kvaliteta kliničkih usluga. Ovi modeli su uspješno primijenjeni na različite aspekte rada bolnice. Pregledane su brojne studije koje su analizirale komparativni pristup ISO 9001 i EFQM modelu. Rezultati studijskih istraživanja pokazuju da je korištenje EFQM modela i ISO 9001 u *bolnicama povezano s poboljšanjem stope zadovoljstva ambulantnih klinika i odjela hitne pomoći, smanjenjem prosječne dužine boravka u bolnicama za akutnu njegu, smanjenjem kašnjenja na listi čekanja, smanjenjem broja hitnih ponovnih prijema, smanjenjem procenta neplaniranih povrataka, poboljšanjem povjerenja, kompetencije i zadržavanjem novokvalifikovanih medicinskih sestara, te smanjenjem broja novokvalifikovanih medicinskih sestara koje odlaze u prvih 18 mjeseci njihovog zaposlenja (*Yousefinezhadi, 2015).

Naravno, rezultati su predstavljeni isključivo unutar kvaliteta i ishoda ključnog procesa transformacije, tj. pružanja medicinske usluge i rezultata liječenja. Neki od zaključaka odnose se na to da ne postoji sistematski način prikupljanja informacija i indikatora za ovaj model, kao i potreba za uključivanjem dodatne obuke za osoblje koje je uključeno u implementaciju modela, kao i vještine statističkih analiza.

EFQM novi model za mjerenje "RADAR" prepoznaje važnost integracije. Jedna komponenta mjeri nivo do kojeg su metode ili procesi integrisani sa politikama, strategijama i ostalim pristupima. Dakle, organizacije se pomjeraju sa upotrebe modela izvrsnosti (isključivo kao alata za mjerenje), prema upotrebi modela za povezivanje sa menadžerskim procesima, kao što je već ranije bio slučaj sa Balanced Scorecard (Kaplan & Lamotte, 2001).

3. STRATEŠKO UPRAVLJANJE ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Imperare sibi maximum imperium est

„Slabo zdravlje vodi u siromaštvo, a siromaštvo dovodi do slabog zdravlja“ – pojašnjava se uzročno-posljedični odnos zdravlja i siromaštva. Istovremeno, suzbijanjem bolesti mogu se povećati prihodi porodice i zajednice, pri čemu se višim prihodima može dodatno poboljšati zdravlje. Sachs (2014) ove pojave naziva *spiralama zla i dobra*.

U nastavku rada, dat je pregled trenutne situacije u Evropi na političkom, ekonomskom i društvenom planu, kao i uticaja koje pandemija, ali i rastuća globalna ekonomska kriza ostvaruju na položaj i aktivnosti pojedinih zemalja u području zdravstva. Kao u svim velikim krizama, preispituju se razlozi i uzroci krize, adekvatnost pojedinih socioekonomskih i političkih pristupa, te uspješnost implementacije mjera koje te politike propisuju. Naglašava se potreba korjenitih reformi finansijskih, društvenih i ekonomskih sistema, te preispituju mogućnosti nacionalnog ili nadnacionalnog intervenisanja u žarištima krize, prvenstveno finansijskim sistemima. Primjere intervencionističkih mjera s ciljem umanjenja negativnih efekata globalne ekonomske i finansijske krize, te sprečavanja potpunog urušavanja zapadnih finansijskih sistema, mogu se naći i u SAD i u Evropskoj uniji.

Na političkom i društvenom planu, situaciju u BiH od početka devedesetih godina 20. vijeka karakteriše i proces tranzicije sa socijalizma na kapitalizam i postratna obnova. Tranzicioni proces pred zemlje postavlja velike izazove sa kojima se suočavaju, dok je stanje u Bosni i Hercegovini komplikovano kompleksnim državnim uređenjem, nejasno definisanom ulogom *međunarodne zajednice* i njihovih predstavnika, te naslijeđem međuetničkih konflikta. Mnogi teoretičari bavili su se sukobom dva sistema: kapitalizma i socijalizma, u nastojanju da rasvijetle protivrječnosti sa kojima se susreću društva i privrede zemalja. Premoć kapitalizma u posljednje dvije dekade pokrenula je i niz rasprava o samoj srži kapitalističkog uređenja država, te svih pratećih efekata koje na međunarodnom planu ostavlja kapitalizam. U promišljanju moralnosti samog kapitalizma, naglašava se oprečnost dva nekada dominirajuća sistema: kapitalizma i komunizma, te prikazuje vladajući stav u zapadnim zemljama koje su, u suprotstavljanju *apsolutnom zlu komunizma, kolektivizma i totalitarizma* nalazili moralno opravdanje za sam kapitalizam. Utoliko je teže na nekoga usmjeriti kritiku za sve negativnosti kapitalističkog poretka, dok je u slučaju komunizma znatno jednostavnije naći krivce. Razne ideologije i političke elite nastoje proizvesti i nametnuti vlastite ikone, mitove i mantre u javnom prostoru, kako bi lakše kontrolirale društva kojima vladaju.[16]

Redukcionističkim pristupom djelima i teorijama pojedinih autora ili potpunom praktičnom primjenom njihovih ideja (Friedman, 1997), konstantnim insistiranjem na *vječitim istinama* ili *svetim vrijednostima* društava, te infiltriranjem u obrazovne i zdravstvene sisteme zemalja, vladajuće elite nastoje ostaviti utisak neupitnosti njihovih ideja i pristupa. Ideologije i sistemi upravo kroz javne institucije nastoje izgraditi simbole svoje nadmoći i vladavine te stvoriti sliku vlastite uspješnosti, bila ona stvarna ili samo prividna. Začuđuje da, iako su svjedočile krahu sistema koji su se činili neurušivima, tranzicijske zemlje to ne sprečava da ulaze u drugi, novi sistem, jednako stihijski i nekritično, bez stvarnih dokaza o uspješnosti i održivosti tog sistema (Blair, 2000; Turen, 2000; Weber, 2004; Lallement 2004; Heywood, 2005; Latinović, 2005;

[16] Marks, Engels, Che Guevara, Milton Friedman, slobodno tržište, samoupravljanje, slobodna trgovina, deregulacija, ekonomija znanja, društvo znanja...

Žižek, 2006; Swedberg, 2006; Jessua, 2008; Giddens, 2009; Mises, 2010; Kecmanović, 2010). Različiti *neo* modeli se posljednjih decenija promoviraju s ciljem nalaženja novih rješenja za društveno-političke sisteme ili njihove dijelove, kao što su javna uprava ili javne usluge.

Posebno rasprostranjen model predstavlja model NPM (Novog javnog menadžmenta) koji se posredstvom reformi finansiranih od strane brojnih međunarodnih institucija provodi u BiH i čije se postavke postepeno implantiraju u teorijske i praktične modele unutar zemlje. Uticaj pandemije COVID-19, nadolazeće inflacije, te globalne recesije snažno se osjetio i u području javne uprave i njenih pojedinih dijelova, kako u Evropskoj uniji, tako i u Bosni i Hercegovini. Smanjenje finansijskih izdvajanja za obrazovanje ili zdravstvo usmjerava ove institucije ka razmišljanjima u smjeru smanjenja ukupnih troškova i povećanja efikasnosti rada – postizanje veće vrijednosti za manje novca. Način na koji se u zdravstvene ustanove inkorporiše liberalni korporativizam slijedi gotovo identičan model. Prvo, izražavanje sumnji u efikasnost postojećeg modela koji zemlji ne omogućuje konkurentnost na regionalnom ili globalnom nivou, koje prati zabrinutost visinom troškova javne uprave i usluga (uključujući zdravstvene sisteme), te naglašavanje potrebe tržišne orijentacije i potpune orijentacije ka kupcu/ korisniku. Pri tome se, primjenom redukcionističkog pristupa, u potpunosti zanemaruju ostale uloge koje zdravstveni sistemi trebaju imati u društvu, a naročito uloge humanističke i etičke prirode, kao i rasta i razvoja humanog kapitala. U novom se kontekstu etika, solidarnost ili odgovornost prema društvu i zajednici paradoksalno pretvaraju iz principa humanosti u puke tematske cjeline unutar podučavanih studijskih predmeta. Prema postavkama pristupa, da bi bili konkurentni, zdravstveni sistemi deregulišu, kreiraju novo liderstvo, te prihvataju javne intervencije u većoj mjeri, s krajnjim ciljem: zamijeniti stari režim kojim su dominirale državno regulirane profesije novim režimom kojim dominiraju organizacije vođene tržištem i državom. Čak i kad su na vlasti socijaldemokrati, neoliberalne postavke mogu izvršiti uticaj na njih što se naziva ograničenim neoliberalizmom. Time se smanjuju mogućnosti društva da se samostalno odredi u odnosu na pojedine sisteme, što je naročito vidljivo u tranzicijskim zemljama, s obzirom na navodnu *pobjedu* kapitalizma.

„Jedan od glavnih razloga zašto je sistem pružanja zdravstvenih usluga u SAD toliko skup (8000 USD po stanovniku 2014. godine) jeste to što je privatno orijentisan“. Neravnopravnost pacijenta (u prenesenom smislu kupca) s medicinskim stručnjakom (dobavljačem) u smislu posjedovanja znanja, uticaj osiguravajućih kuća, te drugi problemi u tretiranju zdravstvenog sektora kao konkurentnog tržišnog sektora, koje je proučavao Arrow (1963) doprinose ovakvom statusu zdravstvenih usluga u SAD-u (Sachs, 2014). Takođe, ovi podaci mogu ukazati na neke moguće greške koje pod uticajem neoliberalnih politika propagiranih u Istočnoj i Jugoistočnoj Evropu zemlje u tranziciji mogu napraviti prilikom koncipiranja nove strukture zdravstvenog sektora i sistema. Zdravstveni sektor se u tom procesu ne može posmatrati izolovano od drugih sektora, posebno sektora finansija (javnih i privatnih), ali i industrije privatne zdravstvene zaštite, obzirom da se putem političkim uticaja privatni interesi ulagača i akcionara u ovim sektorima reflektuju na odluke o strukturi zdravstvenog sistema kao i načinima finansiranja pružanja zdravstvenih usluga iz javnih fondova. Dodatno, pitanje ulaganja u zdravstveni sistem i usluge ne može se odvojiti od pitanja: dostupnosti javne infrastrukture (pristup pitkoj i tehničkoj vodi i kanalizaciji, elektrifikaciji, putnoj infrastrukturi i opremi za brzi transport pacijenata); legislativne i pravne uređenosti poslovanja u drugim sektorima (trgovina, poljoprivredno-prehrambena industrija) u smislu ograničavanja ili

sprečavanja praksi koje utiči na pogoršanje zdravlja stanovništva (kampanje duvanske industrije, promocija prehrambenih proizvoda bogatih šećerom, neregulisana prodaja i „skriveni marketing“ štetnih proizvoda, pogrešno ili nepotpuno deklarisanje proizvoda kojim se potrošači dovode u zabludu); obrazovnih politika i aktivnosti vezanih za očuvanje zdravlja pojedinca, porodice i društva, uključivanjem obaveznih i dopunskih sportskih i edukativnih aktivnosti u školstvu, ulaganje u obrazovne resurse (trening centre, školske bazene) koji podržavaju aktivnije i zdravije životne stilove, te potiču svjesnost o zdravom životu.

3.1. Organizacija zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini

U Statutu Svjetske zdravstvene organizacije, osnovane još 1948. godine pod najvišim ostvarivim standardom (budući da savršeno zdravlje ne postoji), smatra se ljudsko pravo za zdravlje „ bez obzira na rasnu, vjersku i političku pripadnost, ili ekonomski i društveni položaj“. Iako je Svjetska zdravstvena organizacija osnovana kao agencija UN, važno je istaći da bez obzira na međusobnu povezanost zemalja i dijeljenje podataka i rezultata, te njihove napore da prošire globalnu zdravstvenu zaštitu na sve stanovnike Zemlje, svaka država ponaosob je odgovorna za vlastiti zdravstveni sistem, sačinjen od ustanova, organizacija i agencija primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Činjenica je da se ne može govoriti o sistemu zdravstvene zaštite, niti odgovornosti top menadžera za rad iste bez uključivanja državnih zdravstvenih politika, politika vezanih za natalitet, zdravu ishranu, državnih ulaganja u zdravstveni sistem i sl. Ipak, uzimajući u obzir različite zdravstvene politike, državna uređenja i ulaganja različitih zemalja, važno je fokusirati se na zdravstvene organizacije i ponuditi menadžerima okvir koji je primjenjiv i održiv bez obzira na gore pomenute državne politike.

Istovremeno, neophodno je ukratko objasniti važnost zdravlja stanovništva, zdravstvenih politika država i ulaganja na rast i razvoj jedne zemlje. Politike međunarodnog razvoja su još od 90-ih godina prihvatile ideju da zdravlje stanovništva ima značajan uticaj na ekonomske performanse. Iako su učinci zdravstvenog stanja pojedinaca na njihovu produktivnost i zaradu vidljivi i široko priznati, posljedice zdravlja stanovništva za privredne rezultate (na makro nivou) i dobrobit pojedinaca, porodica i preduzeća teže je razlučiti i donedavno su bile prilično zanemarene (Alsan, 2006). Jasno je iz različitih empirijskih studija i objavljenih članaka da su politička ekonomija, koja uključuje politiku, ekonomiju i javne politike direktne odrednice zdravlja populacije. Zemlje sa socijalnim i demokratskim režimima, višom javnom potrošnjom, i manjim nejednakostima imaju populaciju sa boljim zdravljem (McCartney, 2019). Međutim, ne postoji dovoljno studija i istraživanja koja su vezana za međuodnose i njihov uticaj između upravljanja, politika, moći, makroekonomskih politika, javnih politika na jednoj strani i zdravlja stanovništva na drugoj. To je postalo naročito izraženo početkom i trajanjem proglašene pandemije Covid-19, za vrijeme koje je postalo očigledno da bez obzira na bogatstvo i dohodak na nivou zemlje, države su pokazale različite rezultate u borbi sa istim.

Izazov za globalno zdravstvo, ali istovremeno i potvrdu razvoja globalne infrastrukture ekonomije i zdravlja, predstavljaju podaci o rastu očekivanog životnog vijeka stanovništva. Prema nekim procjenama, na početku industrijske revolucije očekivana dužina života na rođenju bila je oko 35 godina, godine 1955. prema procjeni UN-a oko 46 godina, a u periodu 2010. - 2015. povećala se na 70 godina. Zabrinjavaju razlike u očekivanom životnom vijeku pri poređenju razvojenih zemalja i druge grupe manje razvijenih i nerazvijenih, koje iznose oko 20 godina.

Na odnosu dohotka po stanovniku i očekivane dužine života na rođenju, Sachs pojašnjava da u slučaju veoma siromašnih zemalja čak i male inkrementalne promjene u dohocima omogućavaju velike koristi od očekivane dužine žiovota, primarno usljed efekta ciljanih investicija u javno zdravlje siromašnih (Sachs, 2014). Transferi znanja i tehnologija iz zemalja razvijenih zdravstvenih sistema, te ciljane investicije bilateralnih, multilateralnih ili globalnih fondova u zdravstvo siromašnih zemalja na ovaj način mogu donijeti velike pozitivne efekte.

Primjer globalne solidarnosti koji pokazuje Kuba slanjem svojih doktora i medicinskog osoblja kao pomoći nerazvijenim zemljama pokazuje da i zemlje koje nisu razvijene u ekonomskom smislu, ali jesu u smislu zaštite zaštite zdravlja i osjećaja solidarnosti, mogu napraviti velike promjene u životima stanovništva najmanje razvijenih zemalja. Upravo ovakvi slučajevi i primjeri naglašavaju značaj ulaganja u izgradnju ekfektivnih zdravstvenih sistema u zemljama svih nivoa razvijenosti, koja rezultuju unapređenjima dijagnostike i prevencije, boljom dostupnošću lijekova i vakcina, poboljšanju medicinskih postupaka i drugim aktivnostima koje utiču na bolje zdravlje populacije. Zemlje sa nižim javnim ulaganjima u zdravstvo po glavi stanovnika i manjim GDP po glavi stanovnika su postale primjerom borbe protiv pandemije, ali i zaštiti života i zdravlja svojih stanovnika. Npr. ukoliko se pogledaju podaci Svjetske banke vidi se da je očekivano vrijeme života 77 godina za Sjedinjene Američke Države, ali isto tako i za Kubu (WB, 2006), mada je GDP po glavi stanovnika SAD USD 36465 u odnosu na Kubu USD 5259 (UNDP, 2003).

Postavlja se pitanje gdje se nalazi granica između napretka civilizacije, tehnoloških i medicinskih dostignuća i njihovog nepovoljnog uticaja na ljudsko zdravlje (zagađenje, sjedilački način života, procesirana hrana, preopterećenje i stres, nejednakost u dostupnosti resursa i podjeli bogatstva)?

Nažalost, bilo bi vjerovatno nemoguće postaviti zajednički model upravljanja zdravstvenim sistemima na nivou država zbog različitog stepena razvoja, njihovih ekonomskih politika i finansijskih izdvajanja. Pokušaji stvaranja klasifikacije država blagostanja su do danas na nivou istraživanja i diskusije u akademskim zajednicama i svjetskim organizacijama. Pod *državom blagostanja* podrazumijeva se sistem koji postavlja vlada s ciljem zaštite zdravlja i blagostanja njenih građana, naročito onih koji su u finansijskoj ili socijalnoj potrebi. Amerikanci smatraju da je začetak moderne države blagostanja započeo predsjednik Franklin D. Ruzvelt kroz svoje *New deal* programe 1933. godine. Međutim, država blagostanja pokazuje svoje začetke još u doba industralizacije u 19. vijeku. U Velikoj Britaniji, kroz zakon nazvan *Factory Act* iz 1833. godine je prvi put ograničeno radno vrijeme radnika, i kreiran okvir za inspekciju fabrika, te uslova u kojima radnici rade. Zatim, takođe u Britaniji, Zakon o deset sati rada za žene i djecu 1847.godine. Otto von Bismarck iz Njemačke je pred sami početak Prvog svjetskog rata uveo sheme osiguranja koje su podrazumijevale rizike od oboljenja i nesreća. Do danas, neke države svoje zdravstvene sistema temelje na Bismarckovim idejama, mada su u međuvremenu nadogradile elemente iz država blagostanja. Moderna država blagostanja podrazumijeva pet osnovnih sektora upravljanja, raspravlja o različitim obavezama koje oblikuju praksu socijalne države, te tvrdi da je država blagostanja bitan dio društvene i ekonomske organizacije modernih kapitalističkih društava (Garland, 2015).

Moderna literatura vezana za države blagostanja, još uvijek se svodi na diskusije Esping-Andersonove klasifikacije različitih tipova država blagostanja iz 90-tih godina. Esping-Anderson dijeli države blagostanja na liberalne, socijalno-demokratske i konzervativne. Veći broj autora i istraživača se suprotstavio ovakvoj podjeli, naglašavajući da autor nije uzeo u obzir mediteranske zemlje, kao ni druge zemlje unutar različitih sistema (Burlacu, 2007; Ferrera, 1996; Fenger, 2005; Bonoli, 1997). Suština ove akademske teoretske, ali i praktične diskusije, u osnovi se ogleda kroz manji ili veći fokus na tri osnovna područja: **tržište, državu ili porodicu** (kao temelj društva i zdravlja pojedinca), da li je riječ o kapitalističkim, komunističkim ili postkomunističkim sistemima. Do danas nije kreiran i usvojen jedinstven sistem klasifikacije zdravstvenih sistema u svijetu. Nepostojanjem jedistvenih sistema, javnih politika, ali i načina upravljanja istim na državnim nivoima, fokus rada je stavljen na upravljanje pojedinačnom ustanovom/ organizacijom unutar zdravstvenih sistema, kako bi se kreirao model koji bez obzira na materijalne, infrastrukturne i ljude resurse može osigurati smjernice za bolje upravljanje zdravstvenim institucijama. Bolje upravljanje je moguće osigurati kroz edukaciju top menadžmenta, poboljšanje procesa kroz organizaciju aktivnosti i monitoring/evaluaciju rada zdravstvenih ustanova.

Moderni trendovi u zdravstvu naglašavaju međuzavisnost globalizacije, obrazovanja i konkurentnosti. Smatra se da je u globalnoj mreži društva današnjice organizacija efektivnog permanentog obrazovanja ključni faktor ekonomskog razvoja, te da su ljudski resursi daleko značajniji od drugih resursa, tj. da su odlučujući faktor kada su u pitanju inovacije i prilagođavanje javnih djelatnosti i institucija novim uslovima. Kvalitet edukacije zaposlenih i njihova sposobnost da budu odgovorni za sopstveni profesionalni razvoj smatra se ključem uspjeha svake institucije ili organizacije, te se kontinuirano sticanje novih znanja i vještina smatra neophodnim da bi se zadržala trenutna pozicija ili otvorile nove profesionalne mogućnosti za pojedinca (Hegel, 1955; Fallon, 1980; Despot, 1991; Nuhanović, 2005; Bouckaert, 2009; Pollitt, 2012). Budući da su zdravstvene ustanove karakterisane kao profesionalne birokratije, upravljački modeli su oslonjeni na menadžerski razvoj upravljanja profesionalnim birokratijama (Mintzberg, 1983; Peters, 1989; Bolman, 2003; Dahlgaard, 2005; Loukas, 2007). Postojeći upravljački modeli po područjima (upravljački procesi, finansiranje, akreditacija i temeljni procesi) u koje se mogu svrstati svi sistemi zdravstvenih ustanova u Evropi sa većim ili manjim postotkom zastupljenosti u različitim državama, u zavisnosti od uređenja države i preferiranog ekonomskog modela (Clark, 1983; Lane, 1997; Thomas, 2007).

Raspadom SFR Jugoslavije i ostvarenjem nezavisnosti Bosne i Hercegovine, te postratnim oporavkom i tranzicijom u novi sistem, u sličnoj situaciji su se našli i građani BiH. Apsolutnim vjerovanjem u nepogrešivost sistema, ljudi su i sami doprinosili održavanju različitih formi totalitarizama na vlasti. Djelimično ili potpuno odsustvo kritičkih diskusija, promišljanja ili osvrta u javnoj sferi, dodatno osnaženo proganjanjem neistomišljenika onemogućava kreiranje sistema koji bi uvažio potrebe društva. Upravo iz ovih razloga, neophodno je diskusiji o definisanju ili redefinisanju zdravstvenih sistema, kao i drugih oblasti javnog života, pristupiti neopterećeno robovanjem recidivima prošlosti, ali ni apsolutnim sluganstvom novim trendovima neoliberalne provinijencije.

U suočavanju sa već pomenutim izazovima šokova (tranzicijski, ratni, post-ratni, globalizacijski, recesijski, pandemijski, inflacijski), BiH je morala posvetiti veću pažnju oblasti zdravstva, te omogućiti kritičku raspravu o budućim pravcima i modelima razvoja zdravstvenog sektora. Uzimajući u obzir da je postdejtonski politički razvoj BiH primarno određen kao proces izgradnje mira, civilnog društva i integracije države BiH, aktivnošću lokalnih vlasti i posredovanjem međunarodne zajednice, postavlja se pitanje kreiranja integralnog zdravstvenog sistema u BiH. Posmatranjem međupovezanosti ustavno-pravne strukture BiH i zdravstvenog sistema u zemlji, prva asocijacija koja se nameće je *kompleksnost*. Kompleksnost uređenja zemlje ostvaruje veoma negativne uticaje na oblast zdravstvenih sistema, za šta se primjer može pronaći u dugotrajnom procesu usaglašavanja i usvajanja Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBIH. Tema se tu ne iscrpljuje, obzirom na Ustavom utvrđene nadležnosti nad zdravstvenim sistemom. Kantoni imaju širok spektar nadležnosti uključujući zdravstvenu zaštitu, pitanja kulture, stanovanja, socijalne pomoći, turizma i poslovanja.

Kompleksnost državnog uređenja i nadležnosti nad oblasti reflektuje se na zdravstvene sisteme i u ekonomskim aspektima. Bosna i Hercegovina, kao jedna od država nastalih raspadom Jugoslavije, zemlje sa zdravstvenom zaštitom za sve, kao i zemlje koja se na najvećim međunarodnim forumima zalagala za pravičniji pristup globalnoj zaštiti zdravlja, treba pažljivo pristupiti reformama zdravstvenih sistema unutar zemlje i ne prepustiti se inerciji. Inercija uključuje pretežnu privatizaciju zdravstvenog sektora na bazi preporuka stručnjaka iz zemalja koje po strukturnim karakteristikama nisu uporedive (kako istorijskim razvojem institucija, tako i razorenošću sistema u ratnim dešavanjima, odlivu kadrova, različitim nivoima ulaganja u zdravstvo, različitim nivoima BDP-a itd.). Prenos praksi je potreban i neophodan, ali samo onih praksi koje su primjerene razvojnom stepenu i budućem opštekorisnom usmjerenju zdravstvenog sektora u zemlji.

Ograničenost finansiranja, smanjena sredstva za zdravstvo, uvođenje participacije pacijenata za troškove liječenja, te drugi elementi ekonomske prirode determinišu mogućnosti progresa u zdravstvu, a time i cjelokupnog društva. Nivo ulaganja finansijskih sredstava u zdravstveni sistem i naučno-istraživački rad predstavlja jedan od važnijih indikatora posvećenosti zemlje vlastitom razvoju. Nemogućnost i ograničavanje tehnološkog razvoja, inoviranja i osavremenjivanja obrazovnih i naučno-istraživačkih institucija bitno smanjuju mogućnosti ekonomskog i socijalnog oporavka zemlje. **Neprepoznavanje važnosti zdravlja stanovnika na rast i razvoj zemlje najbolje se reflektuje u Strategiji razvoja Federacije BIH 2021-2027.** usvojene 20. decembra 2020. godine od strane Vlade Federacije, gdje su za tri glavna *akceleratora* definisani: 1. inovacije i digitalizacija; 2. otvaranje i razvoj preduzeća i 3. finansijski sistem i javne finansije (Vlada FBIH, 2020). Područje zdravstva se pominje samo u dijelu poboljšavanja ishoda zdravstvenog sistema (očekivani životni vijek, mortalitet); jačanje finansijske održivosti zdravstvenog sistema, te unapređenje djelovanja u kriznim situacijama (koriste pojam unapređenje mada im je polazna vrijednost 2020. *NE,* što bi značilo da nisu posjedovali takav plan ranije). Ne postoje podaci o osobama koje su preležale Covid-19, ljudi koji boluju od dugotrajnog kovida, niti specifikovani problemi koji su nastali kao posljedica Covida, ali i neliječenja drugih hroničnih bolesti za vrijeme karantina i nedostupnosti zdravstvenih ustanova.

3.1.1. Organizacioni i pravni okvir u FBiH

Organizovano pružanje medicinskih zdravstvenih usluga u BiH veže se za posljednjih 150 godina i početak okupacije od strane Austro-Ugarske Monarhije. Prije toga, u Sarajevu postoje dvije bolnice (Vakufska i Vojna) koje su otvorene 1866. godine, dok su u Tuzli, Banja Luci, Mostaru i Travniku takođe otvorene vakufske bolnice – *hastahane*. U predosmanskom i osmanskom periodu istorije, liječenje oboljelih odvijalo se većinom u kućnim uslovima, uz pomoć tradicionalnog liječenja. Pomoć pri liječenju pružali su i vjerski službenici svih konfesija, u čemu se najviše ističu franjevci od kojih su mnogi školovani na evropskim medicinskim školama i univerzitetima. Pri pružanju pomoći i savjeta, najčešće se koriste tzv. *ljekaruše*, rukopisi i knjige recepata i savjeta narodne medicine s opisom njihovog pripremanja i uputama o liječenju različitih bolesti i stanja. Odredbom iz 1879. godine, Zemaljska vlada definiše obavljanje ljekarske djelatnosti od strane onih koji su školovani na adekvatnim institucijama Monarhije. Zakonski okvir provodi se po zakonima Austrije i Mađarske iz 1870. i 1876. godine. U oblasti zdravstvenog osiguranja, pojavljuju se fondovi osiguranja (prvi, *Rudarski* osnovan je 1888. godine). Krajem 19. i početkom 20. vijeka osnivaju se opštinske bolnice manjeg kapaciteta (10- 50 kreveta) u mnogim mjestima (Tuzla, Prijedor, Brčko, Mostar, Konjic, Banja Luka, Višegrad, Bijeljina, Trebinje, Foča, Prnjavor, Bosanski Novi, Derventa, Kotor-Varoš, Kladanj, Srebrenica, Cazin, Livno, Vareš, Gacko, Ključ, Goražde). Godine 1894. otvorena je Zemaljska bolnica (današnja Opća bolnica) u Sarajevu. U periodu do I svjetskog rata veliki broj doktora dolazi u BiH iz drugih krajeva Monarhije, ali raste i broj građana BiH koji stiču zvanje doktora medicine i drugih medicinskih stručnjaka. Početak I Svjetskog rata BiH dočekuje sa 17 bolnica (837 bolničkih kreveta), 58 opštinskih ambulanti i 43 javne apoteke (Mašić, 2018).

Period između dva svjetska rata snažno je obilježen velikim odlivom stranih doktora nakon I Svjetskog rata (1918. samo 100 doktora stranaca, uz vrlo slab srednji kadar), što je, uz dotrajalost medicinskih objekata, te rasprostranjenost bolesti (tuberkuloza, endemski sifilis, endemske strume, parazitske bolesti, gljivične bolesti, avitaminoze, pothranjenost, trahom, gušavost) uticalo na mogućnosti i efikasnost pružanja zdravstvene zaštite (SKBM, 2022). Teritorij Bosne i Hercegovine pod osmanskom i austrougarskom upravom (i državna uprava osmanske provincije Bosne i zemaljske vlade BiH) u periodu Kraljevine Srba, Hrvata i Slovenaca, odnosno u većini periodu između dva svjetska rata[17] postaje dijelovima četiri banovine: Vrbaske, Drinske, Primorske i Zetske, čime se djelimično narušava kontinuitet uspostavljenih struktura u zdravstvu. Kraljevina SHS putem Ministarstva narodnog zdravlja (Ministarstva socijalne politike i narodnog zdravlja od 27. juna 1929. godine) ulaže sredstva u osnivanje domova narodnog zdravlja u mnogim mjestima u BiH. Kraj II svjetskog rata Bosna i Hercegovina dočekuje sa 220 ljekara i tek oko 2000 bolesničkih postelja (RZS, 1986). Počeci organizovanog zdravstvenog sistema u BiH vežu se za period poslije II svjetskog rata. Veliki ljudski i materijalni gubici tokom rata predstavljali su izazove u obnovi i organizaciji zdravstvenog sistema. Ulaganja putem tadašnjih zajednica zdravstvenog osiguranja omogućavala su razvoj svih nivoa zdravstvene zaštite, izgradnju i opremanje kliničkih (Sarajevo, Banja Luka, Tuzla, Mostar, Zenica) i zdravstvenih centara širom zemlje.

[17] Izuzev perioda 1918.-1922. kada je Bosna i Hercegovina bila upravna pokrajina Kraljevine SHS, te teritorijalne prekompozicije iz 1939. godine Sporazumom Cvetković-Maček

Školovanje zdravstvenih radnika odvijalo se kroz sistem srednjoškolskih medicinskih škola, te kroz medicinske fakultete unutar BiH ali i u saradnji sa drugim obrazovnim i medicinskim centrima u SFRJ (Beograd: Medicinski fakultet, VMA; Zagreb, Ljubljana). Prenos znanja na nove kadrove obavljao se kroz razmjenu nastavnog/ljekarskog kadra, te školovanje kadrova iz BiH na institucijama u drugim republikama. Primjer razvoja sekundarnog i tercijarnog zdravstva predstavlja i nekadašnja Vojna bolnica u Sarajevu (današnja Opća bolnica „Dr. Abdulah Nakaš“) koja je poslovala pod okriljem JNA i prednjačila u opremljenosti kapaciteta i kadrova.

U Bosni i Hercegovini postoji i veliki raskorak između potreba zdravstvenog sektora i obrazovanja, posebno u području upravljanja zdravstvenim ustanovama. Na kraju to doprinosi odlivu javnih sredstava za zdravstvo, zbog nedostatka menadžerskih znanja i vještina. Međutim, iako su nadležne instance smatrale da će se adekvatnim i kontinuiranim profesionalnim obrazovanjem top menadžera, menadžera na taktičkom i operativnom nivou poboljšati upravljanje zdravstvenim ustanovama (naročito javnim) u proteklih pet godina nije uočen značajniji napredak (studije EU i WB u BiH). Profesionalci u profesionalnim birokratijama kakve su zdravstvene ustanove sami kontrolišu svoj rad i to u smislu da je njihov rad relativno nezavisan od rada njihovih kolega, ali je čvrsto povezan sa korisnicima.

Sa ogromnom koncentracijom kapitala, sredstava za rad i radne snage u velikim ustanovama postaje sve jasnije da je kvalitetno rukovođenje od ogromne važnosti, ne samo za ostvarenje zajedničkih ciljeva, već i za sve aspekte savremenog života. Među stručnjacima se smatra da su zdravstvene ustanove najkompleksnije za upravljanje. Zdravstveni sistem u Bosni i Hercegovini sastoji se od tri zdravstvena podsistema, Federacije Bosne i Hercegovine, Republike Srpske, a od 2000. godine i Distrikta Brčko. U Bosni i Hercegovini postoji 13 ministarstava zdravstva, koja obuhvataju procjenjenu populaciju od *3 531159 ljudi* (Agencija za statistiku, 2021). Dakle, organizacija, pružanje zdravstvene zaštite i finansiranje predstavljaju odgovornost entiteta (RS i FBiH – 10 autonomnih kantona/županija) i distrikta Brčko. Ministarstvo civilnih poslova jedino je tijelo javne administracije sa odgovornostima vezanim uz zdravstvo u Bosni i Hercegovini. Pravna osnova za Ministarstvo civilnih poslova je sadržana u Zakonu o ministarstvima BiH (mart, 2003. godine) kojim se Ministarstvu civilnih poslova daju ovlasti za predstavljanje BiH na međunarodnom nivou, za uspostavljanje osnovnih principa za koordinaciju i za koordinisanje planova entiteta i drugih vladinih tijela.

Upravljanje kvalitetom u zdravstvenim ustanovama primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa, koje se bave pružanjem zdravstvenih usluga, predstavlja nedovoljno istraženu i elaboriranu temu u Bosni i Hercegovini. Republika Srpska (RS), obuhvata cca 1.4 miliona stanovnika, a sastoji se od četiri regije. Sistem zdravstva u RS je centralizovan sa ovlastima u okviru Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite, Instituta za zaštitu zdravlja i Fonda zdravstvenog osiguranja. Uspostavljene su i Agencija za lijekove RS-a i Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta. Sistem zdravstvene zaštite u RS-u sastoji se od 81 zdravstvene ustanove, sa oko 11.000 zaposlenika. U Distriktu Brčko (cca 85.000 stanovnika) zdravstvene usluge pružaju se putem četiri zdravstvene ustanove. U FBiH sistem zdravstvene zaštite je decentralizovan i većina nadležnosti (funkcije i odgovornosti) leži na kantonima/županijama. Struktura sektora zdravstva sastoji se od 11 ministarstava zdravstva, 11 zavoda za zdravstveno osiguranje i 11 zavoda za javno zdravstvo.

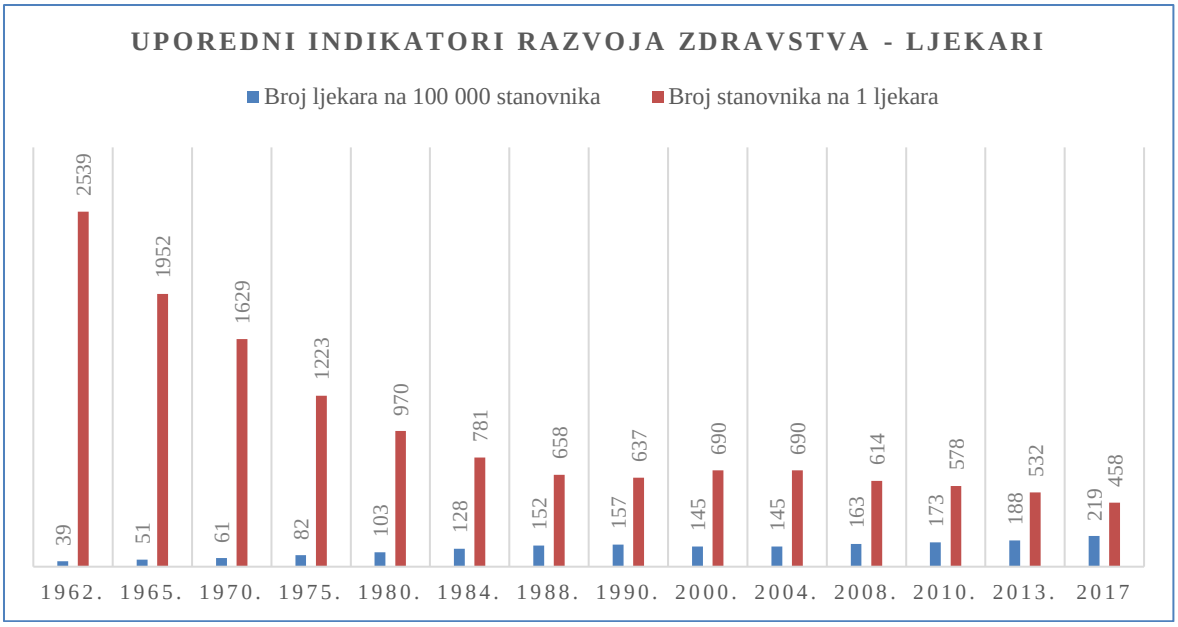
Mreža davalaca zdravstvenih usluga se sastoji od 280 javnih i 333 privatnih ustanova (uključujući i apoteke) sa ukupno cca 22.000 uposlenih (Hrabač, Šunje, Bodnaruk, 2011).

Ograničenja decentralizovanog sistema zdravstva u Federaciji BiH dovode u pitanje i finansijsku održivost, te postavljaju **pitanje neefikasnosti organizacionog modela u sektoru zdravstva** i pružanju zdravstvenih usluga, ograničenje institucionalnih kapaciteta i institucionalnih fragmentacija, što uslovljava i nejednak pristup zdravstvenoj zaštiti. Savremeni trend u nauci i vještinama upravljanja zdravstvenim sistemom FBiH uključuje kompleksan pojam ***savjesnog upravljanja*** (WHO, 2012; FMZ, 2014). Usvojen je i *Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine u periodu od 2008. do 2018. godine (*FMZ, 2008). Specifični strateški ciljevi direktno utiču na jačanje četiri poluge zdravstvenog sistema: savjesno upravljanje, zdravstvene usluge, resurse, uspostavljanje efikasnog i savjesnog upravljanja u zdravstvu. Ovdje se može uočiti prvi problem vezan za provođenje principa savjesnog upravljanja, koji je Ministarstvo pokušalo otkloniti organizovanjem kontinuirane profesionalne edukacije iz područja zdravstvenog menadžmenta za top – menadžere (FMZ, 2010).

Problem, koji se pojavljuje na nivou zdravstvenih ustanova, a time i reflektuje na ukupan sistem zdravstvene zaštite u FBiH, odnosi se na prethodno uvedeni pojam ***savjesnog poslovanja*** i direktno povezuje sa navedenim pojmom ***poboljšanja kvaliteta***. Naime, pojam savjesnog poslovanja podrazumijeva načela efikasnosti, ali i efektivnosti, transparentnosti, usmjerenosti na korisnika, vodstva, uključivanje uposlenika, procesni pristup, sistemski pristup upravljanju, kontinuirana poboljšanja, međusobno korisne odnose sa dobavljačima i najvažnije, donošenje odluka na temelju činjenica (ISO 9001:2015). Gap (jaz) koji je nastao usljed nerazumijevanja nadležnih između odnosa savjesnog poslovanja i sistema upravljanja kvalitetom, vidljiv je na nivou cijele Federacije.

Velika slabost u poslovanju zdravstvenih ustanova jeste i nedostatak odgovarajućih upravljačkih sposobnosti top menadžera, rukovodilaca, koji najčešće nemaju adekvatna znanja i iskustva potrebna za strateško upravljanje, finansijsko planiranje i druge aktivnosti nužne za upravljanje zdravstvenim ustanovama u tržišnim uslovima. Edukovan zdravstveni menadžer može pomoći u razvijanju zdravstvenog sistema koji će biti uspješniji u liječenju, njezi pacijenata, medicinskom istraživanju, planiranju, promjenama i inovacijama u sistemu, te ostvarivanju finansijskog benefita za zdravstvenu ustanovu kojom rukovode (FMZ, 2008). Međutim, u praksi se postavlja pitanje da li su menadžerska znanja i vještine stečene putem KPE dovoljne za savjesno upravljanje glomaznim zdravstvenim sistemima?

Kvantitativni i kvalitativni skok u pružanju zdravstvenih usluga vidljiv je iz **osnovnih pokazatelja zdravstvene zaštite:**



Grafikon 1.: uporedni indikator razvoja zdravstva: doktori (RZS, 1970, AZS, 2020)

Kako je vidljivo iz grafikona 1., broj ljekara na 100 000 stanovnika porastao je 5.6 puta u posmatranom vremenskom periodu (1962.- 2017.), što svjedoči velikom ostvarenom napretku usprkos ogromnim pretrpljenim štetama u ratnim dešavanjima prve polovine 1990-ih. Godine 1962., jedan doktor je opsluživao u prosjeku preko dvije i po hiljade osoba, dok u 2017. godini opslužuje malo više od 450 osoba. Po indikatoru „Broj ljekara na 100 000 stanovnika“ u 2017. godini, iako se rezultat može označiti mnogo povoljnijim nego ranije (219 ljekara), Bosna i Hercegovina još uvijek znatno zaostaje u odnosu na prosjek zemalja evropskog regiona Svjetske zdravstvene organizacije (308 ljekara na 100 000 stanovnika).

Tabela 5.: uporedni indikatori razvoja zdravstva: stomatolozi i b.o. (RZzS, 1986; RZS, FZS, 2020)

Indikator / Godina	**1962.**	**1965.**	**1970.**	**1975.**	**1980.**	**1984.**	**1991.**	**2001.**
Broj stanovnika/ 1 stomatolog	61778	28500	13039	6798	5126	3674	3115	2891
Broj stanovnika/ 1 bolesnička postelja	270	221	238	221	218	210	217	196

Ostali komparativni podaci pokazuju da je stopa smrtnosti stanovništva na 1 000 stanovnika smanjena sa 13.9 na 6.8 u periodu od 1950-ih do sredine 1980-ih godina. Broj umrle odojčadi na 1000 živorođene djece višestruko je smanjen u posljednjih 70-ak godina (sa 134.0 na 6.7). Usprkos velikim razaranjima tokom rata, podaci za posljednje dvije decenije ukazuju na dalje poboljšanje rezultata po ovim indikatorima.

Tabela 6.: stopa smrtnosti odojčadi: umrli na 1000 rođenih (RZzS, 1986;RZS, FZS, 2020)

Godina	**1950.**	**1984.**	**2016.**	**2017.**	**2018.**	**2019.**
SR BiH/BiH	134.0	24.7	5.84	6.44	6.15	6.67
FBiH	-	-	7.47	8.17	8.36	9.27
RS			2.43	2.78	1.78	1.61

Ulaganja u **razvoj zdravstvenih kadrova** dovela su do učetverostručenja broja ljekara do sredine 1980-ih (1962; 1315; 1984; 5381), te enormnog porasta broja stomatologa u istom periodu - sa 54 na 1156 (RZS, 1986). Prosječna godišnja stopa rasta investicija u osnovna sredstva za ovaj period u oblasti zdravstva i socijalne zaštite bila je 10.3%.

U pedesetim i šezdesetim godinama 20. vijeka ova stopa je bila visoka (37.8% i 8.7%), ali se već u dekadi sedamdesetih i prve tri godine osamdesetih bilježe negativne stope (-0.7%; -9.5%), tako slijedeći i pad ukupnih investicija u osnovne fondove društvenog sektora (-6.6% u periodu 1980.-1983.) i investicija u društveni sektor privrede (-8,6%) (RZS, 1986). Pitanjem efikasnosti rada fondova za zdravstvo (nekadašnjim SIZ-om[18]) bavi se i Bašić (2018) i ukazuje da su „fondovi postali mjesta interesnog okupljanja, a ne i utvrđivanja stvarne zdravstvene politike", čime zdravstvo rastom troškova vrši pritisak na povećanje sredstava. Povezana izvorišta ovog problema nalaze se u izgradnji kapaciteta bez analiza o potrebama i procjenama iskorištenosti, nejasnim kriterijima plaćanja i pokrivanja troškova usluga, prekomjernog zapošljavanja u zdravstvu (Bašić, 2018). Ipak, i pored utvrđenih sistemskih problema u sektoru zdravstva, kao i veoma turbulentnih dešavanja u prvoj polovini 1990-ih, komparativni podaci pokazuju da je ostvaren veliki napredak u razvoju zdravstvenog sistema i zdravlja stanovništva BiH uopšte u periodu od kraja II svjetskog rata do danas. Ovo se prvenstveno odnosi na produženje životnog vijeka stanovništva, na smanjenje opšte i smrtnosti odojčadi, što u konačnom dovodi i do rasta demografskih i ekonomskih potencijala zemlje.

Finansiranje zdravstvenog sistema u BiH može dati jasniju sliku o samoj strukturi sektora. Prema kumulativnim podacima statistike nacionalnih računa zdravstva za BiH (BHAS, 2021), izdaci za zdravstvo u 2019. iznosili su 3,194 milijardi KM, od čega su 70% bili javni, a 30% privatni izdaci. Udio zdravstvene potrošnje u BDP-u BiH iznosio je 9% u posmatranoj godini.

Tabela 7.: Izdaci za zdravstvo - pružaoci usluga i izvori finansiranja

Pružaoci usluga zdravstvene zaštite / Izvori finansiranja	**Javni izdaci**	**Privatni izdaci**	**Svi izvori finans.**
	miliona KM		
Bolnice	949,495	198,853	1 148,347
Ustanove za medicinsku njegu i boravak pacijenata	2,452	3,032	5,475
Pružaoci usluga ambulantne zdravstvene zaštite	732,751	190,621	923,372
Pomoćne uluge	22,698	30,569	53,267
Maloprodaja i drugi pružaoci medicinske robe	364,032	519,109	883,142
Davaoci preventivne zdravstvene zaštite	13,448	0,425	13,873
Upravljanje zdr. sistemom i zdr. osiguranjem	67,084	7,113	74,197
Ostali davaoci (ostatak ekonomije)	27,042	-	27,042
Strani davaoci usluga (ostatak svijeta)	64,403	-	64,403
Nepoznati davaoci	0,853	-	0,853
Svi izvori finansiranja	*2 244,259*	*949,714*	*3 193,972*

Izvor: BHAS, 2019 – obrada autora

Podaci iz tabele ukazuju na najveće izdatke u bolnicama kao pružaocima usluga (36%), te ambulantama (29%) i maloprodaji i drugim pružaocima medicinske robe (28%). Obzirom da tercijarna zdravstvena usluga u pravilu uključuje visokospecijalizovane operativne discipline i zahtijeva sofisticiranu opremu i potrošne materijale, podaci o udjelu u ukupnim izdacima nisu iznenađujući. Zabrinjava podatak da je na preventivnu njegu (programe informisanja, edukacije i savjetovanja, programe imunizacije, ranog otkrivanja bolesti, praćenja zdravstvenog stanja stanovništva, epidemiološkog praćenja i kontrole rizika od bolesti, te programe pripreme za odgovor na katastrofe, u 2019. godini izdvojeno skromnih 1.8% ukupnih izdataka za zdravstvo (tj. 56,5 miliona KM). U 2017. godini ovaj postotak iznosio je 1.9%, a u 2018. takođe 1.8% ukupnih izdataka.

[18] SIZ – Samoupravna interesna zajednica, forma društvenog organizovanja u samoupravnog socijalizmu SFRJ

Dva su ishodišta ovakve politike finansiranja potrošnje u zdravstvu. Prvo se odnosi na pretežno „reaktivnu“ politiku zdravstva, koja se bavi otklanjanjem posljedica više nego uzrocima (prevencijom). Višegodišnja ulaganja od manje od 2% ukupnih izdataka u programe prevencije ukazuju na sklonost donosilaca odluka, ali i stanovništva uopšte, da zanemare programe i planove preventivnog djelovanja koji bi sprečavali nastanak štetnih posljedica po zdravlje stanovništva. Izostanak većih ulaganja i sistemskih programa preventivnih sistematskih zdravstvenih pregleda za sve kategorije stanovništva i sve dobne grupe za posljedicu imaju povećane troškove kasnijeg liječenja. Dodatno, ulaganje u preventivne programe zdravlja ne smiju se posmatrati izolovano (samo unutar sektora zdravstva), već se mora povezati sa ciljevima drugih sektora u unapređenju zdravlja stanovništva (odgoj i obrazovanje, sport, poljoprivredno-prehrambeni sektor, sektor trgovine, sektor turizma) i industrijama, te sektorom socijalne zaštite (s ciljem povećanja mogućnosti i kapaciteta za korisnike penzijsko-invalidske zaštite pri korištenju javnih i privatnih rekreativnih, sportskih i transportnih kapaciteta). Drugo ishodište odnosi se na komparativno veoma loš odgovor BiH na nastalu globalnu katastrofu pandemije Covid-19. Preventivni programi, među ostalim, uključuju i odgovor na katastrofe, ali se iz utrošenih iznosa da zaključiti da u godinama koje su prethodile pandemiji nisu posvećeni dovoljni napori izgradnji sistema odgovora. Iz ovih razloga se nakon gotovo dvije godine pandemije u Kantonu Sarajevo između zdravstvenih ustanova i vlasti još uvijek vode javne diskusije o tzv. *putu pacijenta*, te politikama i procedurama nabavki neophodne opreme. Nejasna pravila nabavki u situacijama hitnosti (nastanak stanja ugroženosti stanovništva) dodatno su doprinijela nastanku brojnih afera koruptivne prirode (nabavke respiratora i druge medicinske opreme po pogrešnim specifikacijama ili uz višestruko uvećane cijene) na svim nivoima vlasti, rezultujući u neopravdanoj potrošnji i/ili potencijalnom otuđenju milionskih iznosa. Niska i nedovoljno fokusirana ulaganja u prošlosti, uz neuređen zdravstveni sistem i prisutne koruptivne prakse, tako dovode do gubitka zdravlja i života stanovništva danas.

Zdravstveni sistem u BiH organizovan je u okviru tri podsistema, dva entitetska i jedan u Distriktu Brčko. Ministarstvo civilnih poslova BiH je jedino tijelo na nivou BiH sa odgovornostima u oblasti zdravstva. Pored ovog ministarstva, postoje ministarstva zdravstva na nivou RS i FBiH, Odjeljenje za zdravstvo i ostale usluge Brčko Distrikta, te 10 ministarstava zdravstva na nivou kantona u FBiH. Kompleksnost unutrašnje strukture BiH reflektovana je na zdravstveni sistem unutar zemlje, te dovodi do povremenih sukoba nadležnosti, što se posebno odnosi na pitanja finansiranja izgradnje i funckionisanja zdravstvenih institucija kroz podijeljeno finansiranje od strane entiteta i kantona. Pitanje osnivača i rada kliničkih centara uključuje kompleksne probleme obzirom da se na mjestu osnivača (SR BiH / R BiH u slučaju UKC Sarajevo) po novim zakonskim rješenjima pojavljuju FBiH i nekoliko kantona: Sarajevo, Bosansko-podrinjski, Zeničko-dobojski, Unsko-sanski i Srednjebosanski (Statut KCUS, 2012), a da je većinski i vodeći finansijer poslovanja institucije u posljednjim godinama Kanton Sarajevo.

Zakonski i strategijski okvir usmjerava djelovanje zdravstvenog sistema i institucija koje djeluju u okviru različitih komponenti sistema (zaštita, osiguranje, usluge, strukture). Zdravstvena zaštita u BiH regulisana je na nivou entiteta, nivou Distrikta Brčko, te na kantonalnom nivou (u FBiH). Zdravstveno osiguranje bazira se na bizmarkovskom socijalnom modelu. Razvojne politike zdravstva i zdravstvene zaštite pripremaju se i usvajaju na nivou entiteta i implementacija se vrši na entitetskom i nižim nivoima (opštine u RS, kantoni i opštine

u FBiH). U FBiH, ključni zakoni koji regulišu oblast zdravstva i kvaliteta u zdravstvu su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o sistemu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, kao i Zakon o zdravstvenom osiguranju. Brčko Distrikt vlastitim zakonima o zdravstvenoj zaštiti i osiguranju utvrđuje zakonski okvir zdravstva i zaštite zdravlja stanovništva, uključujući i edukaciju u oblasti zdravstvene zaštite. Republika Srpska zakonima o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju propisuje mjere unapređenja zdravlja i osiguranja zdravlja, te aktivnosti na očuvanju i unapređenju zdravlja. Strategije, politike i ciljevi zdravstvene zaštite i komponenti zdravlja definišu se na entitetskom nivou. Neki od važnijih strateških dokumenata uključuju Strateški plan razvoja zdravstva FBiH 2008.–2018. (produžen do 2020.), Strategiju za prevenciju, tretman i kontrolu malignih neoplazmi 2012.-2020., Politiku unapređenja zdravlja stanovništva RS do 2020., Strategiju za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u RS 2019.-2029. (UNFPA, 2020).

Dosadašnja praksa i brojne studije pokazali su da se stanovništvo različitih dijelova BiH susreće s brojnim poteškoćama u **pristupu uslugama zdravstvene zaštite**. Iako se ciljevi jednakosti u pristupu proklamuju u zakonskim i strateškim dokumentima, postoje brojni primjeri nejednakog pristupa. Više od petine stanovništva BiH živi na udaljenosti većoj od 5 km od primarne zdravstvene zaštite. Konfiguracija terena i loša saobraćajna infrastruktura, uz neadekvatnu opremljenost službi hitne pomoći (terenska vozila za teže pristupačna područja, vozila opremljena kardiogramom i defibrilatorom, helikopterska hitna pomoć) predstavljaju velike izazove u pružanju hitne pomoći i zdravstvene zaštite u brojnim opštinama ili kantonima. Dostupnost zdravstvene usluge na sekundarnom i tercijarnom nivou dodatno je otežana činjenicom da su neke specijalističke i operativne usluge dostupne samo u velikim centrima, ali samo u okviru pojedinačnih entiteta (RS i FBiH). Radikalni primjeri otežane dostupnosti mogu biti pružanje usluge građaninu iz Istočne Hercegovine (RS) na UKC Banja Luka ili građaninu iz Unsko-sanskog kantona (FBiH) na UKC Sarajevo. Međusobna nepovezanost sistema zdravstvene zaštite i osiguranja između dva entiteta na ovaj način otežava uspješno liječenje pacijenata u njemu/njoj najbližoj specijalizovanom kliničkom centru, uz velike prateće izdatke (prevoz, smještaj u slučaju čekanja na intervenciju, smještaj pratnje pacijenta, ostali troškovi) koje pacijent ne može refundirati iz fonda zdravstvene zaštite. Neosjetljivost sistema zdravstvene zaštite potiče građane na akcije kojima se olakšava dugotrajni boravak i umanjuju troškovi u pratnji oboljelog lica (roditelji, članovi porodice). Ovakvu inicijativu predstavlja i izgradnja „Roditeljske kuće“ za boravak roditelja i članova porodice djece na dugotrajnom liječenju u KCUS Sarajevo, koju provodi udruženje „Srce za djecu koja boluju od raka“ u saradnji sa KCUS. Bolje usklađivanje pružanja zdravstvenih usluga između entiteta te distrikta, kao i regulisanje pune dostupnosti liječenja u centrima najbližim pacijentima (uz kasnije „poravnanje“ troškova između zavoda zdravstvenog osiguranja) predstavljalo bi logičnu i pacijentima prilagođenu odluku.

Zdravstvena djelatnost predstavlja organizovano pružanje zdravstvene zaštite kroz rad zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika u okviru zdravstvenih ustanova, odnosno privatne prakse u skladu sa stručno-medicinskom doktrinom i uz upotrebu zdravstvene tehnologije. Provodi se kao primarna, specijalističko-konsultativna i bolnička zdravstvena djelatnost i djelatnost javnog zdravstva. Zdravstvena djelatnost je djelatnost od posebnog interesa. Obavlja se na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, te na nivou federalnih i kantonalnih zdravstvenih zavoda.

Primarna zdravstvena zaštita se pruža putem četiri zdravstvene ustanove: JU Dom zdravlja; Centar za zdravstvenu zaštitu žena i materinstva; Zavod za hitnu medicinsku pomoć; JU Apoteka. Djelatnost medicine rada ostvaruje se kroz specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenika, kao dio primarne zdravstvene zaštite i obuhvata preventivne poslove u vezi sa stvaranjem i održavanjem sigurne zdrave radne okoline (FMZ, 2010). **Sekundarna zdravstvena zaštita** obuhvaća specijalističko-konsultativnu i bolničku zdravstvenu djelatnost. Pruža se u Specijalističkim kabinetima i ordinacijama i bolnicama. Na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite može se organizovati i provoditi nastavna i naučnoistraživačka djelatnost. Bolnička zdravstvena djelatnost obuhvata dijagnosticiranje, liječenje i medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu, boravak i prehranu pacijenata u bolnicama (FMZ, 2010). **Tercijarna zdravstvena zaštita** podrazumijeva subspecijalističku zdravstvenu zaštitu, obuhvata i pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konsultativnih i bolničkih zdravstvenih djelatnosti, NIR, te izvođenje nastave na osnovu ugovora za potrebe fakulteta zdravstvenog usmjerenja. Pruža se u Kliničkom centru Univerziteta u Sarajevu i drugim kliničkim centrima (FMZ, 2010).

S ciljem sagledavanja svim snaga, slabosti, mogućnosti i prijetnji zdravstvenog sistema u FBiH potrebno se osvrnuti na: demografske promjene; epidemiološke promjene; političko okruženje; zakonsko i regulatorno okruženje; ekonomski razvoj i zdravlje; financiranje zdravstvenog sektora; sociokulturološko okruženje; okoliš. Postojeća oprema i kadar nedostatni su za uvođenje kompletnog monitoringa riziko faktora okoliša u FBiH kao što su zagađena voda i vazduh, otpadne materije, kontaminirana hrana, zagađeno zemljište, mine itd. (Sl.list 46/10).

Federalno ministarstvo zdravstva je na osnovu Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH (Sl. glasnik 46/10) donijela Pravilnik o kontinuiranoj profesionalnoj edukaciji iz zdravstvenog menadžmenta (u daljem tekstu KPE) u 2011. godini. Pravilnik uključuje kombinovanje znanja iz informatike, medicine i medicinske terminologije, etike, prava, ekonomije, farmakologije, marketinga, menadžmenta itd. Sastoji se od tri obavezna nivoa (SHCE 1, SHCE 2, SHCE 3) sa ukupnim brojem sati nastave od 265 sati, obaveznom provjerom znanja za svaki završeni nivo KPE, te završnim stručnim radom. Educiran zdravstveni menadžer može pomoći u razvijanju zdravstvenog sistema koji će biti uspješniji u liječenju, njezi pacijenata, medicinskom istraživanju, planiranju, promjenama i inovacijama u sistemu, te ostvarivanju finansijskog benefita za zdravstvenu ustanovu kojom rukovode (FMZ, 2008). Međutim, iako top menadžeri mogu savladati neophodne upravljačke vještine, ukoliko nemaju odgovarajući alat za njeno upravljanje, ne mogu ih u cjelosti iskoristiti za efikasan i efektivan rad ustanove.

Posebna strateška funkcija koju je neophodno razviti na nivou top menadžmenta zdravstvenih ustanova jeste upravo implementacija sistema upravljanja kvalitetom. Budući da se sistemom upravljanja kvalitetom može obuhvatiti cijela ustanova, uključujući sve procese i aktivnosti koje se na njoj odvijaju, postoji ogroman propust u zakonskim i podzakonskim aktima koji se odnose na navedenu materiju. Zakon o sistemu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu ne prepoznaje sistem upravljanja kvalitetom, već načelo stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite, koji pokušava naglasiti značaj strateških ciljeva u reformama zdravstva Federacije tj. upravljanje zdravstvenim sektorom orijentisano na kvalitet.

Nerazumijevanje sistema upravljanja kvalitetom, kao strateške funkcije za upravljanje zdravstvenim institucijama dovodi do analiza i mjerenja indikatora koji su vezani isključivo za zahtjeve struke, a veoma malo pažnje se posvećuje strateškom upravljanju zdravstvenim ustanovama. Često se pojam kvalitete vezuje samo uz zdravstvenu uslugu. Kvalitet se mora pratiti i mjeriti u svim segmentima poslovanja zdravstvene ustanove, a ne samo u segmentu pružanja zdravstvenih usluga. Sistem upravljanja kvalitetom podrazumijeva planiranje, mjerenje, analizu, monitoring, izvještavanja, organizaciju, koordinaciju svih procesa i aktivnosti unutar zdravstvene ustanove. Iz tog razloga, ukoliko se žele osigurati preduslovi za uvođenje kvaliteta kao sastavnog dijela poslovne politike i poslovanja zdravstvene ustanove, potrebno je osigurati kvalitetan menadžment zdravstvenih ustanova koji će kvalitet prepoznati kao nužan i afirmativan dio cjelokupne poslovne politike. A ne treba zanemariti da strateško upravljanje u zdravstvu podrazumijeva i upravljanje orijentisano na osiguravanje pružanja kvalitetne i sigurne zdravstvene usluge, koja će pružati sigurnost kako pacijentima tako i zdravstvenim profesionalcima (FMZ, 2010).

3.1.2. Strateško upravljanje zdravstvenim ustanovama u FBiH

Područja obrazovanja i zdravstva naglašena su u programima globalnih organizacija kao pitanja od primarnog interesa za očuvanje i razvoj čovječanstva. Posebno se naglašava značaj međupovezanosti ove dvije oblasti, u kojoj razvoj jedne doprinosi razvoju druge i obrnuto, dok obje dimenzije zajedno doprinose društvenoj dobrobiti, uključujući i ekonomiju. „Zdravstvo i obrazovanje, kao pitanja ljudskog kapitala su veoma povezana. Investicije se ostvaruju prema istom pojedincu, a ulaganja u zdravstvo donose pozitivne efekte u obrazovanju (povećanje prisustva nastavi, zdravija djeca uče bolje i uspješnija su, zdravije osobe efektivnije koriste stečeno obrazovanje...). Investicije u obrazovanje poboljšavaju impakt na zdravstvo u smislu vještina i znanja (pismenost, higijena, zdravstvo), te posebno u kontekstu obrazovanja iz zdravstva, uključujući i zdravstveni menadžment“ (Todaro & Smith, 2006). Ujedinjene Nacije (UN) u svojim Ciljevima održivog razvoja (engl. Sustainable Development Goals; skr. SDGs), kao i u prethodnim Milenijumskim ciljevima razvoja, navodi očuvanje zdravlja kao jedan od najvažnijih ciljeva za opstanak i razvoj svijeta.

Posebno izdanje Izvještaja Svjetskog ekonomskog foruma o globalnoj konkurentnosti (WEF, 2020) kao jedan od glavnih nalaza navodi potrebu „oživljavanja i transformacije ljudskog kapitala“ u svjetlu zaostajanja kapaciteta zdravstva u odnosu na okruženje pandemije i buduće potrebe **(proširenje zdravstvene njege starijih lica i djece, jačanje infrastrukture i inovacija).** *Ulaganja u zdravstvene usluge, infrastrukturu i talente* smatraju se nedovoljnima, dok bi se ovako definisan problem mogao tumačiti zapravo kao neulaganje u izgradnju zdravstvenih sistema (regionalnih, državnih, međudržavnih, globalnih). U kontekstu WEF i WB (World Bank - Svjetska banka) i njihovih globalnih izvještaja koji su decenijama usmjeravali pozicije i razvojne politike zemalja (u slučaju Svjetske banke kako se kasnije utvrdilo na prilično upitnoj i greškama i zloupotrebama podložnoj metodologiji, što je dovelo do obustavljanja izdavanja izvještaja *Doing business*), interesantno je osvrnuti se na termine i jezičke konstrukcije kojima se institucije služe. Termin „ljudski kapital“ koji se pominje u WEF izvještaju je jedan od takvih termina. Iz perspektive zdravlja, zdravstva i zdravstvene zaštite, te humanističkih disciplina, vrlo je teško posmatrati zdravlje iz perspektive ukupnih kapaciteta za povećanje ekonomskih aktivnosti.

Todaro i Smith pojašnjavaju da „termin 'ljudski kapital' ekonomisti često koriste za obrazovanje, zdravlje i ostale ljudske kapacitete koji mogu **povećati produktivnost** kada su i sami uvećani (Todaro&Smith, 2006). Osnovna nerazumijevanja među donosiocima odluka u upravljanju krizama često se odnose na suprotstavljenost pogleda na probleme u zdravstvu u zavisnosti od perspektive koju uključeni zastupaju.

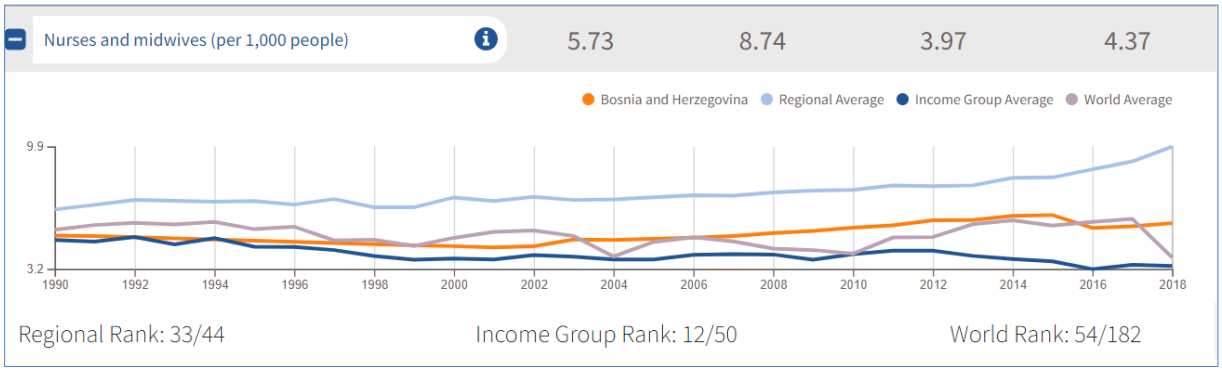
Komparativne studije pokazale su da zemlje u razvoju mogu učiniti svoje zdravstvene sisteme uspješnijim od mnogih razvijenih zemalja, uz adekvatne i uravnotežene mjere organizacije zdravstvenog sistema. Uloga vlade u zdravstvenim sistemima je važna jer zdravlje predstavlja ključni faktor u iskorijenjivanju siromaštva, jer bi sama domaćinstva nedovoljno trošila na zdravstvo (usljed nepoznavanja oblasti i drugih prioriteta), te jer se ne može očekivati funkcionisanje tržišnog modela i dovoljno privatnih ulaganja u I/R u zdravstvu (Todaro& Smith, 2006). Iz pomenutih razloga, intervencije državnih vlasti su potrebne kako zdravstveni sistem i ustanove ne bi zavisile isključivo od tržišnog mehanizma, te kako bi se osiguralo da pacijenti budu tretirani na način primjeren ljudskom dignitetu. Podaci o globalnim potrebama za zdravstvenim profesionalcima ukazuju na očekivani ukupni manjak od 78000 profesionalaca do 2030. godine u razvijenim ekonomijama, a posebno doktora u odnosu na rastuće potrebe (WHO, 2016b). Mjere za bolje zdravstvo koje predlaže WEF u kontekstu pandemije uključuju izmjene kurikuluma za stvaranje „poslova budućnosti“, izmjene radnog zakonodavstva (što svakako može biti važno za rješavanje trendova radne snage poput *Velikog otkaza*, te šira javna ulaganja u zdravstvenu zaštitu s ciljevima jačanja nedovoljnih zdravstvenih kapaciteta, ali i povećanja zaposlenosti u zdravstvenom sektoru (WEF, 2020). Prijedlozi uključuju i veću upotrebu tehnologija i inovacija u zdravstvu.

Domaća javna ulaganja u BiH u zdravstveni sektor iznose 6.2% GDP-a (WHO, 2018). Opšta domaća potrošnja od strane vlasti na zdravstvo (kao procenat opšte potrošnje vlasti) iznosi 15.1%, te je u poređenju sa UMIC - zemljama višeg srednjeg dohotka 11.97% (UMIC) i zemljama regije[19] (12.73%) iznad prosjeka (USAID, 2021). Naravno, načini distribucije domaće potrošnje i pored povoljnog procenta izdvajanja kao dijela GDP-a ne moraju značiti da se novac investira adekvatno, posebno u uslovima rasprostranjene korupcije i nedovoljne transparentnosti ulaganja (primjer neravnomjerne raspodjele sredstava za finansijsku konsolidaciju u FBiH, pri kojoj je kliničkim centrima u Sarajevu i Mostaru dodijeljeni veliki iznosi, dok su drugi bolnički centri podržani znatno manjim iznosima; kriterijumi nisu poznati).

Bosna i Hercegovina nažalost bilježi očekivane negativne stope rasta stanovništva (-0.4%, 2022.) (UN, 2020), dok je UNDP Human development index rangira na 73. mjesto (od 189 zemalja), odnosno kao zemlju s visokim ljudskim razvojem. Procjene populacionih trendova u naredne tri decenije (do 2050. godine) pokazuju da će doći do povećanja opšte starosti stanovništva, pri čemu će se starosna grupa „15 - 64“ godina smanjiti za 9% (sa 66.9% u 2022. na 57.9% u 2050.), dok će se starosna grupa „65+“ povećati za 11.3% (19.1% u 2022.; 30.4% u 2050.). Uz očekivani nastavak trenda rasta očekivanog životnog vijeka stanovništva - koji je u proteklih 30 godina porastao za šest godina, sa 71 na 76 godina (USAID, 2021), ovi podaci trebaju poslužiti kao ulazni podaci za kreiranje populacionih i zdravstvenih politika i mjera.

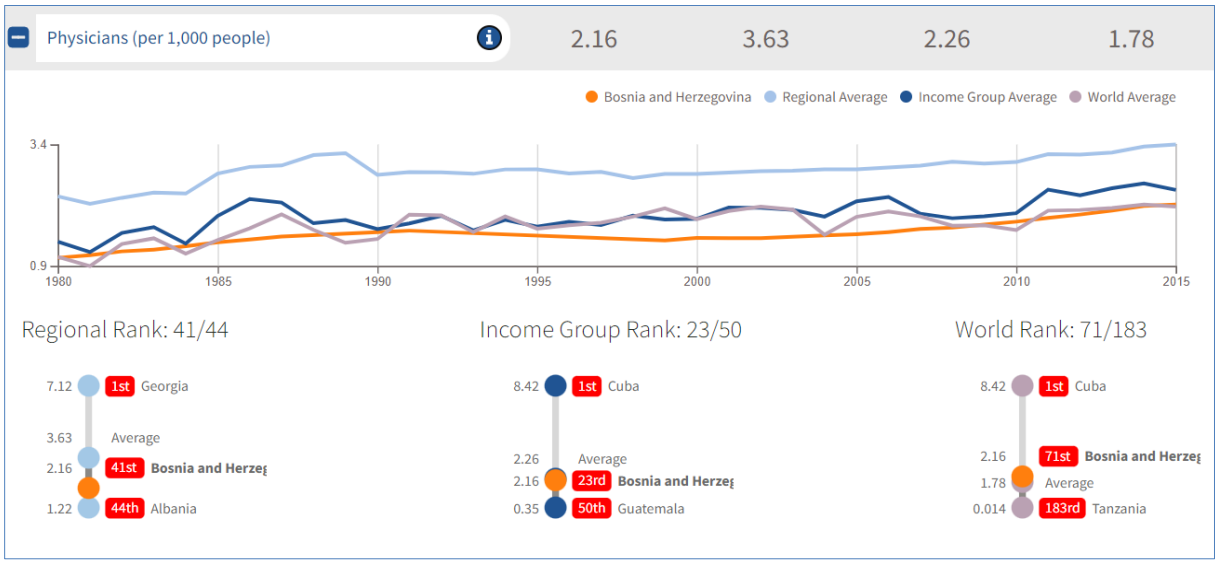
[19] Pod regijom se u ovoj komparaciji podrazumijevaju Evropa i Evro-Azija

Naredni podaci prikazuju komparaciju prosjeka BiH u odnosu na prosjek regije i UMIC grupe zemalja kojima pripada, te svjetske prosjeke. *Broj medicinskih sestara i babica (na 1000 stanovnika):* po ovom indikatoru BiH bilježi dosta niži prosjek od regionalnog prosjeka (Evropa, Evro-Azija), dok je ipak iznad svjetskog prosjeka i prosjeka zemalja sličnog nivoa dohotka. Na svjetskom nivou nalazi se na 54. mjestu od 182 uključene zemlje. Iz grafičkog prikaza vidljiv je rast regionalnog prosjeka, uz minimalni rast ili stagnaciju BiH po indikatoru.



Grafikon 2.: Broj medicinskih sestara i babica (na 1000) komparacija (USAID, 2021)

Broj doktora na 1000 stanovnika: po ovom indikatoru BiH se nalazi iznad svjetskog prosjeka, ali je ispod prosjeka grupe zemalja sličnog dohotka, te značajno zaostaje i za prosjekom regije. Ovaj podatak je posebno zabrinjavajući obzirom na evidentni proces smanjenja broja stanovništva u zemlji, koji uz paralelne odlaske zdravstvenih stručnjaka, onemogućava poboljšanje rezultata po ovom indikatoru. Iz podataka je vidljivo da prvo mjesto unutar grupe zemalja UMIC i svijeta zauzima Kuba, sa najvećih brojem medicinskih doktora (8.42) na 1000 stanovnika, što je gotovo četiri puta više od prosjeka BiH.



Grafikon 3.: Broj medicinskih doktora (na 1000) komparacija (USAID, 2021)

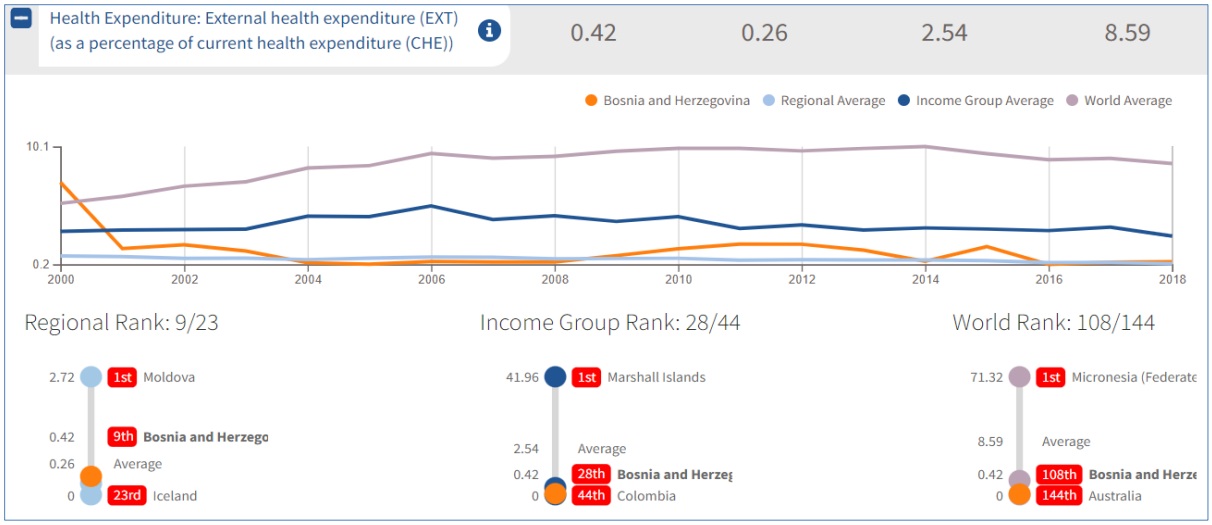
Stopa smrtnosti odraslih (na 1000 stanovnika): po ovom indikatoru BiH stoji bolje (92.03 na 1000 stanovnika) od regionalnog prosjeka (95.38), UMIC prosjeka (149.43), te posebno svjetskog prosjeka (163.85). U komparaciji unutar grupa, u regionalnoj grupi BiH se nalazi na sredini (21. mjesto), dok je u ovoj grupi stanje najbolje u Švajcarskoj (49.20), a najlošije u Rusiji (202.67). U zemljama sličnog nivoa dohotka nalazi se među najuspješnijim (najbolje plasirani su Maldivi sa 52.53/1000), a na svjetskom nivou među četvrtinom sa najboljim rezultatima po ovom indikatoru. Važno je pomenuti da podaci predstavljeni u ovoj komparaciji uključuju period do 2016. godine, tako da ne uključuju uticaj lošeg odgovora na pandemiju Covid-19 i posljedične visoke stope smrtnosti u 2020. i 2021. godini.

Grafikon 4.: Stopa smrtnosti odraslih (na 1000) – komparacija (USAID, 2021)

Očekivano trajanje životnog vijeka na rođenju (godine): prosjek po ovom indikatoru iznosi blizu 77 godina u 2019. godini. To je dvije godine kraće od regionalnog prosjeka (blizu 79), preko dvije i po godine duže od prosjeka grupe UMIC zemalja (74), te preko četiri godine duže od svjetskog prosjeka (73). BiH zauzima 55. mjesto od rangiranih 179 zemalja svijeta. Švajcarska i Japan zauzimaju vodeća mjesta na regionalnom i svjetskom nivou, a Kostarika u grupi zemalja sličnog nivoa dohotka.

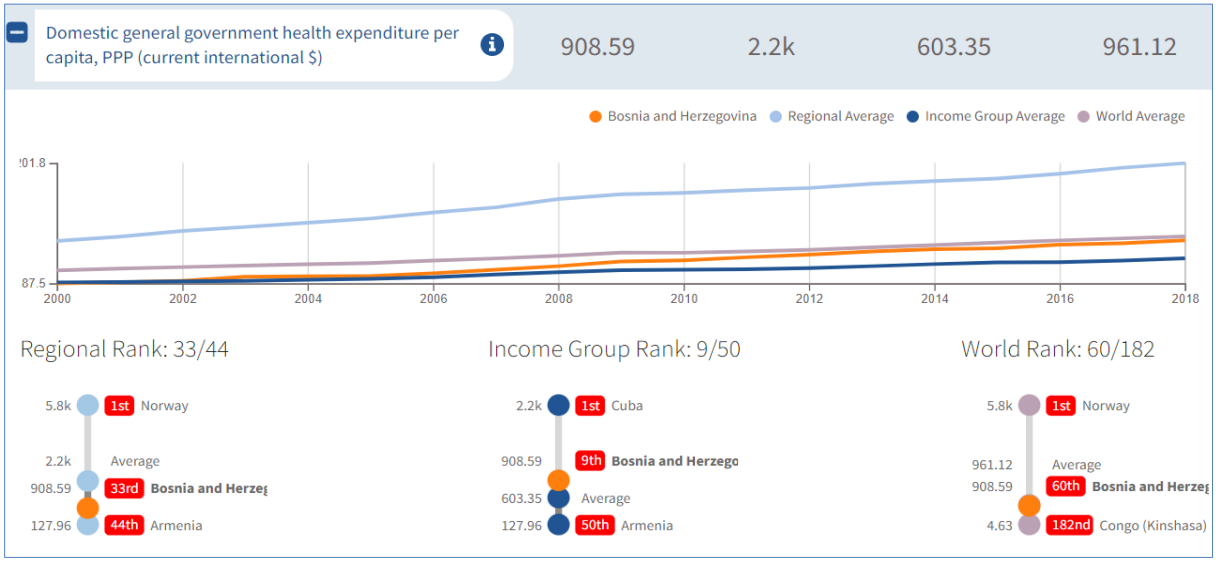
Pored prethodno predstavljenih indikatora vezanih za ljudske resurse (broj sestara i babica, te broj medicinskih doktora na 1000 stanovnika), demografske karakteristike (stopa smrtnosti odraslih na 1000 stanovnika; godine očekivanog trajanja životnog vijeka na rođenju), za detaljniji uvid korisno je analizirati rashode u zdravstvu. Visina i struktura rashoda u zdravstvu određuje načine na koji vlasti upravljaju zdravstvenim sektorom, da li taj sektor smatraju prioritetnim, te u kojoj mjeri stvarni rashodi reflektuju razvojne prioritete. Naredni podaci prikazuju komparaciju prosjeka raznih vrsta rashoda u BiH u odnosu na prosjek regije i UMIC grupe zemalja kojima pripada, te svjetske prosjeke.

Eksterni rashodi u zdravstvu (EXT) kao postotak tekućih rashoda u zdravstvu : Rezultati po ovom indikatoru bilježe trend opadanja od 2000. godine, iako se još smatraju visokim u odnosu na regiju. U regiji (Evropa i Evro-Azija), najveći postotak eksternih rashoda bilježi Moldavija (2.72%), a najmanji Island. BiH u odnosu na UMIC i svjetski prosjek ima niži postotak po ovom indikatoru.



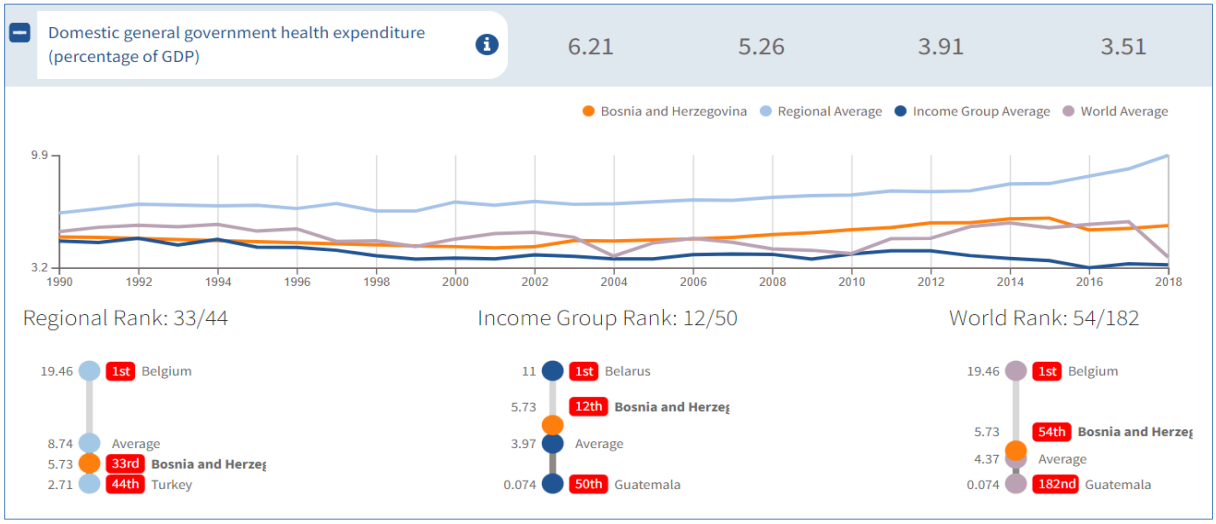
Grafikon 5.: Eksterni rashodi (EXT) kao % tekućih rashoda u zdravstvu – komparacija (USAID, 2021)

Domaći opšti rashodi Vlade za zdravstvo (po glavi stanovnika; paritet kupovne moći; tekuća internacionalna vrijednost USD): po ovom indikatoru, BiH izdvaja manje od 50% iznosa (909 USD) regionalnog prosjeka (2200 USD). Istovremeno, ovaj iznos rashoda je za oko 50% veći od prosjeka drugih zemalja sličnog iznosa dohotka (603 USD). Interesantno je primijetiti da je iznos rashoda u BiH niži i od svjetskog prosjeka (961 USD).



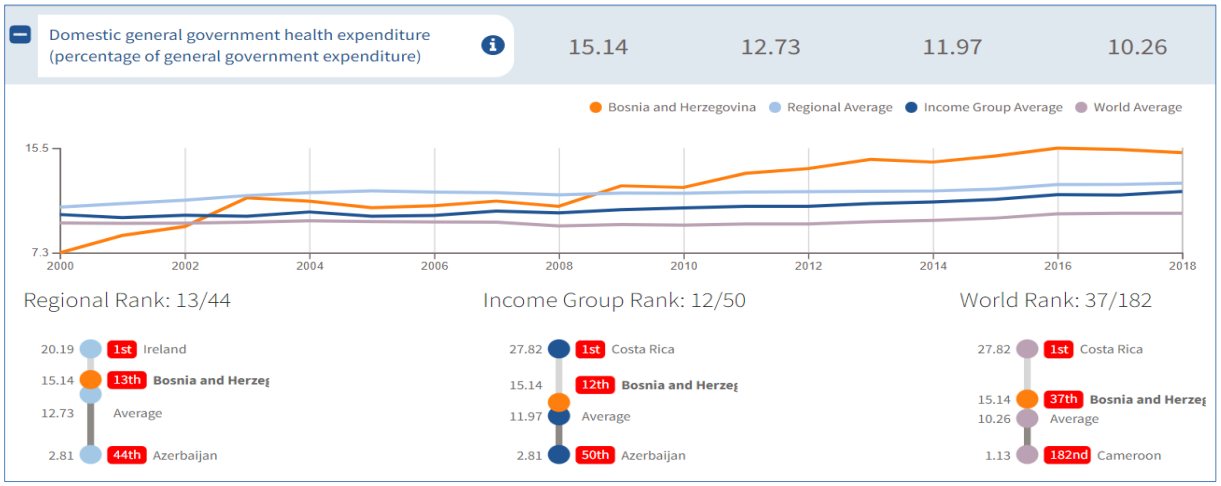
Grafikon 6.:Domaći opšti rashodi Vlade per capita, PPP – komparacija

Domaći opšti rashodi Vlade za zdravstvo (postotak GDP-a): rezultati po ovom indikatoru ukazuju na više ulaganja u odnosu na GDP u poređenju sa zemljama regije, zemljama sličnog nivoa dohotka i svjetski prosjek. U zavisnosti o strukture rashoda (tekuće finansiranje, kapitalna ulaganja), te strukture izvora finansiranja (krediti, prihodi od indirektnih poreza, prihodi od akciza, donacije), podaci o postotku višem od prosjeka mogu se tumačiti ili kao odgovoran pristup prema budućnosti (adekvatna ulaganja) ili, što je vjerovatnije, tekuće neefikasno i nedovoljno transparentno ulaganje usmjereno na očuvanje pozicija moći.



Grafikon 7.: Domaći opšti rashodi Vlade za zdravstvo (% GDP-a) – komparacija (USAID, 2021)

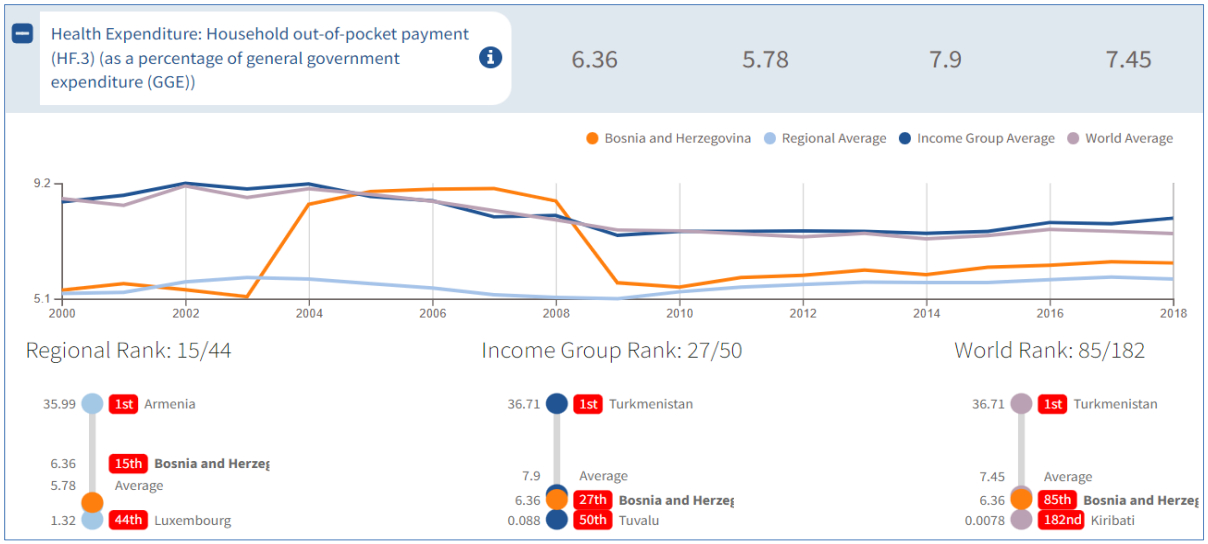
Domaći opšti rashodi Vlade za zdravstvo (postotak opštih rashoda Vlade): visok postotak domaćih opštih rashoda Vlade za zdravstvo unutar opštih rashoda Vlade (15.14%) ukazuje da se veliki dio rashodovne strane budžeta troši na oblast zdravstva. Kao i u prethodnom indikatoru, važno pitanje se odnosi na oblasti realizacije rashoda.



Grafikon 8.: Domaći opšti rashodi Vlade za zdravstvo (postotak opštih rashoda Vlade)

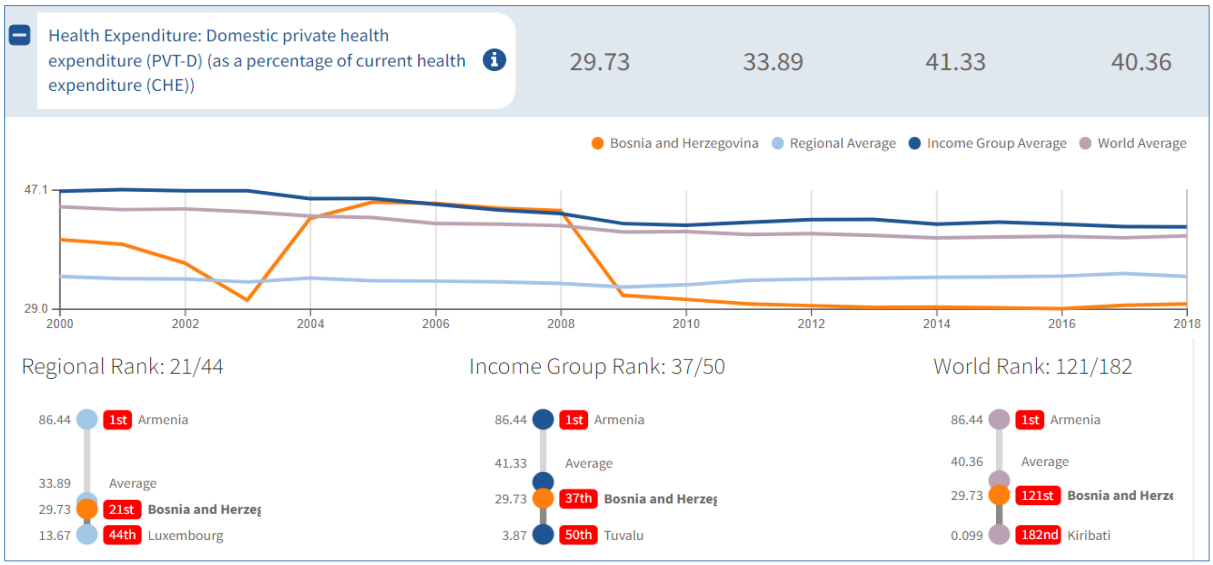
Rashodi za zdravstvo: plaćanja domaćinstava "iz džepa" (postotak opštih rashoda Vlade): rashodi po ovom indikatoru opkazuju da je prosjek BiH (6.36%) viši od prosjeka regije (5.78%), te niži od UMIC grupe (7.9%) ili svjetskog prosjeka (7.45%). Viši postotak od prosjeka regije ukazuje da domaćinstva izdvajaju više novca "iz džepa" za finansiranje zdravstvenih usluga. Razlozi za ovo dijelom se mogu nalaziti u neusklađenom zdravstvenom sistemu, gdje npr. neki kantoni propisuju tzv. "zdravstvenu participaciju" građana, dok drugi ne. Takođe, liste esencijalnih lijekova koje se formiraju na nivou FBiH, a dopunjavaju na nivou kantona mogu dovesti do povećanih rashoda domaćinstava za zdravstvo kroz povećane iznose participacije za pojedine lijekove ili pomagala ili više cijene. Trend privatizacije zdravstvenog sektora odražava se i na ovaj indikator. Zbog nedostupnosti pojedinih zdravstvenih usluga ili dugotrajnih "listi čekanja" pacijenti se često odlučuju da zdravstvene preglede ili operativne zahvate obave u privatnoj praksi. Dugoročni proces slabljenja javnog zdravstvenog sektora na ovaj način

kulminira, obzirom da se brojne privatne zdravstvene ustanove dodatno finansiraju i iz javnih zdravstvenih fondova (ZZO).



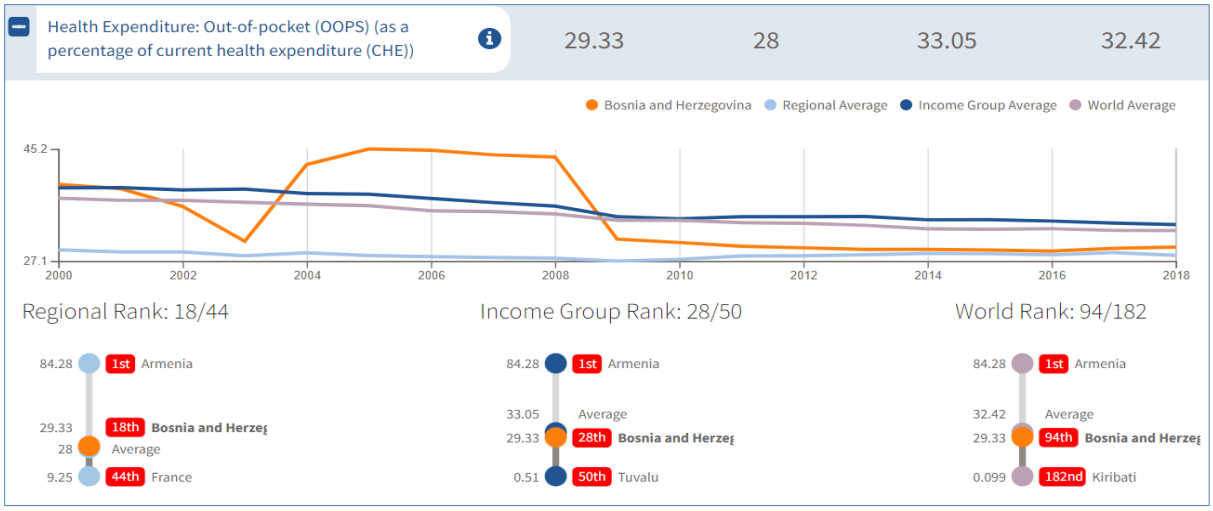
Grafikon 9.: Rashodi za zdravstvo: plaćanja domaćinstava "iz džepa" (% opštih rashoda Vlade)

Domaći privatni rashodi za zdravstvo (kao postotak tekućih rashoda za zdravstvo): po ovom indikatoru BiH se nalazi na sredini regionalne liste (21. mjesto; 29.73%), dok Armenija izdvaja 86.44%, a Luksemburg 13.67%. Pitanje je da li kvalitet zdravstvenih usluga korespondira sa ovim postotkom domaćih privatnih rashoda unutar tekućih rashoda za zdravstvo.



Grafikon 10.: Domaći privatni rashodi za zdravstvo (kao % tekućih rashoda za zdravstvo)

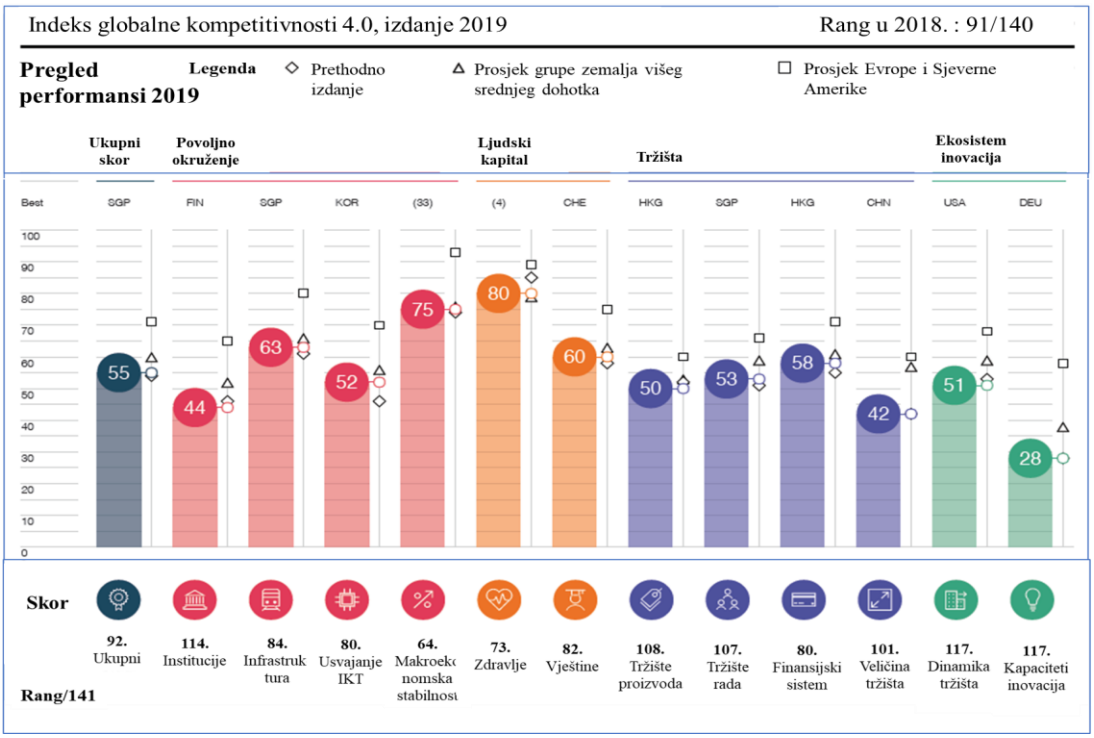
Rashodi "iz džepa" (kao postotak tekućih rashoda za zdravstvo): ovi rashodi iznose 29.33%, blizu su prosjeka regije (28.00%), te su niži su od prosječnog postotka grupe sličnog nivoa dohotka (33.05%) i svjetskog prosječnog postotka (32.42%). U svjetskim okvirima, BiH se nalazi blizu sredine liste (najviši procenat izdvajanja je u Armeniji, najmanji na Kiribatiju). Značaj prethodnih komparacija sa zemljama regije (Evropa i Evro-Azija), sličnog nivoa dohotka (višeg srednjeg), kao i ostalim zemljama svijeta pokazuje se u mogućnosti unapređenja područja i oblasti u kojima zemlja zaostaje, te određivanja razvojnih politika i programa.



Grafikon 11.: Rashodi "iz džepa" (kao % tekućih rashoda za zdravstvo), USAID, 2021

Osim komparacija u samoj oblasti zdravstva, za cjelovitost uvida u menadžment u zdravstvu i zdravstveni sektor potrebno je posmatrati i druge aspekte i indikatore povezane sa sektorom. Podaci o tržištu, poslovnom okruženju, vještinama radne snage i opštem nivou sofisticiranosti omogućavaju bolje sagledavanje razvojnih potencijala i resursa, kao i prioriteta za investicije.

Dodatni podaci iz Izvještaja WEF o globalnoj kompetitivnosti zemalja (WEF, 2019), odnosno rezultati pod stubovima, komponentama i kriterijima indeksa kompetitivnosti unutar četiri područja: povoljno okruženje, ljudski kapital, tržišta i ekosistem inovacija, koji su u potpunosti (stub 5: zdravlje) ili djelimično (npr. stub 6: vještine) povezani za zdravstvenim sektorom, daju detaljniji uvid u stanje zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini.



Grafikon 12.: Profil kompetitivnosti Bosne i Hercegovine za 2019. (WEF, 2020)

Tabela 8.: Odabrani segmenti indeksa kompetitivnosti (u odnosu na zdravstveni sektor)

Odabrani stubovi, komponente i kriterijumi indeksa kompetitivnosti za zdravstveni sektor		Rang/ 141	Napomena / Komentar
1.	**Institucije**	**114.**	Zabrinjavajući za potencijalne investiture
1.08.	Efikasnost zakonskog okvira	139.	Zabrinjavajući za potencijalne investiture
1.10.	Opterećenje državnom regulativom	137.	
2.	**Infrastruktura**	**84.**	
2.09.	Pristup električnoj energiji (% popul.)	67.	100 % populacije; više (67) zemalja - isti plasman
2.12.	Pouzdan pristup vodi	94.	Rang 4.4 / 7
5.	**Zdravlje**	**73.**	Više zemalja (4) na 73. mjestu
5.01.	Očekivano trajanje zdravog života		65,7 godina
6.	**Vještine**	**82.**	
	Vještine trenutne radne snage		Ocjena vještina trenutne radne snage: 37,6 / 100
6.02.	Obuhvat obuke osoblja	133.	
6.03.	Kvalitet strukovne obuke	134.	
6.04.	Set vještina diplomanata	135.	
6.06.	Lako pronalaženje obučenih zaposlenika	131.	
6.08.	Kritičko razmišljanje u podučavanju	133.	
8.	**Tržište rada**	**107.**	Ocjena fleksibilnosti tržišta rada: 52,6 / 100
9.	**Finansijski sistem**	**80.**	Dobri rezultati u elementima domaćih kredita privatnom sektoru, kapitalizaciji tržišta i premija osiguranja; slabiji u području finansiranja MSP i dostupnosti rizičnog kapitala.
12.	**Kapaciteti inovacija**	**117.**	Zabrinjavajući rezultat u odnosu na buduće potrebe ekonomije, ali i zdravstvenog sistema.

Izvor: WEF, 2020 – obrada autora

Podaci iz tabele koji se odnose na specifične segmente indeksa kompetitivnosti u odnosu na zdravstveni sektor pokazuju prilično loš status zdravstva BiH u odnosu na stanje u drugim zemljama svijeta. Obzirom na temu disertacije, vrlo je važno detaljnije se osvrnuti na stub 6. – vještine, uz napomenu da su ovdje ocijenjene ukupne vještine radne snage unutar ekonomije države (ne isključivo unutar zdravstvenog sektora), ali se zbog međupovezanosti zdravstva sa drugim sektorima obrazovanja i ekonomije ovi rezultati mogu smatrati primjenjivim i na sektor zdravstva. Iako je BiH plasirana na 82. mjesto (od 141 uključene zemlje), što bi se moglo smatrati relativno povoljnom pozicijom, ocjena vještina trenutne radne snage je 37,6 (od 100), što je veoma niska ocjena. Ovaj zabrinjavajući rezultat je još lošiji u odnosu na odabrane kriterije koji su najvažniji u odnosu na kvalitet radne snage u zdravstvu. Vještine su po većini kriterija (6.02.; 6.03.; 6.04.; 6.06.; 6.08) ocijenjene veoma slabim. Iako su se u poslijeratnom periodu brojni programi razvoja obrazovanja fokusirali upravo na razvoj programa obuke, kao i reforme obrazovnog sistema, ovi podaci prikazuju drugačiju sliku stanja. Obrazovni sistem prvog nivoa (srednji) ne obezbjeđuje adekvatna i dovoljna znanja za rad. Drugi nivo (fakultetski), iako je u velikoj mjeri transformisan da trenutno podsjeća na *nastavak srednje škole*, u velikoj mjeri ne ispunjava očekivanja (moguće zato što su očekivanja bila neadekvatno postavljena ili su predstavljala mješavinu različitih ideoloških i političkih pogleda na ulogu obrazovanja). Obuka osoblja i strukovna obuka takođe su ocijenjene neadekvatnim potrebama razvoja ekonomije, samim tim i zdravstva. Gotovo potpuni nedostatak kritičkog razmišljanja u podučavanju ipak predstavlja najveći problem budućeg razvoja, što može dovesti do nastavka sljedbeničkog i nekritičkog prihvatanja praksi iz drugih zemalja, vrlo često iz potpuno različitih konteksta. Kreiranje sinergetsko-holističkog (SH) modela koji će biti prezentovan u nastavku je nastojanje da se kreira model koji bi djelimično odgovorio na prethodno opisane probleme i prepreke u zdravstvenom sektoru, kroz unapređenje upravljanja zdravstvenim ustanovama na strateškom nivou.

Bolje upravljanje zdravstvenim ustanovama pozitivno će se odraziti na više nivoe (nivo zdravstvenog sistema) i niže nivoe (niži organizacioni nivoi, segment razvoja ljudskih resursa itd.). Funkcionalno, SH model doprinijeće i boljem upravljanju finansijama u okviru zdravstvenog sistema (uštede koje bi se mogla iskoristiti na ispunjavanje drugih prioriteta), te potencijalno kroz poboljšanu vertikalnu i horizontalnu mobilnost zdravstvenog kadra (kroz međusobno prepoznavanje strukture, modela dijelova modela i formalnih kvalifikacija i iskustava stečenih unutar SH model – npr. koordinatori ili interni menadžeri kvaliteta, menadžeri zdravstvenih ustanova; menadžeri nekliničkih disciplina). U odnosu na prethodno predstavljene podatke o rashodima u zdravstvu (eksterni i domaći rashodi, opšti rashodi Vlade, plaćanja domaćinstva *iz džepa*), kreiranje i implementacija SH modela na zdravstvenim institucijama mogli bi doprinijeti adekvatnijem planiranju i implementaciji prioritetnih projekata, boljoj upotrebi sredstava namijenjenih za razvoj, boljem međuodnosu sredstava uloženih u redovno poslovanje i sredstava za investicije, te u konačnom boljem razumijevanju i deideologizaciji oblasti zdravstva od potpunog instrumentarija isključivo baziranog na modelima efektivnog i efikasnog poslovanja.

Potrebno je odgovornim i racionalnim planiranjem i trošenjem budžetskih sredstava nadomjestiti finansijska sredstva, te formirati sistem upravljanja i finansiranja institucija koje će omogućiti povećanje finansijske, materijalne i tehničke podrške javnog sektora, te komunikacijsko - tehnološku modernizaciju. Kao i svi drugi dijelovi bh. administracije, i javna potrošnja treba biti bazirana na standardima i principima EU. U skladu s tim, neophodno je vršiti odgovarajući nadzor potrošnje. Potrebno je što prije uspostaviti izvještavanje i praćenje učinkovitosti finansiranja u javnom sektoru. Revizija i usklađivanje okvira za finansiranje javnog sektora od suštinskog je značaja, jer su postojeći finansijski mehanizmi često nepravedni i neučinkoviti, a u javnom sektoru i netransparentni, pa tako pružaju mogućnost za diskriminaciju i istovremeno uzrokuju gubitak ionako ograničenih javnih sredstava koja se izdvajaju finansiranje. Odgovorom na provođenje strukturnih reformi javnog sektora može se smatrati implementacija sistema upravljanja kvalitetom unutar zdravstvenih ustanova, s ciljem povećanja transparentnosti, efikasnosti i efektivnosti poslovanja istih.

Univerzalni problemi zdravstvene zaštite odnose se na pristup i kontinuitet zdravstvene zaštite, kliničku efikasnost, bezbjednost pacijenata, zadovoljstvo korisnika primljenom uslugom i javna odgovornost, zbog čega je unaprijeđenje kvaliteta nosilac reformi zdravstvenog sistema u većini zemalja. Sve je prisutnija potreba za izdiferenciranom funkcijom menadžmenta kvaliteta (a time i menadžmenta ljudskih resursa kao neodvojive komponente) u zdravstvu koji će stvoriti ambijent unaprijeđenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga. Kada je riječ o Bosni i Hercegovini, upravljanje kvalitetom u zdravstvenim ustanovama primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa, koje se bave pružanjem zdravstvenih usluga predstavlja nedovoljno istraženu i elaboriranu temu. Uprkos brojnim međunarodnim primjerima dobre zdravstvene prakse koja upravljanje kvalitetom stavljaju na zasluženo mjesto funkcije od strateškog značaja, u Bosni i Hercegovini se ova menadžerska funkcija pojavljuje tek kao izuzetak i često na organizacionim marginama.

Problemi zdravstvene zaštite u našoj zemlji u pravilu proizilaze iz neupućenosti u procese upravljanja profesionalnim organizacijama (kakva zdravstvena ustanova jeste), manifestirajući se kroz obimnu dokumentaciju i administraciju, neadekvatnu opremljenost, stalni rast radnog opterećenja zaposlenih zdravstvenih radnika, pad motivacije zaposlenih, nedovoljnu posvećenost stručnom i profesionalno usavršavanju radnika i sl. Međutim, imajući u vidu opšte i specifične ciljeve utvrđene u Federalnom strateškom planu, u federalne mjere zdravstvene zaštite uključena je i uspostava sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite, a što je obaveza i iz Federalnog strateškog plana, ali i obaveza iz Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu (AKAZ, 2005). Navedeno je sadržano u strateškim ciljevima reforme zdravstvenog sektora FBIH, cilj br. 16. pod nazivom *Zdravlje 21 - Zdravlje za sve u 21 stoljeću* (WHO, 2016), koji predviđa upravljanje zdravstvenim sektorom orijentisano na kvalitet. Poboljšanje kvalitete u zdravstvenom sektoru je jedan od prioriteta reforme u oblasti zdravstva BiH i entiteta (FMZ, 2008).

Posmatrano sa strateškog nivoa, kroz zakonska, podzakonska akta, te Strateški plan, jasna je opredjeljenost nadležnih za poboljšanje sistema kvalitete. Uzme li se u obzir Odluka o osnivanju Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine (AKAZ, 2005), te Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i akreditacije u zdravstvu (Sl. list FBiH 59/05) vidljivo je da se sistem kvalitete odnosi isključivo na kvalitet zdravstvene usluge.

Kao što je već navedeno, velika slabost u poslovanju zdravstvenih ustanova jeste i nedostatak odgovarajućih upravljačkih sposobnosti rukovodilaca, koji najčešće nemaju adekvatna znanja i iskustva potrebna za strateško upravljanje, finansijsko planiranje i druge aktivnosti nužne za upravljanje zdravstvenim ustanovama u primarnom, sekundarnom i tercijarnom zdravstvu u tržišnim uslovima. Naime, u praksi poslovanja zdravstvenih ustanova primijećeno je da je jedna od slabosti nedostatak odgovarajućih upravljačkih sposobnosti kod direktora zdravstvenih ustanova. Praktično zdravstvenim ustanovama upravljaju osobe, koje najčešće nemaju adekvatna znanja i iskustva potrebna za strateško upravljanje, finansijsko planiranje i druge aktivnosti nužne za upravljanje zdravstvenim ustanovama u tržišnim uslovima. Iz tog razloga veoma je važno da direktor zdravstvene ustanove posjeduje znanje, vještine i kompetencije u području zdravstvenog menadžmenta. Evolucijom sistema zdravstvene zaštite, organizovanje i upravljanje zdravstvenom zaštitom postalo je sve više specijalizovana oblast koja zahtijeva specifično, dodatno usavršavanje. Sve analize ukazuju na nedovoljnu razvijenost i osposobljenost kapaciteta za zdravstveni menadžment koji nisu u mogućnosti da se nose sa izazovima i zahtjevima koji proizilaze iz reforme zdravstvenog sektora. Ove vještine neophodno je poboljšati u svim oblastima sektora i na svim nivoima zdravstvene zaštite, uključujući sve profile zdravstvenog kadra.

Po uzoru na ostale evropske zemlje, Bosna i Hercegovina je na entitetskim nivoima razvila Agenciju za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu AKAZ) i Agenciju za sertifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj (u daljem tekstu ASKVA). Budući da je putem izrade hipoteze, provođenjem prikupljanja primarnih podataka, te analizom rezultata predviđena izgradnja novog modela sistema upravljanja kvalitetom na nivou Federacije Bosne i Hercegovine, rad će se fokusirati isključivo na zdravstveni sistem u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine (AKAZ) je nadležni organ u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i akreditacije zdravstvenih ustanova. Agencija je uspostavljena na osnovu Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu (Sl. novine FBiH 59/05) koji je donio Parlament Federacije BiH na sjednici Zastupničkog doma od 13.04.2005.god. i na sjednici Doma naroda od 29.07.2005. godine.

Glavne funkcije AKAZA su: razvoj i revizija akreditacijskih standarda: organizacionih i kliničkih; razvoj i revizija kliničkih vodilja; definisanje, razvoj i revizija indikatora izvedbe radi stimulativnog finansiranja zdravstvenih ustanova; prikupljanje, obrada i analiza podataka iz zdravstvenih ustanova i dostavljanje informacija JZU u svrhu edukacije i radi komparativnih analiza (na primjer, indikatori izvedbe, incidenti); resursni centar (AKAZ, 2005).

I pored uspostavljanja regulatornog okvira za poboljšanje sistema kvalitete, od osnivanja AKAZ-a još uvijek nema značajnijih pomaka na ovom planu. I dalje je prisutno neadekvatno korištenje medicinskih tehnologija, neprihvatljiv nivo varijacija izvršenja, prakse i ishoda, nepotrebni troškovi kao rezultat slabog kvaliteta usluge, nedostatak pokazatelja izvršenja, nedovoljno razvijen sistem upravljanja rizikom - nepovoljni događaji za pacijente. Zdravstveni profesionalci su nedovoljno educirani i obučeni iz oblasti poboljšanja kvalitete. S druge strane, kvalitet zdravstvene usluge nije prepoznat ni od strane finansijera zdravstvenih usluga tako da ne postoji stimulacija za poboljšanje kvaliteta (AKAZ, 2013).

Iz navedenog je vidljivo da se Agencija najvećim dijelom orijentiše na sistem poboljšanja kvalitete zdravstvenih usluga. O strateškoj funkciji sistema upravljanja kvalitetom se uopšte ne govori, tj. govori u području korištenja određenih alata, koji su na neki način „nalijepljeni“ na temeljni proces i ne protežu se niti vertikalno niti horizontalno kroz cijelu ustanovu.

3.2. Struktura kontinuirane profesionalne edukacije zdravstvenih radnika

Potrebno je istaći da je u Federaciji, u periodu od 2006.-2010. godine, implementiran Projekt *Jačanje zdravstvenog sektora*, te u okviru istog i komponenta *Unapređenje upravljačkih kapaciteta u zdravstvenom sektoru* (Bodnaruk, 2010), koja je za cilj imala jačanje kapaciteta menadžera zdravstvenih institucija i vladinih tijela da implementiraju fundamentalne promjene u pružanju usluga na različitim nivoima zdravstvenog sistema. S tim u vezi u okviru ove komponente implementirale su se sljedeće potkomponente: profesionalni razvoj bolnica i domova zdravlja; trening iz menadžmenta promjene za timove porodične medicine; akademski trening za nastavni kadar iz zdravstvenog menadžmenta, kao i trening osoblja zavoda zdravstvenog osiguranja iz područja ugovaranja (FMZ, 2008).

Pri Zavodu za javno zdravstvo FBiH, uspostavljen je Centar za menadžment u zdravstvu kojem su povjerene sve buduće edukacije iz zdravstvenog menadžmenta za top menadžere i rukovodioce na taktičkim i operativnim nivoima zdravstvene ustanove. U godini 2011. počelo je izvođenje prvih edukativnih programa pod nadležnošću Federalnog ministarstva zdravstva u području zdravstvenog menadžmenta za top menadžere zdravstvenih ustanova, a usvajanjem Zakona, te Pravilnika o KPE (FMZ, 2011), svaki top menadžer obavezan je završiti navedenu edukaciju. Posjedovanje znanja o zdravstvenom menadžmentu kao preduslov za izbor direktora zdravstvene ustanove jeste novost i implementira se od usvajanja Pravilnika o KPE (2011) sa

vremenskim periodom od 12 mjeseci. Ovaj uslov je tražen u konkursnoj proceduri za izbor direktora, nakon usvajanja navedenog Pravilnika federalnog ministra zdravstva kojim se reguliše edukacija iz područja zdravstvenog menadžmenta, te početkom izvođenja KPE programa na osnovu ovog pravilnika i Zakona u Federaciji BiH.

KPE je namijenjen trenutnim i potencijalnim top menadžerima/ rukovodiocima unutar područja zdravstva, bilo da je riječ o operativnom, taktičkom ili top menadžmentu. Odnosi se na zaposlenike primarnog, sekundarnog i tercijarnog zdravstvenog sektora: fondovi zdravstvenog osiguranja; klinički centri, federalni koordinatori za javno zdravstvene oblasti; zavod za javno zdravstvo; zavod za kontrolu lijekova; zavod za transfuziologiju; kantonalna ministarstva zdravstva; kantonalni fondovi zdravstvenog osiguranja; kantonalne bolnice; bolnički menadžeri; članovi odbora; kantonalni zavodi za javno zdravstvo; opće bolnice; domovi zdravlja; ambulante i apoteke.

Prije nego je ova obaveza zakonski propisana, top menadžeri su po vlastitom izboru mogli pohađati programe koje su u okviru programa cjeloživotnog obrazovanja izvodili Ekonomski fakultet Univerziteta u Sarajevu, Škola narodnog zdravlja *Andrija Štampar*, Zagreb, RH, AKAZ FBiH, i mnogi drugi. Iako trenutno ne postoji jedinstvena statistika svih top menadžera koji su prošli ovaj vid edukacije (uključujući sve upravljačke i menadžerske kompetencije) pretpostavlja se da ih je na nivou FBiH do danas cca 550. Međutim, i nakon stečenih znanja, vještina i kompetencija iz zdravstvenog menadžmenta (dijelovi ili cijeli program) nisu uočena veća poboljšanja u sistemu upravljanja zdravstvenim ustanovama.

Prema Mintzbergovom modelu, osnovna struktura organizacije se, u principu, sastoji od pet dijelova: operativnog jezgra, srednjeg nivoa i strateškog vrha, te tehnostrukture i pomoćnog osoblja koji podržavaju rad organizacije (Mintzberg, 1983). Ovi glavni dijelovi, u različitim strukturama (jednostavna, mašinska birokracija, diviziona, adhokratska) imaju drugačije specifične uloge i značaj. Ključni dio organizacije profesionalnih birokratija je operativno jezgro. Glavni parametri dizajna organizacije su trening, horizontalna specijalizacija posla, te vertikalna i horizontalna decentralizacija. Situacioni faktori djelovanja ove vrste organizacija mogu se okarakterisati kao kompleksno, ali stabilno okruženje, te kao neregulirajući i nesofisticirani tehnički sistemi (Mintzberg, 1983, op.cit). Upravo radi kompleksnosti i potrebe kontrole koja iz nje izvire, organizacije su u potrazi za mehanizmom koordinacije koji omogućava istovremenu standardizaciju i decentralizaciju, odnosno standardizaciju vještina.

Od operativnog jezgra, kao ključnog dijela profesionalne birokratije, uveliko zavisi uspješno funkcionisanje organizacije. U slučaju zdravstvene ustanove, operativnu jezgru čine medicinski radnici i medicinski profesionalci, odnosno zaposlenici koji obavljaju ključne zadatke vezane za misiju ustanove. Strateški vrh obično uključuje rukovodstvo zdravstvene ustanove i upravni odbor koji predstavlja interese osnivača. Tehnostruktura uključuje specijaliste, koji obavljaju poslove vezane za standarde, evaluacije, nadgledaju procese i outpute. Pomoćno osoblje uključuje ostale uposlenike koji omogućuju nesmetno odvijanje procesa na zdravstvenim ustanovama (Bolman&Deal, 2003).

Važno je istaknuti da se profesionalna birokratija oslanja na koordinaciju standardizovanih vještina i pridruženih parametara, treninga i indoktrinacije. Posao je visoko specijalizovan u njegovoj horizontalnoj dimenziji, ali širok u vertikalnoj. Profesionalci sami kontrolišu svoj rad i to u smislu da je njihov rad relativno nezavisan o radu njihovih kolega, ali je čvrsto povezan sa korisnicima. Kvalitetno rukovođenje zdravstvenim ustanovama je od ogromne važnosti, ne samo za ostvarenje zajedničkih ciljeva, već i za sve aspekte savremenog života. Posljednjih decenija u zdravstvu došlo je do intenzivnog razvoja tehnologije, institucionalizacije medicine, pojavili su se slični problemi. Takođe, razvoj modela zdravstvene zaštite od tzv. regulativnih ka kompetitivnim i uključivanje tržišta u zdravstvo danas ima brojne posljedice po zdravstvenu zaštitu, ali je jasno da se od rukovodilaca i menadžera umjesto administriranja sve više zahtjeva znanje, vještine i kompetencije u poslovnom upravljanju, s ciljem postizanja efikasnosti i efektivnosti zdravstvenih institucija. Koordinacija rada stručnjaka različitih profila sa različitim vještinama, statusom, percepcijama o tome šta treba da se uradi, nalazi se u fokusu zadatka.

Sve navedeno trebalo bi biti obuhvaćeno sistemom upravljanja kvalitetom, naročito procesnim modelom temeljenim na Demingovom PDCA krugu. Realno nije moguće istraživati i mjeriti poboljšanja poslovanja i aktivnosti zdravstvene ustanove na svim nivoima (uključujući naravno i kvalitet zdravstvene usluge) ukoliko već ne postoji sistem upravljanja koji podrazumijeva postojanje mjerenja i analize ukupne strukture zdravstvene ustanove (prema procesnom modelu upravljački, temeljni i procesi podrške). Ovako shvaćen sistem poboljšanja kvalitete (AKAZ) fokusira se samo na mjerenja i indikatore ekspertnog područja (medicine i najčešće se završava sa kliničkim vodiljama, ili mjerenjem npr. o.b. dana, slučajeva kongenitalne luksacije kuka, količine potrošene krvi po operaciji, broj bolničkih kreveta i sl). Međutim, razumijevajući značaj upravljanja zdravstvenim ustanovama jasno je da nije dovoljno formalno zadovoljiti određenje elemente upravljanja ustanovom (npr. kreirati misiju, viziju, strateške ciljeve), ukoliko se ne izvršava neophodni reinženjering procesa, ukoliko se strateški plan i ciljevi ne povlače direktno iz misije i vizije, te ukoliko strateški ciljevi nisu SMART ciljevi, te ih je nemoguće izmjeriti. Nažalost, čak i u Zakonu kojim je AKAZ osnovan, navodi se *osnivanje federalnog organa odgovornog za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, kao i akreditaciju u zdravstvu* (AKAZ, 2005). Dakle, jaz koji je nastao u procesima kontinuirane profesionalne edukacije operativnih, taktičkih i top menadžera s jedne strane, te zahtjeva za sistemom poboljšanja kvalitete u zdravstvu i akreditacije putem AKAZ-a, jasno se ogleda u nepostojanju prethodno uvedenog sistema upravljanja kvalitetom. Iako se tvrdi da AKAZ akreditуje zdravstvene ustanove, iz sadržaja Zakona postaje jasno da se pomoću AKAZ-a može akreditovati samo temeljni proces, a to je kvalitet zdravstvene usluge. Upravo iz tog razloga i nakon implementacije sistema poboljšanja kvalitete zdravstvene ustanove nisu mnogo napredovale unutar zahtjeva principa **savjesnog poslovanja**.

Kompetencije označavaju skup znanja i vještina, te pripadajuću samostalnost i odgovornost. **Znanje** označava skup stečenih i povezanih informacija (Hunt, 2003; Petridis i Nodine, 2003; Paulin i Suneson, 2012). Znanje se odnosi na činjenično i teorijsko znanje. Činjenična znanja označavaju skup stečenih zasebnih informacija. Teorijska znanja označavaju skup stečenih poveznica zasebnih informacija. Znanja se odnose na činjenična i teorijska, odnosno na stečene zasebne informacije, te njihovo povezivanje. **Vještine** označavaju skup primjene znanja i upotrebe unaprijed poznatih načina rada u izvršenju aktivnosti i rješavanju problema (Graham et al., 2006; Anderson, 2008). Vještine se odnose na spoznajne (logičko i kreativno

razmišljanje), psihomotoričke (fizička spretnost, te upotreba metoda, instrumenata, alata i materijala) i društvene (stvaranje i razvijanje međuljudskih odnosa) vještine. Spoznajne vještine označavaju skup stečenih logičkih i kreativnih razmišljanja. Psihomotoričke vještine označavaju upotrebu unaprijed poznatih metoda, instrumenata, alata i materijala. Društvene vještine označavaju skup stečenih vještina koje su potrebne za stvaranje i razvijanje međuljudskih odnosa (Goleman, 2008) .

3.2.1. Top, srednji i operativni menadžeri – znanja i vještine

Kao što je već navedeno u Bosni i Hercegovini ne postoji jedinstveno ministarstvo zdravstva na državnom nivou. Postoji ukupno 13 ministarstava, dok kantonalna nisu eksplicitno navedena u ključnim dokumentima (Dejtonskom mirovnom sporazumu i Ustavu BiH). Zdravstvene strategije su usmjerene na na planiranje i edukaciju ljudskih resursa u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti sa posebnim naglaskom na njihove menadžerske vještine kroz finansije, marketing, kvalitet, poslovno pravo, organizaciju.

Jedan od pet glavnih setova preporuka u studiji *Funkcionalni pregled zdravstvenog sektora u Bosni i Hercegovini* (EU, 2013) je usmjeren na dobro upravljanje (vertikalna i horizontalna koordinacija, jačanje/uspostavljanje funkcija potrebnih za strateški menadžment, jačanje/uvođenje funkcije vezane za upravljanje ljudskim resursima, uspostavljanje funkcije potrebne za jedinstveni zdravstveni informacijski sistem u BiH i jačanje funkcije potrebne za uspostavu jedinstvenog računovodstvenog sistema). Dosadašnji projekti u sektoru zdravstva pokazali su da se zdravstveni sistem odlikuje nejednakošću u pristupu zdravstvenoj zaštiti, prekomjernom/nedovoljnom korištenju određenih usluga, neadekvatnoj upotrebi medicinske tehnologije i relativno dugim prosječnim boravkom pacijenta u bolnici.

U Bosni i Hercegovini postoji i veliki raskorak između potreba zdravstvenog sektora i obrazovanja, posebno u području upravljanja zdravstvenim institucijama. Ovaj problem doprinosi odlivu javnih sredstava za zdravstvo, primarno zbog nedostatka menadžerskih znanja i vještina. Iako su nadležne instance i institucije smatrale da će se adekvatnim i kontinuiranim profesionalnim obrazovanjem top menadžera, menadžera na taktičkom i operativnom nivou poboljšati upravljanje zdravstvenim ustanovama (naročito javnim) u proteklih pet godina nije uočen značajniji napredak. Cilj ovog rada je otkriti da li nedostatak poboljšanja u upravljanju zdravstvenim ustanovama treba tražiti u nepravilnom razumijevanju i propustima sistema upravljanja kvalitetom.

Naime, u Zakonu o sistemu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu (Sl. novine FBiH, 59/05 i 52/11) u članu 2. navodi se da ...*Zdravstvene ustanove uspostavljaju sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga sa ciljem postizanja optimalnog kvaliteta u zdravstvu* (FMZ, 2005, 2011). U nerazumijevanju elemenata, kao i značaja sistema upravljanja kvalitetom za strateško upravljanje zdravstvenim ustanovama, cjelokupan Zakon, te rad Agencije AKAZ fokusiran je isključivo na jedan temeljni proces – pružanje zdravstvene usluge i zadovoljstvo korisnika.

Definicijom upravljanja kvalitetom u istom zakonu se navodi da je *Upravljanje kvalitetom planski i sistemski pristup kontroli mjerenja, analizi i poboljšanju organizacionog izvršenja u*

cilju poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga i vjerovatnoće ispunjenosti očekivanih ishoda za pacijente. Dakle, cjelokupan sistem kvalitete i akreditacije fokusiran je isključivo na temeljni proces pružanja zdravstvene usluge.

Ideja i interes za pisanje i kreiranje sinergetskog modela proisteklo je iz činjenice da je autor jedan od začetnika ideje kreiranja programa *upravljanja u zdravstvu*, ispred Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu, a u skladu sa zakonom i zahtjevom Federalnog ministarstva zdravstva BiH, još 2009. godine. Problem je ležao u činjenici da su top menadžeri institucija i agencija zdravstvenog sistema primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene njege u skladu sa zakonskim rješenjima mogli biti isključivo doktori medicine, bez dodatnih teoretskih ili praktičnih znanja iz drugih područja kao što su IT, ekonomija, menadžment, kvalitet, finansije, računovodstvo, marketing, te poznavanja pravnih, socio-demografskih političkih, komunikacijskih i drugih znanja neophodnih za dobro upravljanje ustanovama.

Pitanje znanja i vještina u upravljačkom smislu, ali uz uvažavanje svih specifičnosti zdravstvenog sektora, postaje temelj razvoja ovog programa. Sa izuzetkom Sjedinjenih Američkih Država, i Velike Britanije koje su još 50-ih uvele mjerenje performansi (ne samo medicinskih), već poslovnih u sve zdravstvene institucije, većina zemalja shvata potrebu za ovom vrstom programa i edukacije top menadžera za upravljanje zdravstvenim ustanovama tek posljednju deceniju. Efektivni zdravstveni menadžment je osnova za kreiranje visokoefikasnog sistema upravljanja zdravstvenim ustanovama (Linnander et al., 2017). U novembru 2015. godine, četiri godine nakon pokretanja ovog programa unutar Federalnog ministarstva zdravstva BiH, osniva se Globalni konzorcijum za upravljanje zdravstvom.

3.3. Sistem upravljanja kvalitetom po normi ISO EN BAS 9000ff

Osnovni zadaci bilo koje institucije, ustanove, organizacije, preduzeća jesu osiguranje kvaliteta i upravljanje kvalitetom. Kvalitet je u posljednjih dvadeset godina postao centralna preokupacija velikih kompanija, preduzeća i obrazovnih i zdravstvenih institucija u Evropi i svijetu. Usvajanje sistema kvaliteta treba biti strateška odluka svake organizacije. Primjena sistema upravljanja kvalitetom u organizaciji nalazi se pod uticajem različitih zahtjeva, određenih ciljeva, proizvoda ili usluga koje se nude, procesa, te veličine i strukture organizacije.

3.3.1. Uvod u ISO 9000ff

Internacionalna organizacija za standardizaciju (ISO) je internacionalna institucija za standarde, koju čine zastupnici zavoda za standardizaciju iz pojedinih zemalja. Od osnivanja 23. februara 1947. godine prema zaključcima Londonske konferencije, organizacija izdaje globalne industrijske i komercijalne standarde, tzv. ISO standarde (Injac, 2002). Iako je ISO po statutu definisana kao nevladina organizacija, njena snaga da uspostavlja standarde koji često, kroz sporazume ili nacionalne standarde, postaju zakoni, čini je moćnijom od većine NVO-a.

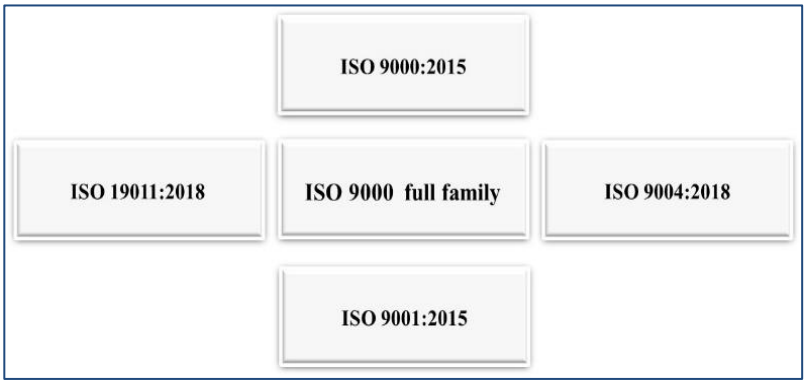
U praksi, ISO djeluje kao konzorcij sa jakim vezama u vladama. Učesnici su nekoliko velikih korporacija, te predstavnici zavoda za standardizaciju svake zemlje članice. ISO u sarađuje sa

Internacionalnom komisija za elektrotehniku (IEC), koja je odgovorna za standardizaciju električne opreme.

Organizacija se obično naziva jednostavno *ISO*. Uobičajena je pogreška smatrati da je ovo skraćenica za naziv "Internacionalna organizacija za standardizaciju" ili slično. Riječ potiče od grčke riječi **ίσος** (isos), koja znači "jednak". Na engleskom jeziku dugogodišnji naziv organizacije je "International Organization for Standardization", dok je na francuskom jeziku naziv "Organisation internationale de normalisation". Početna slova ova dva naziva bi rezultovali u dvije različite skraćenice na dva zvanična jezika ISO-a, engleskom (IOS) i francuskom (OIN), te su osnivači odabrali *ISO* kao univerzalni akronim.

ISO norma je službeni dokument koji ima strogo propisan naziv, oblik, strukturu, način unošenja podataka, simbola, skica, itd. Norma se objavljuje u formatu A4 i može imati od četiri do preko hiljadu stranica. Serija normi ISO 9000ff predstavlja niz uputa za implementaciju i upravljanje sistemom kvaliteta organizacije. Ova oznaka ff dolazi od engleske riječi (full family) i znači kompletnu porodicu serija normi iste namjene. Serija normi ISO 9000ff objavljena je 1987. godine, a nastala je kao rezultat dugogodišnjeg rada Tehničkog komiteta TC 176. Ova norma je nakon svog nastanka doživjela četiri reforme, prvu 1994. godine, drugu 2000. godine, treću 2008. godine i četvrtu 2015. godine. Ovi standardi su opšti, što znači da mogu biti uvedeni u svaku organizaciju, bez obzira na njenu veličinu i usluge koje nude korisnicima. Ovi standardi su priznati širom svijeta, njihovo osnovno značenje je da mogu povesti organizaciju ka visokoj efikasnosti i efektivnosti uz pomoć zajedničkih osnovnih principa.

Norma (engleski naziv za normu je standard) je poznata i priznata mjera za određenu kvantitativnu ili kvalitativnu veličinu u okviru određene socijalne zajednice. Ukoliko je prihvaćena društveni i/ili zakonski norma postaje pravilo, uzorak ili propis. U današnjem društvu norma je pisani dokument koji u zavisnosti od nivoa prihvatanja može imati nacionalni, regionalni ili svjetski zakonski status (Injac, 2002. op.cit).



Slika 9.: ISO 9000 serija standarda

ISO 9000 je serija, ili porodica, standarda upravljanja kvalitetom, dok je ISO 9001 standard unutar porodice. Porodica standarda ISO 9000 takođe sadrži pojedinačni standard pod nazivom ISO 9000. Ovaj standard postavlja osnove i rječnik za sisteme upravljanja kvalitetom (SUK).

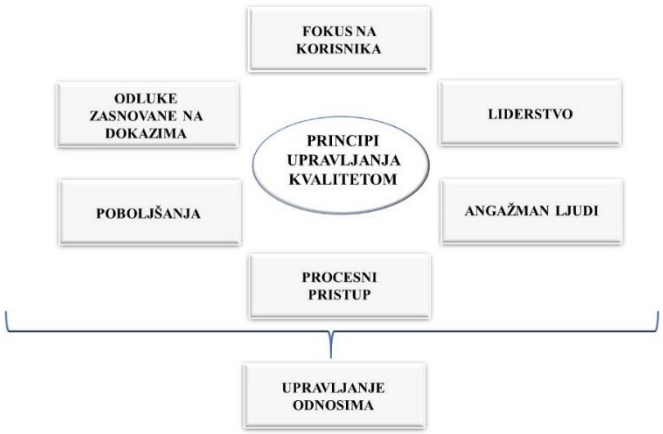
ISO 9000 full family – serija standarda utvrđuje polazište za razumijevanje normi i definiše osnovne nazive i definicije koje se upotrebljavaju u porodici normi ISO 9000ff, koje su neophodne da bi se izbjeglo pogrešno razumijevanje u upotrebi. Porodica ISO 9000 sadrži ove standarde:

- ⇨ ***ISO 9000:2015*** Sistemi upravljanja kvalitetom - osnove i rječnik (definicije)
- ⇨ ***ISO 9001:2015*** Sistemi upravljanja kvalitetom (zahtjevi norme). Predstavljaju set osnovnih zahtjeva koje mora ispuniti svaka organizacija (uključujući i zdravstvene) s ciljem dokazivanja njene sposobnosti da osigura zahtijevani nivo isporuke njenih proizvoda i usluga. Ovo je norma koja utvrđuje zahtjeve za ocjenu sposobnosti ustanove da zadovolji potrebe korisnika, te je usmjerena na zadovoljavanje zahtjeva korisnika. To je jedina norma u porodici ISO za sertifikaciju treće strane.
- ⇨ ***ISO 9004:2018*** Kvalitet organizacije – Vodič za postizanje održivog uspjeha (kontinuirano poboljšanje). ISO 9004 predstavljaju smjernice koje pomažu pri implementaciji efektivnog sistema upravljanja kvalitetom. Ove smjernice se koriste za internu upotrebu organizacije. Puna implementacija ovih preporuka povećava ukupne performanse organizacije, uključujući bolnice, klinike, domove zdravlja, *spa* centre i druge tipove zdravstvenih ustanova.
- ⇨ ***ISO 19011:2018*** Smjernice za audit – tj. za procjenu procesa sistema upravljanja kvalitetom s ciljem identifikacije područja za dalja poboljšanja.

Američko društvo za kvalitet je jedino mjesto gde organizacije mogu da dobiju verzije ovih standarda od američkog Nacionalnog instituta za standarde (ANSI) u porodici ISO 9000.

Samo potpuni QM modeli i pristupi kao što je međunarodna norma ISO 9001:2015 dovode do izgradnje sistema kvaliteta i ostvarivanja konkurentske prednosti. Navedena norma je generička, što znači da su svi zahtjevi u normi uopšteni i mogu se primjenjivati na svaku organizaciju, pa tako i na zdravstvenu instituciju. Ovdje je važno napomenuti da se prilikom sertifikacije validira pojedini proces, a ne pojedini proizvod ili usluga. ISO 9001:2015 je jedini integralni QM sistem.

IWA 1:2005 – International Workshop Agreement



S ciljem razumijevanja i pravovremenog reagovanja na zahtjeve tržišta, ISO je takođe uključio i mogućnost priređivanja dokumenata kroz mehanizme radionica.

Ovi dokumenti su takođe objavljeni od strane ISO-a kao International Workshop Agreements, a IWA1:2005, trenutno povučena iz upotrebe. Čeka se njena revizija.

Slika 10.: Osam osnovnih principa upravljanja kvalitetom

Definicija kvaliteta u zdravstvu jest "kontinuirani proces koji **osigurava ispunjavanje** dogovorenih standarda"(ISO 9001:2008, 2008). Dogovoreni standardi trebali bi osigurati da svaka zdravstvena ustanova gdje je kvalitet osiguran ima potencijal ostvarivanja visokog kvaliteta upravljanja, sadržaja i rezultata.

3.4. Sistem poboljšanja kvaliteta zdravstvene usluge baziran na DM-u

Iako se upravljanje kvalitetom zdravstvene njege pominje u SAD-u već 1910. godine u Flexner izvještaju (Larson & Muller, 2002), bilo je potrebno nekoliko decenija da se neki autor detaljno posveti ovom specifičnoj oblasti. Sredinom 20. vijeka, Avedis Donabedijan objavio je rad koji će stvoriti temelje kvaliteta u zdravstvu kasnije poznatog pod nazivom Donabedijanov model - DM (Donabedian, 1980). Njegovo ime kroz decenije važi za sinonim za oblast kvalitete u zdravstvu. Razlikovanje tri glavna aspekta njege: **strukture, procesa i rezultata** (skr. S-P-O, engl. Structure – Processes – Outcomes) postaje osnovom brojnih daljih istraživanja kvaliteta u zdravstvu i izgradnje/prilagođavanja modela i sistema kvaliteta u zdravstvenom sektoru. Konceptualni okvir (matrica klasifikacije mjerenja kvaliteta) DM posmatra glavne aspekte njege unutar četiri dimenzije (pristupačnost, tehničko upravljanje, menadžment međusobnih odnosa, te kontinuitet u zdravstvu).

Evolucija koncepta kvaliteta u zdravstvu baziranog na DM modelu obilježena je počecima pod vidnim uticajem prevlađujućeg strukturalističkog pravca u strateškom menadžmentu, kao što su S-C-P *Structure-Conduct-Performance* paradigma Masona, kao i paradigma strategije i strukture/organizacije Chandlera. DM model prikazuje kvalitet zdravstvene njege kao produkt nauke i tehnologije zdravstvene njege i njihove primjene u zdravstvenoj njezi, označen atributima uspješnosti, efektivnosti, efikasnosti, optimalnosti, prihvatljivosti, legitimnosti i pravičnosti (Donabedian, 2003). Na tragu pristupa poboljšanja kvaliteta popularizovane od Shewharta, Deminga, Ishikawe, Crosbyja, Jurana, DM model se približava razumijevanju kvaliteta iz primarno procesne perspektive. Usmjerenje na pomenute atribute, uz naglašavanje *ocjene* kvaliteta i *osiguranja* kvaliteta (kao faza u razvoju kvaliteta koje vode ka upravljanju kvalitetom), te prepoznavanje procesnog karaktera i posvećenost monitoringu kvaliteta ukazuju na (postepeno) približavanje autora modelima sistema kvaliteta.[20] Aktivnosti osiguranja kvaliteta pritom dijeli na dva dijela: dizajn sistema i resursi, te monitoring performansi i ponovna prilagođavanja. Dizajn sistema odnosi se na oblast koju označava nazivom "struktura" u S-P-O modelu. Ciklus monitoringa uključuje prikupljanje podataka o performansama, analizu obrazaca, interpretaciju preventivne i korektivne akcije, te prikupljanje podataka o naknadnim performansama (Donabedian, 2003, op cit.). Primjetan je fokus autora na funkcije monitoringa zdravstvene njege, čemu posvećuje veliki značaj.

Snažno težište ovog pristupa nalazi se na principima uspješnosti, efektivnosti i efikasnosti. Efikasnost se posmatra kao odnos ocijenjenih unapređenja u zdravlju očekivanih od zdravstvene njege i troškova te njege (Donabedian, 2003, op.cit). Kao i u slučaju različitih uloga doktora i menadžera unutar strukture organizacije, razlikuju se klinička efikasnost i produkcijska/menadžerska efikasnost. Optimalnost uravnotežuje potrebe sistema ili organizacije sa dostupnim resursima, kroz određivanje primjerenih ulaganja. Odgovor o optimalnosti polazište nalazi i u odnosu sa "naručiocem", odnosno da li je u pitanju pojedinac ili društvo (Donabedian, 2003). Prepoznavanje načela optimalnosti u odnosu na raspoloživost sredstava i dostupnost njege u zdravstvu vidljiva je i u nastojanjima definicije kvalitete u

[20] U ranijim radovima Donabedijan posmatra kvalitet više kao sadržaj i koncept, manje kao sistem.

zdravstvu iz pozicije jednog od najvećih naručilaca.[21] Zavisno od toga šta su njegove preferencije i očekivanja, mogu se razlikovati standardi pružene usluge, od optimalno efektivne ka maksimalno efektivnoj. Data definicija poklapa se sa perspektivom DM modela koji strukturu, proces i rezultate vidi kao vjerovatnoće, a ne izvjesnosti, te naglašava da se S-P-O dijelovi povremeno prelivaju iz jednog u drugi.

Karakteristika pravičnosti unutar koncepta kvalitete odnosi se na usklađenost sa principima pravedne distribucije zdravstvene zaštite i koristi među populacijom, te je direktno povezana sa pristupom, efektivnošću i prihvatljivošću zdravstvene njege (Donabedian, 2003).

Strukturu čine materijalni i ljudski resursi, te organizacione karakteristike. Proces uključuje aktivnosti koje čine zdravstvenu njegu: dijagnoze, tretmani, oporavak, prevencija, edukacija pacijenata, koju primarno obezbjeđuju medicinski profesionalci, ali i sami pacijenti i njihove porodice. Rezultati ili ishodi uključuju promjene u zdravstvenom statusu, promjene u znanjima i ponašanjima pacijenta i porodice koje mogu uticati na buduću njegu, te zadovoljstvo pacijenata i familija primljenom njegom i ishodima liječenja. Struktura, proces i ishodi nisu atributi kvaliteta, već predstavljaju vrste informacija koje se mogu prikupiti kako bi se ocijenio kvalitet pružene usluge. Svaki od tri pristupa procjeni kvaliteta (fokus na strukturu, fokus na procese, fokus na rezultate/ishode) ima svoje prednosti i mane, te preporučuje kao najbolje rješenje kombinovanje pristupa, u zavisnosti od prirode problema koji se istražuje i dostupnih informacija (Donabedian, 2003). Efekti međuzavisnosti i "prelivanja" između strukture, procesa i rezultata ovim su prepoznati kao značajni faktori uticaja na kvalitet. Kasniji modeli sistema kvaliteta u zdravstvu nastoje inkorporisati uzročno-posljedične veze između dijelova sistema (npr. procesni model ISO).

3.4.1. Znanja, vještine i implementacija sistema prema Donabedijanovom modelu (DM)

Pregled **znanja, vještina i sposobnosti** unutar modela kvaliteta baziranog na DM uglavnom se oslanja na pojedinačne atribute o kojima je potrebno zaključivati iz drugih oblasti koje autor opisuje. S-P-O model pozicioniše funkcije upravljanja ljudskim resursima unutar aspekta strukture (S), te ih definiše kao broj, raznovrsnost i kvalifikacije profesionalaca i osoblja podrške (Donabedian, 2003). Fokus na medicinsku njegu kao osnovnu dimenziju kvaliteta ukazuje da se ovdje pod nazivom profesionalci primarno prikazuju medicinski radnici. Medicinska njega koju obezbjeđuju medicinski praktičari i drugi pružaoci usluga sastoji se od tehničkog i interpersonalnog dijela. Znanja i vještine čine tehnički dio njege, a interesantno je da se u ovom dijelu posebno naglašava vještina rasuđivanja ili ocjene, što se može tumačiti direktno povezanim sa dijagnostikom kao jednom od najvažnijih grana zdravstvene njege. Tehnička njega direktno zavisi od znanja koje profesionalci posjeduju, vještina rasuđivanja (dijagnostikovanja specifičnih stanja ili prepoznavanja bolesti ili stanja tokom liječenja) i vještina osoba koje njegu pružaju. Interpersonalni dio pružanja njege opisan je nizom atributa čija se vrijednost prikazuje u najvećoj mjeri kroz interakciju sa pacijentima.

[21] U.S.OTA – Office of Technology Assessment (1988.) kvalitet zdravstvene njege definiše kao „stepen do kojeg proces zdravstvene njege povećava vjerovatnoću rezultata koje želi pacijent i smanjuje vjerovatnoću neželjenih rezultata, uz uvažavanje stanja medicinskih znanja.“

Tabela 9.. Karakteristike dobrog odnosa pacijent – praktičar

Lična briga	Empatija	Respekt	Dobri maniri
Spremnost da se posveti vrijeme	Nastojanje da se objasni liječenje	Obraćanje pažnje na preferencije pacijenta	Izbjegavanje snishodljivosti
Iskrenost	Istinitost	Usklađenost sa očekivanjima pacijenta	Poticanje učešća pacijenta u izlječenju
Stabilnost odnosa sa pacijentom	Maksimalni egalitarizam	Odnos podrške bez pretjerane zavisnosti	Poštovanje digniteta pacijenta
Poštovanje individualnosti	Privatnost	Povjerljivost	Adaptacija i fleksibilnost

Izvor: Donabedian, 2003

Evidentno je da i ovi atributi potvrđuju prvenstvenu orijentisanost DM prema medicinskom dijelu usluge, iako ne zanemaruju u potpunosti menadžerski dio posla. Inicijalni uticaji neoklasične teorije međuljudskih odnosa unutar organizacije i strukturalističkog pravca (Mason, Chandler), kao i kasnijih teorija fokusa na korisnika, kontinuiranog poboljšanja kvalitete, uz obuhvatni pristup baziran na konceptu emocionalne inteligencije (EI) mogu se prepoznati iz navedenih karakteristika. Ukoliko se autorovom viđenju kontinuiranog poboljšanja kvalitete kao inherentnom DM modelu dodaju interne forme koje pospješuju kvalitet (Ishikawini krugovi kvaliteta i timovi za unapređenje kvaliteta), jasna je postepena evaluacija pristupa prema procesno orijentisanom modelu u čijem centru se nalaze potrebe pacijenta. Ovdje još uvijek *pacijenta*, kojeg će kasnija snažna infiltracija praksi *novog javnog menadžmenta* nezaustavljivo sve snažnije transformisati u *korisnika, klijenta, korisnika usluge*.

Postojanje funkcija **podučavanja i istraživanja** nalazi se takođe unutar aspekta strukture (S), ali njegovog dijela organizacionih karakteristika, zajedno sa načinima organizacije medicinskog i sestrinskog kadra, supervizijom i drugim oblastima povezanim sa funkcijom ljudskih resursa. S-P-O pristup uspješno balansira između potrebe očuvanja osnovnih vrijednosti ljekarske struke i sve većih zahtjeva finansijera za većim nivoom odgovornosti prema društvu. Podučavanje i istraživanje unutar S-P-O aspekata pozicionisan je na način da se bavi primarno dodatnim obukama medicinskog kadra (doktora, sestrinstva, tehničara) iz oblasti usko vezanih za pružanje zdravstvene njege. U ovom pristupu, funkcije vezane za menadžment svode se na često upotrebljavani pojam *administracija* za sve organizacione funkcije nemedicinskog tipa. Ovakav doživljaj nemedicinskog osoblja od strane medicinskog kao *birokratske organizacije* podcrtava rascjep razumijevanja organizacije koji vlada unutar organizacija, te naglašava neophodnost postizanja koherentne slike organizacije za sve zaposlene. Hipotetička uzročna veza između potrebne opreme i kvalifikovanog osoblja, koje je upućeno u potrebe i preferencije pacijenta, te kroz primjeren proces i interakciju sa pacijentima dovodi do poboljšanja zdravlja i zadovoljnog pacijenta unutar DM modela teško može funkcionisati ukoliko je npr. preferencija pacijenta vezana za dobijanje besplatne ili vrlo jeftine najkvalitetnije njege. Zanemarivanje značaja menadžerskog dijela (upravljanja finansijama koje bi mogle osigurati ispunjenje preferencija pacijenta u ovoj hipotetičkoj vezi) može značajno otežati ispunjenje ciljeva zdravstvene institucije, što se često i zamjera DM pristupu i modelima baziranim na njemu. Konačna ocjena kvaliteta iz ovog razloga ne može biti vezana isključivo za proces pružanja zdravstvene njege ili za znanja, vještine i sposobnosti isključivo zdravstvenog osoblja (mada su ovo vjerovatno presudni faktori ocjene u procesu izliječenja), već je potrebno koristiti optimalnu kombinaciju usluga (zdravstvenih, finansijskih, logističko-infrastrukturnih), odnosno kombinaciju tri aspekta S-P-O, kako bi se došlo do željenih ishoda liječenja.

Tokom vremena postojala su razna nadograđivanja Donabedijanovog S-P-O modela koji se naziva procesnim, ali ne tretira sve procese i potprocese jednako. Pokušaj razvijanja jednog takvog upravljačkog modela jeste i SEIPS - Inicijativa sistemskog inženjeringa za model bezbjednosti pacijenta[22], razvijen od strane Carayon-a i drugih (2006) na Univerzitetu Wiskonsin, Centar za kvalitet. Ovaj model primjenjuje model radnog sistema Smitha i Carayon-Sainfort još iz 1989. te Carayon i Smitha iz 2000. godine, gdje je za osnovu modela uzet DM (1989) model S-P-O kako bi se unaprijedila bezbjednost pacijenta. Ovaj model je zamišljen kao okvir za razumijevanje kako komponente sistema (struktura, procesi i ishodi u zdravstvu) i njihove interakcije mogu uticati i doprinijeti smanjenju i prevenciji grešaka, incidenata i štetnih događaja. U ovom SEIPS modelu radni sistem ili struktura uključuje pet komponenata: osobe, organizacije, tehnologije i alate, zadatke i okruženje. Procesi u ovom modelu uključuju proces zdravstvene njege i druge procese, a ishodi uključuju dvije komponente (zaposlenici i organizacioni ishod i ishodi pacijenta (Melo & Beck, 2014).

Tabela 10.: Komponente i elementi SEIPS modela

Sastavnice	Komponente	Elementi
Radni sistem ili struktura	Osobe	Obrazovanje, vještine i znanja
		Motivacija i potrebe
		Fizičke i psihološke karakteristike
	Organizacija	Timski rad i organizaciona kultura
		Koordinacija, saradnja i komunikacija
		Društveni odnosi i menadžerski stil
	Tehnologija i alati	IKT, medicinski uređaji
	Zadaci	Sadržaj posla, izazovi i korisnost, zahtjevi
		Autonomija (radno vrijeme, pritisak vremena)
	Okruženje	Buka, osvjetljenje, temperatura, vlaga, buka, dizajn
Procesi	Proces zdravstvene njege	Proces zdravstvene njege
		Drugi: tok info, nabavka, održavanje, čišćenje
		Aktivnosti poboljšanja procesa
Ishodi	Ishodi zaposlenika i ustanove	Zadovoljstvo poslom
		Stres i sagorijevanje
	Ishodi pacijenta	Bezbjednost pacijenta
		Kvalitet njege

Izvor: Carayon et al, 2006

Ubrzo je ovaj prijedlog modela proglašen menadžerijalističkim, zbog „neravnomjernog“ rasporeda komponenata i elemenata, gdje su drugi autori koji se bave menadžmentom u zdravstvu (Turner, Kelly i dr.) smatrali da je u ovom modelu malo pažnje posvećeno samoj zdravstvenoj njezi, iako se u elementima jasno vidi da je kvalitet vezan samo za zdravstvenu uslugu. Budućnost medicine, smatraju mnogi autori (Miles & Loughlin, 2011; Miles, 2009; Howick, 2011), leži upravo u kraju menadžerijalizma i početak je ere personalne medicine i povezanog zdravlja. Melo (2014) smatra da su dosadašnji koncepti kvalitete zdravstvene njege i kliničkih praksi zastarjeli, te da su svi kriterijumi zapravo povezani sa „prosječnim pacijentom“. Zagovaraju se mnogi koncepti većeg uključivanja IKT u pružanje zdravstvenih usluga, kao što su telezdravlje, i povezano zdravlje.

[22] SEIPS – The System engineering initiative for patient safety model (op. aut).

4. IZRADA SINERGETSKO-HOLISTIČKOG (SH) MODELA

Corporis exigui vires contemnere noli

Premoć logike racionalizacije u svijetu širi se na razna područja društvenog života. Ovaploćenje racionalizacije danas primjećuje se u različitim projektima, reformama, *neo*-ideologijama, neo-pristupima, *novim* tehnikama, *novim* putevima i sl. Najrašireniji primjer ove tvrdnje može se naći u reformama javne uprave u mnogim zemljama svijeta (razvijenih ili manje razvijenim), putem implementacije ili implantacije pristupa *Novog javnog menadžmenta.* Govori se o pristupu, obzirom da se NPM još uvijek nije potvrdio kao teorija, ali to definitivno nije spriječilo njegovo praktično širenje svijetom, najviše na krilima Svjetske banke. Racionalizacija privrede, prava, države, nauke (matematizacija), umjetnosti i društva razlikuju današnja društva od onih koja su im prethodila. Moderna privreda koja se rukovodi principima najproduktivnije uprave i organizacije smatra se racionalnom (Lalleman, 2004).

Efikasnost i efektivnost su dvije ključne riječi ove nove *religije.* Sve je moguće i potrebno mjeriti, potrebno je promovirati slobodnu konkurenciju u pružanju usluga, unaprijediti upravljačke funkcije, primjeri su ovih *mantri* koje se često čuju u ovom diskursu. Pod pritiskom dolazećih promjena, u zemlji koja se nalazi u *stanju šoka,* pod alegacijama o vlastitoj nesposobnosti da odgovori izazovima novog vremena, te u strahu za vlastiti opstanak, nekadašnji *knjiški moljac* iznenada se pretvara u *agenta promjena* i gorljivog zagovornika novog sistema vrijednosti. Na drugog, koji se ne želi ili ne može prilagoditi, sruči se niz optužbi o *nekooperativnosti, nekompetentnosti za obavljanje posla, sprječavanju društvenog progresa i euroatlantskih integracija*...A i jedan i drugi su mislili da je vrijeme totalitarizma i jednoumlja ostalo iza njih.

Pokret Novog javnog menadžmenta NPM prvi put se pojavljuje krajem '70-ih godina dvadesetog vijeka, s početkom mandata Margaret Thatcher. Primjene načela *NPM* bilježe se u prvo vrijeme u Velikoj Britaniji i SAD, primarno u mjestima koja su pretrpila štete od ekonomske recesije i protesta zbog poreza. Kasnije se *NPM* širi na Novi Zeland, Australiju te druge zemlje *OECD*. Akademici su zatim utvrdili zajedničke elemente reformi i objedinili ih pod pojmom *NPM*. Smatra se da njegov pristup potiče iz različitih teorija i pristupa koji su mu prethodili: teorije javnog izbora, teorije menadžmenta, klasične javne administracije, neoklasične javne administracije, analize politika, teorije principala i agenta, teorije vlasničkih prava, neoaustrijske škole, ekonomije transakcionih troškova, te *NPA* (Nove javne administracije) i pristupa proisteklih iz nje: racionalistički i mehanicistički stilovi i instrumenti menadžmenta, te humanistički i organski (Gruening, 2001). *NPM* je u praksi predstavljao kombinaciju različitih nabrojanih pristupa, tako iznova potvrđujući vlastitu fleksibilnost i kameleonsku prirodu.

Upravo iz *NPA* izviru dva pristupa koja su veoma naglašena u aktuelnim okolnostima reformi javnog sektora (uključujući sektore obrazovanja i zdravstva), a koji se praktično primjenjuju kroz menadžment usmjeren na ciljeve - *MBO*, tehnike mjerenja učinka i odgovornosti, marketing javnog sektora i sl. (u slučaju racionalističkih stilova), te primjene organizacionog razvoja, potpunog upravljanja kvalitetom – *TQM* ili kulturi orijentisan strateški menadžment (u slučaju humanističkih). NPM predstavlja novu paradigmu uprave koja se pojavljuje i pod nazivom *reinvencija vlade.* Rješenja koja nudi pristup su više operativna načela, odnosno sistem praksi transformacije uprave, nego koherentan teorijski pristup.

Transfer i transponiranje praksi unutar politika i operativne izvedbe u nekoj zemlji vrši se uz asistenciju međunarodnih aktera (nadnacionalnih i globalnih agencija) u definisanju novih reformskih politika, na osnovu kojih se kasnije provode zahvati u javnoj upravi.

Na taj se način menadžment javnih organizacija nastoji prilagoditi kako bi postao što sličniji poslovnom menadžmentu. Uloga i karakter javnih uprava usmjeravaju se ka tržišnim mehanizmima i orijentaciji na privatni sektor, i to pretežno u zemljama koje su imale drugačiji društveno-ekonomski sistem. Uključivanje snaga slobodnog tržišta, kriterija koji se primjenjuju na samom tržištu, kao i načela otvorene konkurencije, čine se ključnim elementima samog pristupa.

Hopkins i Hopkins 1997. godine (El Haj, 2012) smatraju da se intenzitet djelovanja menadžera u smjeru strateškog planiranja može povezati sa tri vrste faktora: menadžerski (ekspertiza u strateškom planiranju i vjerovanje u kauzalnost planiranja i performansi), organizacioni (veličina i struktura organizacije), te faktore okruženja (kompleksnost i promjene). Vjerovanje u mogućnosti ovladavanja promjenama i vrlo dobra upoznatost sa strukturom, kapacitetima i dometima zdravstvene organizacije u kontekstu njenog djelovanja u okruženju postavlja temelje budućeg strateškog planiranja, implementacije i mjerenja uspjeha, te korektivnih akcija.

Sve snažnija tržišna orijentacija zdravstvenih sistema zapadnih zemalja dešavala se na talasu politika i regulative pristupa *Novog javnog menadžmenta* (NPM). Teoretičari i praktičari pristupa, kao i u drugim društvenim i socijalnim oblastima (obrazovanje, javne usluge), polazište nalaze u „neefikasnosti zdravstvenog sistema uzrokovanoj neefektivnim i skupim pružanjem medicinskih usluga“. Popisu uzroka problema dodaju se ubrzano starenje stanovništva zapadnih zemalja, povećanje vrsta i tipova hroničnih bolesti i stanja koja zahtijevaju dugotrajno liječenje (dijabetes, gojaznost itd.). Nove tehnologije liječenja i nova oprema pominju se istovremeno, u kontekstu navodne zastarjelosti postojećih usluga ali i prilika koje pružaju u liječenju. Kao *panacea* na unaprijed utvrđenu dijagnozu (indikativno gotovo identičnu za više zemalja, čak i kada te zemlje imaju veoma različite zdravstvene sisteme) nudi se instrumentarij poslovanja institucija na način sličan poslovanju kompanija (pri čemu se najčešće upravo privatne uzimaju kao primjeri „dobrih praksi“). Zamah NPM-a i pridruženih tehnika u velikoj mjeri se može tumačiti kao konačni obračun neoliberalne misli sa ostacima *socijalne države* (države blagostanja) kao dominantne u drugoj polovini 20. vijeka, posebno u EU.

Uporedne analize rasta uticaja menadžerijalizma kao dijela instrumentarija NPM-a često pokazuju intra-organizaciono latentno suprotstavljanje između dvije najjače grupe unutar zdravstvene institucije kao Mintzbergove *profesionalne organizacije*. Izazove profesionalaca u zdravstvu u okviru novih zahtjeva poslovanja primjećuje i Lee (HBR, 2010) kada kaže da su „problem zdravstvene zaštite ljudi koji su učili o medicini kada je bila više umjetnost, a manje finansije“, te da zdravstvo treba novu vrstu lidera. Jaz i prisutno nerazumijevanje između doktora (*bijelih mantila*), kao etablirane i društveno cijenjene profesionalne grupe, i menadžera (*odijela*), kao nosilaca znanja iz menadžmenta i nove, rastuće profesionalne elite u zdravstvu, postavlja se kao izazov upravljanje zdravstvenim sistemom i organizacijama, ali i sistema upravljanja kvalitetom (SUK).

Uvođenje novih „pravila igre“ i modela baziranih i proisteklih iz oblasti menadžmenta neminovno dovode do otpora i neprihvaćanja unutar snažno organizovanih i istorijski potvrđenih područja, kao što su obrazovanje i zdravstvo. Istorija čovječanstva neodvojiva je od istorije zdravstva i medicinska struka uživa poseban ugled u cijelom svijetu, te se nastojanja uvođenja novog instrumentarija suočavaju s velikim otporima. Naglašavani osjećaj hitnosti koji se koristi kao uzrok ili povod namjeravanim reformama mnogo teže je obrazložiti ili nametnuti struci koja se vremenom formirala kao posebna grana društvenog života na potrebi odgovora na krizna stanja (ratovi, epidemije, bolesti, prirodne i druge katastrofe). Povećavanje upliva menadžerijalizma nije dovelo do povećanja kontrole nad doktorima i medicinska struka nalazi načine da ostane nezavisna (Salter, 2007). Interesantno, i pored činjenice da je tako dugo prisutna u društvu i da ima vrlo značajnu ulogu, zdravstvena zajednica nema izgrađen vlastiti pandan načinu na koji akademska zajednica ostvaruje akademsku autonomiju zagarantovanu unutar demokratskih društava. Moguće je da je to jedna od posljedica u zdravstvu prisutnog latentnog ili otvorenog odbijanja uticajima novijih upravljačkih modela i praksi, baziranih na menadžmentu.

Otpornost na promjene u društvu, njegovo uređenje i ciljeve zdravstvene zaštite stanovništva može skupo koštati samu medicinsku struku, posebno jer se njen istorijski razvoj i progres bazirao na stalnim inovacijama, eksperimentima, kao i spremnosti na promjene. Pitanje je u kojoj će mjeri birokratsko-administrativni, ali i ideološki aparat baziran na menadžerijalizmu i NPM-u, u takvoj situaciji dopustiti razvoj i očuvanje „autonomije zdravstva“.

4.1. Struktura SH modela

Iz navedenih i drugih povezanih razloga, svakoj reformi potrebno je pristupiti temeljito i sistematski, posebno u slučajevima reformi dugoročnog horizonta (zdravstvenog sistema, sistema socijalne zaštite, sistema penzijsko-invalidskog osiguranja itd.) koje, gotovo po pravilu, utiču na zdravlje stanovništva u narednih nekoliko decenija. Usvajanje modela koji su se pokazali uspješnim u kontekstu nekih zemalja *prvog svijeta* ne znači da će ti isti modeli funkcionisati u kontekstu nerazvijenih i zemalja u razvoju. Korištenje „dobrih praksi“ od kojih mnoge često preuranjeno budu predstavljene kao uspješne (a kasnije dožive krah) ili su ponekad samo zbirka prenaglašenih i istaknutih dobrih strana (uz izostavljanje negativnih), u kontekstu druge zemlje može donijeti dugoročne probleme i negativan uticaj na zdravlje stanovništva.

Nastojanje da se iskoriste mogućnosti *preskakanja* faza u razvoju ekonomije (kroz izbjegavanje ranijih grešaka uporedivih ekonomija) i brzo usvajanje inovacija uz primjenu ovakvih *odabranih* dobrih praksi, može dovesti do problema preuranjenih inovacija. Poslovni i inovacijski ekosistem tada nije razvijen u mjeri koja može podržati implementaciju novih tehnologija i opreme. Postepeni razvoj šireg opsega, uz inovacije u područjima/ oblastima u kojima mogu opstati i uticati pozitivno na druge oblasti, nameće se kao optimalniji pristup.

4.1.1. Kontinuirana profesionalna edukacija top menadžera

Zdravstvena organizacija je složena mreža brojnih stručnih grupa, odjeljenja i specijalista. Potrebna je promjena kako bi se poboljšao kvalitet usluga, kao i organizacioni učinak u zdravstvenom sistemu. Međutim, većini zdravstvenih organizacija je teško da inoviraju, posebno u smislu upravljačkog sistema i kulture. Lider može djelovati kao katalizator za postizanje efikasne promjene kako bi ostao uspješan u okruženju koje se stalno mijenja. U trenutnom zdravstvenom sistemu postoji ključni jaz u vodstvu. Brojne teorije, slučajevi i modeli uticali su na trenutne strategije vođenja koje se mogu povezati sa zdravstvenim okruženjem Rashmi et al. 2017).

Pristupi upravljanja zasnovani na dokazima doveli su do uspješnih primjera koji duboko mijenjaju kulturu i metode upravljanja zdravstvenim organizacijama. Rast obrazovanja usmjerenog na kompetencije otvorio je slične izazove u upravljanju nastavom. U kombinaciji, ove dvije promjene sugeriraju mogućnost sistema učenja za promoviranje ovladavanja vještinama, znanjem i atributima koji vode do dokumentovanog profesionalnog uspjeha u upravljanju zdarvstvenim sistemom (White, Lemak& Griffith, 2011).

Federalno ministarstvo zdravstva u dogovoru sa ostalim ministarstvima donijelo je niz zakonskih rješenja koja su obavezna u oblasti zdravstvenog sistema u FBIH. Između ostalih tu su i : Zakon o sistemu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu ("Sl. list FBIH", 59/05); Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", broj 30/97, 7/02 i 70/08); Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj 29/97); Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima ("Službeni glasnik BiH", broj 58/08); Zakon o upravljanju otpadom ("Službene novine Federacije BiH", broj 33/03). Unutar Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj 46/10) naveden je sljedeći zahtjev (Sl. list FBIH, 46/10):

Tabela 11.: Izvodi članova 66 i 152.

Član 66. *Direktor zdravstvene ustanove mora imati medicinski, stomatološki odnosno farmaceutski fakultet, najmanje pet godina radnog iskustva u struci, znanje o zdravstvenom menadžmentu koje dokazuje sertifikatom o obavljenoj edukaciji iz zdravstvenog menadžmenta, odnosno završenoj specijalizaciji iz zdravstvenog menadžmenta ili završenom postdiplomskom studiju iz zdravstvenog menadžmenta, te ispunjavati i druge uslove propisane aktom o osnivanju, odnosno statutom. Uslov o znanju iz zdravstvenog menadžmenta, a koji je predviđen za lica iz stava 6. ovog člana, tražiće se u konkursnoj proceduri tek nakon donošenja podzakonskog akta federalnog ministra iz člana 152. stav 4. ovog zakona, te otpočinjanja edukacije, odnosno specijalizacije o zdravstvenom menadžmentu na teritoriji Federacije u organizaciji Federalnog ministarstva.*
Član 152. *Znanje iz zdravstvenog menadžmenta, može se steći kroz edukaciju iz zdravstvenog menadžmenta, specijalizaciju iz zdravstvenog menadžmenta, kao i postdiplomsku nastavu iz zdravstvenog menadžmenta na ovlaštenim fakultetima. Organizacija i provođenje edukacije iz zdravstvenog menadžmenta i specijalizacije iz zdravstvenog menadžmenta je u nadležnosti Federalnog ministarstva. (Službene, 2010, op cit.)*

Izvor: Zakon o zdravstvenoj zaštiti FBIH (46/10)

Nedostatak sinergije između znanja i efektivnosti zdravstvenog sistema je zaista jaz između znanja i prakse. Promovisanje javnog zdravlja zahtijeva pažnju na sistem donošenja odluka zasnovan na znanju i dokazima, a ljudski razvoj je moguć pohranjivanjem, korištenjem i razmjenom znanja. Donošenje odluka u zdravstvenom sistemu ima značajan odnos sa nalazima istraživanja i dostupnim znanjem u ovoj oblasti. Dok se ne razvije zajedničko razumijevanje između vlasnika znanja i zdravstvenog sistema, rezultati istraživanja su samo diseminacija rezultata i neće biti efikasni za pacijente i zdravstveni sistem (Ellen et al. 2018)

Nedostatak upotrebe znanja u sistemu upravljanja zdravstvom gubiće finansijska sredstva, vrijeme i energiju i povećavati troškove nametnute pacijentima. Može biti čak i štetno za pacijente. Osim toga, to će ometati implementaciju preporučenih zdravstvenih usluga u smislu prevencije, liječenja i upravljanja. Implementacija znanja u praksu je dinamičan i interaktivan proces koji uključuje proizvodnju, širenje, razmjenu i primjenu znanja za poboljšanje isporuka usluga. Prepreke korištenju znanja uključuju nedostatak ili nemogućnost pristupa resursima znanja, ravnodušnost prema znanju stečenom kroz nalaze istraživanja i nedostatak vremena za pronalaženje dokaza koji mogu pomoći menadžerima i kreatorima politike. Štaviše, menadžeri uglavnom donose odluke na osnovu informacija dobijenih kroz preporuke i rezultate rutinskih organizacionih mjerenja, a ne na osnovu nalaza istraživanja (Roohi, 2020).

"Strateški plan za reformu zdravstvenog sistema" daje strateški pristup i ciljeve reforme zdravstvenog sistema za FBiH, za period 2008.-2018. Dokument je izrađen tokom 2007. godine od strane radne grupe koju je uspostavilo Federalno ministarstvo zdravstva (FMZ, 2008). Dokument se temelji na analizi osnovnih funkcija sistema: savjesno upravljanje, finansiranje, resursi u zdravstvu i pružanje usluga, a prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO). Svrha dokumenta je jasno definisanje vizije i ciljeva za razvoj savremenog, kvalitetnog, racionalnog i privredno održivog zdravstva, što prema ocjenama mnogih domaćih i međunarodnih stručnjaka podrazumijeva uspostavu integrisane zdravstvene zaštite uz istovremenu efikasnu kontrolu kvalitete i potrošnje, te odgovorno upravljanje raspoloživim resursima. Koncept razvoja zdravlja ima mnogo sličnosti sa ekonomskim razvojem.

Oba pomenuta procesa su rezultat aktivnosti koje uključuju mnoge sektore društva, kao i populaciju u cjelini, kroz individualne i kolektivne odluke i akcije. Interesantan je podatak da se doprinos medicinskih usluga dobro razvijenog zdravstvenog sistema poboljšanju zdravlja stanovništva procjenjuje na svega 10%, a ostatak je rezultat rada drugih sektora. Po uzoru na slične programe profesionalne edukacije, unutar područja cjeloživotnog učenja, ali i dostupne specijalizacije u području upravljanja, te master studijima u Americi, Velikoj Britaniji i Singapuru izrađen je prvi prijedlog programa obuke za medicinske i nemedicinske radnike operativnog, srednjeg i top menadžmenta unutar zdravstvenog sektora. Nakon toga, zadužena grupa je posjetila preko 30 zdravstvenih ustanova različitih tipova iz primarnog, sekundarnog i tercijarnog domena, kako bi se utvrdila područja koja predstavljaju jaz u rukovođenju i upravljanju zdravstvenim ustanovama, ali i ostali problemi sa kojim se zdravstveni sektor susreće. Razvoj i implementacija edukativnog programa „Menadžment u zdravstvu" 2011. godine bio je posljedica prioritetne potrebe koja uključuje usavršavanje znanja menadžmenta zdravstvenih institucija u različitim područjima, uključujući i strateško upravljanje zdravstvenom ustanovom.

Šire oblasti uključuju proces unapređenja kvalitete i organizacije poslovnih procesa/ odgovornost rukovodstva, upravljanje resursima: HRM, infrastruktura, radno okruženje, realizaciju usluge, tj. procesa vezanih za korisnike, dizajn i razvoj, nabavke, te mjerenje, analiza i poboljšanje. Različitost poslova ukazuje na potrebu edukacije rukovodećih osoba u području organizacije poslovnih procesa, što je vjerojatno najzahtjevniji dio ukupnog menadžmenta zdravstvenih institucija. Filozofija programa je razviti osnovne vještine, znanja i kompetencije iz područja menadžmenta za sve rukovodioce operativnog nivoa, srednjeg nivo i top menadžere. Edukativni program je fokusiran na odrasle profesionalce, i osigurava da ponudjeni moduli mogu biti dostupni i online. Kreirani su sljedeći moduli:

Tabela 12.: Struktura KPE formirana od strane radne grupe

FBIH - SHCE	TOP	SHCE-3 (75+30h)	5 izbornih modula (top menadžment) 75h + 40h CS			
	SREDNJI	SHCE-2 (75h)	1. Primarna	2. Sekundarna	Tercijarna	Fondovi, zavodi
	OSNOVNI	SHCE-1 (75h)	5 obaveznih modula (operativni mgmt) 50h (5X10h)			
TOTAL			**255h (15 modula)**			

Izvor: autor

Predmeti koji su polaznicima bili obavezni da bi položili sva tri nivoa su: strateški okvir zdravstvenih ustanova (pravo, marketing, IKT; finansije i računovodstvo u zdravstvenom sektoru; strateško upravljanje zdravstvenim ustanovama (strateški, opšti i HRM); ekonomika zdravstva i zdravstveno osiguranje, te upravljanje kvalitetom u zdravstvenim ustanovama (PM, RM i TQM), analiza studije slučaja i ispit.

Od polaznika edukativnog programa „Menadžment u zdravstvu“ se očekivalo da dostignu slijedeće ishode učenja (opšte i specifične).U opšte ishode učenja su uključeni: polaznici pokazuju napredno znanje u komunikaciji, uključujući usmenu, pismenu i kompjutersku pismenost; polaznici u toku slušanja nastave, izrade završnog/pristupnog rada studije slučaja, te polaganja usmenog ispita dokazati sposobnog kritičkog promišljanja, usvojenih teoretskih znanja, te njihove primjene na praktične probleme unutar zdravstvene institucije/ustanove. U dostizanju specifičnih ishoda učenja polaznici moraju pokazati sljedeće: znanja i vještine u području razumijevanja i primjene menadžmenta resursa (fiskalnih, ljudskih i infrastrukturnih); znanja i vještine u području razumijevanja i primjene timskog rada, planiranja, lideršipa, kao i razumijevanja lične i profesionalne etike; znanja i vještine u području razumijevanja i primjene interpersonalnih vještina komuniciranja neophodnih za uspješne performanse u zdravstvenom okruženju (pregovaranje, izgradnja tima, savjetovanje, mentorstvo, i odnosi sa IU stranama); znanja i vještine u području razumijevanja i primjene radnog znanja na kompjuterskoj tehnologiji kroz uspostavu odgovarajućih kontrolnih sistema u zdravstvenim operacijama, ppt tehnologije i drugih IKT područja; evropske standarde i normative; znanja i vještine u području razumijevanja i primjene povećanja sposobnosti menadžmenta za upravljanje procesima rada (temeljni, upravljački i procesi podrške) u skladu sa standardima kvalitete u zdravstvenim institucijama; znanja i vještine u području razumijevanja i primjene koordinacije i umrežavanja zdravstvenih institucija, s ciljem pokretanja zajedničkih inicijativa; znanja i vještine za analizu prilika i prijedlog mogućih rješenja; izvršiti financijsku analizu, uključujući i čitanje i analizu finansijskih izvještaja; koristiti statističke analize za prevođenje istraživanja u politike i reforme zdravstvenog sistema; osnovne principe marketinške analize, planiranja programa javnog i privatnog zdravstva; procijeniti finansiranje zdravstvenih ustanova i regulatornih sistema.

Ovi ishodi učenja su bazirani na analizi dokumentacijskog istraživanja, dostupnim studijama (sekundarni podaci), ali i primarnim podacima sakupljenim na terenu (bolnice, domovi zdravlja, apoteke, fondovi na teritoriji Federacije BIH).

Edukacija uključuje pohađanje tri modula. Metoda rada osigurava interakciju predavača i polaznika i obuhvata predavanja (neka predavanja uključuju i gostujuće predavače – stručnjake iz prakse), grupni rad, vježbe, radne zadatke i prezentacije. Ukupni fond sati stručne edukacije je 250 sati. Minimum prisustva predavanjima i drugim formama rada je 80%.

4.1.2. Implementacija zahtjeva SUK-a (ISO 9001:2015)

U organizacijama se javlja potreba za većom kontrolom, povećan radni pritisak, jasnije definisana i specifikovana radna mjesta. Današnje tržište, uz pomoć Interneta, predstavlja sve veći izazov kroz sljedeće pojave: privatne zdravstvene ustanove, kompetitivnost, pronalaženje i zadržavanje kvalitetnog osoblja, postizanje kritične mase, služenje ukupne ekonomije jedne nacionalne države, saradnja sa relevantnim partnerima, kreiranje i implementacija sistema upravljanja kvalitetom, poboljšanje mehanizama za isporuku usluga, obnavljanje novih metoda rada u skladu sa zahtjevima tržišta, korištenje tehnologije za različite isporuke usluge, akreditacija i tako dalje. Zdravstvene institucije ne mogu izvršiti i uskladiti sve ove promjene, već moraju napraviti prioritete u skladu sa svojim organizacionim ciljevima (misija, vizija), a u zavisnosti od stakeholdera kojima odluče posvetiti najviše pažnje i energije. Trendovi tržišta u svijetu ohrabruju sve više organizacija da izvrše reviziju postojećih organizacionog dizajna, stilova menadžmenta i politika zapošljavanja, a sve sa ciljem dostizanja većeg stepena „iskorištenja“ resursa, veće fleksibilnosti, kvalitete i pouzdanosti (Oscar, 2007).

Osnovnim zahtjevom postavlja se sama fleksibilnost organizacije kroz smanjenje broja radne snage (bolje korištenje postojeće), visoku nezaposlenost (uposlenici pristaju na različite oblike zapošljavanja s ciljem zadržavanja radnog odnosa, promjene u filozofiji organizacije (povećana koncentracija na *core* aktivnosti i vještine, sa eksternim servisima); povećana konkurencija itd. Iz svega prethodnog organizacijama se nameću tri osnovne potrebe: da smanje troškove, da se brzo prilagode promjenjivom okruženju i da razvijaju osnovne konkurentske prednosti svake organizacije – ljudske resurse.

U konvencionalnim metodama upravljanja, na menadžment se gledalo kao na privilegiju, dok je sam rad često tretiran kao neophodnost. Ovo razdvajanje menadžera i radnika je sada toliko veliko da zbog nedostatka komunikacije stvara veliki jaz. Sadašnje metode upravljanja zdravstvenim institucijama ohrabruju ljude da uđu u menadžment bez posjedovanja iskustva na obavljanju određenih poslova. Rezultat toga je da rukovodstvo ne razumije šta se dešava unutar organizacije, nema empatije za zaposlenike koji se sukobljavaju sa problemima, te ne mogu prepoznati greške u sistemu ili procedurama. Takve organizacije vrlo brzo gube tržišnu poziciju.

Tabela 13.:Komparativni prikaz tradicionalnog i menadžmenta kvaliteta

TRADIC. MGMT	Org. se posmatraju kao zbir odvojenih visoko specijalizovanih individualnih učesnika i jedinica, povezanih funkcionalnom hijerarhijom. Lateralne veze preko posrednika od vrha prema dole.
	Uposlenici se posmatraju kao zamjenjiva „roba“ koja se uzima prema potrebama organizacije. Ljudi su pasivni kontributori, sa malo ili nikako autonomije koji rade ono što im je rečeno.
	Kvaliteta definisana kao dosljednost u primjeni specifikacija i standarda. Mjeri se prema odsustvu grešaka. Provjera rada uposlenika zbog kontrole grešaka. Inovativnost nije potrebna.
	Funkcionalno upravljanje podrazumijeva pobjednika i gubitnika. Ne može se očekivati od ljudi da surađuju ukoliko isti nemaju ličnog interesa („gdje sam ja tu“).
	Kvalitet podrazumijeva aplikativno znanje samo u proizvodnji
	Menadžeri vode odjele/funkcije/grupe individualaca. Odjeli nisu svjesni činjenice da su međusobno zavisni. Loši rezultati posljedica pojedinih zaposlenika ili odjela.
	Procjena performansi, priznanje i i sistem nagrađivanja postavljaju zaposlenike u interno takmičarsko okruženje. Individualizam nanosi štetu timskom radu.
	Jednom kad organizacija pronađe formulu za uspjeh, stalno je slijedi. Zadatak rukovodstva je da spriječi sve promjene i zadrži status quo.
	Mgmt donosi sve odluke. Jedina područja otvorena za pregovore su plaća, zdravlje i sigurnost.
	Organizacioni organigram promovira usklađivanje sa funkcijama i teži stvaranju konkurencije, konflikata i relacija između funkcija.
	Kontrola unaprijed uspostavljena kroz fleksibilne urneke koji su dati u obliku pravila i procedura.
	Korisnici su van organizacije i posmatraju se kao dio domaćeg tržišta i prodaje.
	Posao menadžera jeste da planiraju za podređene i provjeravaju realizaciju planiranog.
	Motivacija se postiže kroz kontrolu. Ljudi su motivisani da urade ono što se od njih traži da bi izbjegli neuspjehe i kazne. Boje se samovoljno uraditi promjene.
	Konkurencija je neizbježna i inherentna ljudskoj prirodi.
MGMT KVALITETA	Organizacije se posmatraju kao sistem nezavisnih procesa povezanih preko mreže dobavljača i korisnika. Procesi povezani samo misijom i svrhom, kroz hijerarhiju mikro i makro procesa.
	Ovdje uposlenici predstavljaju pravi element konkurentnosti na tržištu. Ljudi su aktivni kontributori, i vrednuju se prema kreativnosti, stvarnom dugoročnom doprinosu. Svaki uposlenik je ovdje proces menadžer, koji aktivno učestvuje u transformaciji ulaznih u izlazne vrijednosti.
	Kvaliteta se definiše u pozitivnom smislu kao proizvod ili usluga iznad trenutnih potreba i očekivanja korisnika. Zahtijeva se inovativnost.
	Lični interes i veće dobro postoje simultano, u skladu sa potrebama korisnika (win-win).
	Kvalitet podrazumijeva aplikativno znanje na svim nivoima organizacije.
	Menadžeri upravljaju međuzavisnim sistemima i procesima i vode kroz participativni menadžment (mentori, facilitatori, inovatori). Rezultati zavise od ukupnog djelovanja sistema.
	Sistem nagrađivanja prepoznaje individualni kao i timski doprinos i jača kooperaciju.
	Okruženje u kojem organizacija posluje se stalno mijenja. Ukoliko organizacija radi ono što je radila u prošlosti njene buduće performanse u odnosu na konkurentske slabe.
	Svaki zaposlenik je partner i akcionar u uspjehu organizacije. Područja partnerstva i saradnje su široka, naročito u smislenom uključivanju uposlenika u procese poboljšanja.
	Formalni i neformalni mehanizmi ohrabruju i pomažu timski rad i timski razvoj unutar cijele org.
	Kontrola se postiže unutar organizacije kroz dijeljenje vrijednosti i uvjerenja, poznavanje misije, svrhe i zahtijeva korisnika tj. kroz afirmativnu organizacionu kulturu.
	Svi unutar organizacije se posmatraju kao korisnici internih i eksternih dobavljača.
	Posao menadžera jeste da upravlja svojim procesom i odnosima sa drugim i da mogućnost podređenim da učestvuju u planiranju i razvoju.
	Menadžeri osiguravaju vodstvo, a ne stalne intervencije unutar poslova podređenih. Podređene smatraju proces menadžerima, ne funkcionalnim specijalistima. Ljudi su motivisani da ostvare značajne doprinose jer vjeruju u važnos. Sistem omogućava da se osjećaju pobjednicima.
	Konkurentno ponašanje – jedna osoba protiv druge, ili jedna grupa protiv druge nije u prirodi čovjeka. Konkurencija je moguća samo u odnosu na okruženje.

Izvor: Bouhaidar, 2011

Problemi razvoja sistema upravljanja kvalitetom unutar organizacije na prvi pogled se ne čine interesantnim za zdravstvene institucije. Međutim, mnogo menadžera i zaposlenika zdravstvenih institucija su već razumjeli da njihove organizacije posluju u okruženju koje zahtijeva kvalitet, performanse i efektivnost. Sistem upravljanja kvalitetom kreira strateški okvir u kojem svaka organizacija može postići maksimum svoje efikasnosti i efektivnosti.

U slučaju zdravstvenih institucija „sistem upravljanja kvalitetom" se može razumjeti kao dio ukupnog sistema upravljanja koji je garancija visokom zadovoljstvu korisnika na najefektivniji način i to posebno za slijedeće funkcije: osiguranje visokog kvaliteta usluge za pacijente, te kreiranje okruženja orijentisanog na stalno poboljšanje procesa i najniži troškovi svih resursa.

Implementacija efektivnost sistema upravljanja u zdravstvu ima nekoliko prednosti:
- povjerenje pacijenata i drugih interesno-uticajnih strana će se povećati;
- nivo upravljanja i realizacije procesa, kao i kvaliteta ponavljanja postupaka će se povećati;
- broj grešaka unutar organizacionih jedinica i broj žalbi pacijenata će se smanjiti;
- sve odgovornosti i nadležnosti su jasno definisani za svaku grupu zaposlenika;
- ukupni izdaci će se smanjiti kao rezultat minimiziranja utroška resursa (nastalih učestalim ponavljanjem grešaka);
- stvoriće se preduslovi za prevenciju potencijalnih problema koji nastaju na radnom mjestu;
- povećat će se efektivnost i kvalitet usluga koje se nude pacijentima i kompetitivnost same zdravstvene ustanove.

Postoje objektivna i subjektivna ograničenja za implementaciju efektivnog sistema upravljanja kvalitetom:
- ukupna koncepcija i strategija zdravstvene njege nije jasno definisana;
- usluge zdravstvene njege zavise od ličnog kvaliteta i odgovornosti zaposlenika i njegovog pristupa pacijentima i njihovim porodicama;
- razlika između mogućnosti povećanja kvaliteta zdravstvene njege i dostupnih resursa je uvijek velika;
- težina razumijevanja jezika i svrhe standarda ISO 9000 većem dijelu uposlenika zdravstvene ustanove;
- nizak nivo znanja vezan za principe i pristupe sistemu upravljanja kvalitetom unutar top menadžmenta;
- manjak aktivnog učešća menadžmenta zdravstvenih usluga u razvoju i implementaciji sistema upravljanja kvalitetom.

Potrebna je dobra volja top menadžera i jaka želja da se izmjeni trenutni status i svrha procesa upravljanja kvalitetom, a što je preduslov za uspješnu implementaciju sistema upravljanja kvalitetom u zdravstvenim ustanovama. Politika i ciljevi kvalitete čine vrh piramide dokumentacije kvalitete, u kojima se mora prepoznati vizija, misija, strategija te obaveze rukovodstva. Pod pojmom politike kvalitete podrazumijevaju se ukupne namjene i opredijeljenost organizacije za kvalitet, kako ih je službeno izrazilo rukovodstvo. Politika kvalitete mora biti usklađena sa ukupnom politikom organizacije i predstavlja okvir za utvrđivanje ciljeva kvalitete. Mora biti dokumentovana i usaglašena sa vizijom organizacije.

Proces oblikovanja politike kvalitete mora izvršiti rukovodstvo organizacije uključivanjem svih zaposlenih. Politika kvalitete bi trebala sadržavati centralnu poruku za ponašanje sa interesnim grupama (Šunje, 2002).

Tabela 14.: Tačke norme ISO u skladu sa zahtjevima (od 4 do7)

Nova norma ISO EN BAS 9001:2015 u sebi sadrži sljedeće zahtjeve:		
0	Uvod	
1	Obim	
2	Normativne reference	
3	Pojmovi i definicije	
4	Kontekst organizacije/ ustanove	
	4.1.	Razumijevanje ustanove i konteksta
	4.2.	Razumijevanje potreba i zahtjeva IU strana
	4.3.	Određivanje obima SUK-a
	4.4.	SUK i njegovi procesi (upravljački, temeljni i procesi podrške)
5	Vodstvo	
	5.1.	Vođenje i opredjeljenje
	5.2.	Politika kvalitete
	5.3.	Organizacione uloge, odgovornosti i ovlaštenja
6	Planiranje	
	6.1.	Analiza i obrada rizika i prilika (gap analiza)
	6.2.	Ciljevi kvalitete i planiranje postizanja ciljeva
	6.3.	Planiranje promjena
7	Podrška	
	7.1.	Resursi (ljudi, infrastruktura, okruženje, organizaciono znanje
	7.2.	Kompetencije
	7.3.	Svijest
	7.4.	Komunikacija
	7.5.	Dokumentovane informacije

Postaje potpuno vidljivo da norma ISO 9001:2015 obuhvata tri osnovna dijela podijeljena na aktivnosti planiranja (od tačke 4. do tačke 7.) i obuhvata čak i dio koji se odnosi na kompetencije kako medicinske (dokazive diplomom i rezultatima), tako i nemedicinske (dokazive drugim načinima mjerenja i evaluacije). Drugi dio (kako će naredna tabela zahtjeva pokazati) odnosi se na implementaciju planiranih i dokumentovanih procesa, prikazanu kroz sedam zahtjeva tačke 8. Cijela tačka 8. norme ISO odnosi se isključivo na implementaciju planiranog.

Tabela 15.: Tačka 8. norme ISO u skladu sa zahtjevima

8	Provedba	
	8.1.	Operativno planiranje i nadzor
	8.2.	Određivanje zahtjeva za usluge
	8.3.	Projektovanje i razvoj proizvoda i usluge
	8.4.	Nadzor vanjskih usluga
	8.5.	Pružanje usluga
	8.6.	Dokumentovanje usluga
	8.7.	Upravljanje neusklađenim procesnim izlazima i uslugama

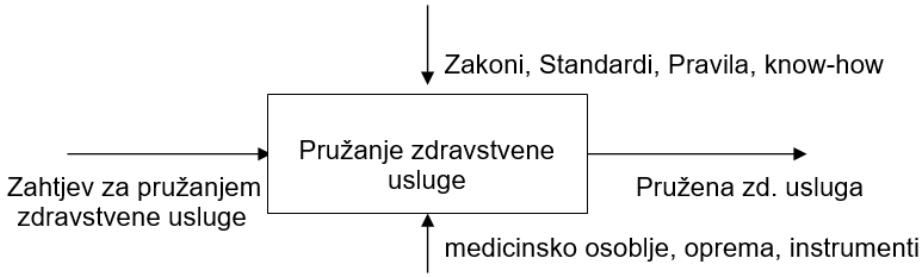
Treći dio obuhvata mjerenje, evaluaciju i poboljšanja kroz dvije tačke norme 9. i 10. S tim da se broj 9. odnosi na vrednovanje performansi a tačka 10. na poboljšanja koja onda iz takvih mjerenja trebaju slijediti. Tačka norme 9. sastoji se od tri osnovna zahtjeva, kao i tačka 10. Na ustanovi je da izabere dostupne alate za ispunjavanje zahtjeva svake pojedinačne tačke, jer isti nisu propisani normom.

Tabela 16.: Tačke 9. i 10. norme ISO u skladu sa zahtjevima

9	Vrednovanje performansi	
	9.1.	Nadzor, mjerenje, analiza i vrednovanje
	9.2.	Interni audit/ revizija (cijele ustanove- ne samo finansijskog dijela)
	9.3.	Upravina ocjena (izvještaj o radu cijele institucije koju podnosi top menadžment)
10	Poboljšanja	
	10.1	Uopšteno (vrste pristupa poboljšavanju na ustanovi)
	10.2.	Neusklađenosti i korektivne radnje
	10.3.	Trajna poboljšanja

Model na kojem se temelji norma ISO 9001:2015 uključuje i EFQM dinamički model, koji je takođe procesni model. Proces je skup uzajamno povezanih ili međusobno zavisnih radnji gdje se u procesu transformacije ulazne veličine (inputi) pretvaraju u izlazne rezultate (output). Pod procesom se podrazumijeva zajedničko djelovanje ljudi, materijala, postupaka i mašina s krajnjim ciljem pružanja kvalitetne usluge. Ulazne i izlazne veličine moraju biti mjerljive. Ukupan proces organizacije počinje i završava kod klijenta. Svaka organizacija mora definisati vlastite procese da bi se kreiralo jedinstveno shvatanje i razumijevanje organizacije od strane svih IU grupa. Kod analize procesa radi se o sistemskim analizama tokova (Melo& Beck, 2014).

Ciljevi analize procesa u organizaciji za razliku od analize organizacione strukture su izvršeni zadaci i poslovi sve do definisanja vrijednosti za korisnike. Proces je nastavak stalnih aktivnosti koje se događaju s mjerljivim inputom, mjerljivom dodatnom vrijednošću i mjerljivim outputom. Postoje razni alati za predstavljanje procesa (procesni model, blok dijagram, dijagram funkcija, dijagram stabla itd). Organizacija bira sama koje alate će koristiti. Koncepcija i uspostavljanje sistema zasniva se na rezultatima provedene analize.



Slika 11.: Dekompozicija temeljnog procesa zdravstvene ustanove tercijarnog nivoa

Prilikom uspostavljanja sistema upravljanja kvalitetom mogu se razlikovati dva osnovna pristupa (Injac, 2002): 1. Funkcionalni pristup (jaka orijentacija prema strukturi i funkcijama organizacije) i 2. Procesno orijentisani pristup (orijentisan na tokove i procese organizacije).

Pored funkcionalnog pristupa postoje drugi pristupi u vezi sa orijentacijom sistema upravljanja kvalitetom prema zahtjevima organizacije. Procesi upravljanja i pomoćni procesi prate poslovne procese i stvaraju neophodan okvir za efektivan i efikasan rad organizacije. Koncept procesa može se proširiti sa odnosa korisnik/dobavljač u organizaciji na lanac povećanja vrijednosti. Planiranje procesa sadrži identifikaciju, dimenzioniranje i kreiranje procesa. Kritični faktori uspjeha predstavljaju snagu organizacije koja je neophodna za opstanak na tržištu. Mogući problemi u organizaciji nastaju zbog nedefinisane odgovornosti za procese.

Za ukupan proces rada ustanove odgovornost snosi rukovodstvo/ top menadžment. Ono imenuje nadležne za poslovne procese i potprocese. Između pojedinačnih procesa stvaranja novih vrijednosti, procesa upravljanja resursima, procesa podrške moraju se utvrditi međusobna djelovanja i zavisnosti. Procesi se mogu odvijati paralelno, sukcesivno (gdje je output jednog procesa input slijedećeg). Slikovita percepcija procesa u organizaciji doprinosi boljem razumijevanju procesno orijentisanog sistema kvalitete (Oskar, 2007). U dijelu 4.2. detaljno će biti predstavljene veze zahtjeva ISO norme sa funkcijama strateškog menadžmenta.

4.1.3. Implementacija zahtjeva DM modela

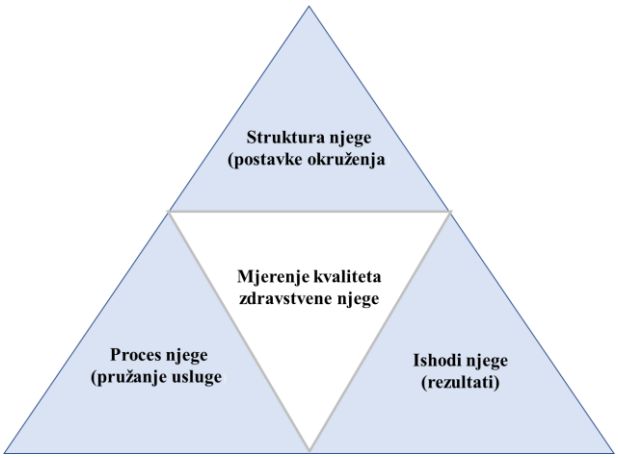
Donabedijanov model procjene kvaliteta zdravstvene zaštite mjeri razliku između očekivanog i stvarnog efekta ljudskog zdravlja, kako bi se identifikovale praznine u sistemu zdravstvene zaštite, što bi poslužilo kao polazna tačka za aktivnosti na poboljšanju kvaliteta. Kvalitet zdravstvene zaštite može se definisati kao stepen do kojeg zdravstvene usluge za pojedince i stanovništvo povećavaju vjerovatnoću željenih zdravstvenih ishoda npr. Gaynor, 2007; Schuster et al., 2005 (Bayile et al. 2020).

Prema Bruhnu (2013), procjena ishoda procesa liječenja je u fokusu dimenzije kvaliteta ishoda. Zolondz (2011) se slaže sa ovim mišljenjem i objašnjava da ova perspektiva određuje razliku između opisanih i stvarno ostvarenih ciljeva. Na ovom mjestu Hensen (2016) dodaje da se mjerenje kvaliteta ishoda kroz objektivne promjene, kao što je poboljšanje zdravlja, ali i kroz subjektivne kriterijume, kao što je ispitivanje zadovoljstva pacijenata, može prikazati. Veigert (2004) formuliše kvalitet ishoda kao rezultat cjelokupnog ugovora o njezi, podršci i snabdijevanju (Eder, 2018).

Mjerenje se široko koristi u studijama kvaliteta zdravstvene zaštite, povezuje usluge zdravstvene zaštite sa željenim zdravstvenim ishodima i fokusira se na jaz između trenutne i željene prakse (Counte, 2007; Crow et al., 2002; Poon et al., 2010). Zdravstveni sistem treba da teži poboljšanju u šest oblasti ili dimenzija kvaliteta koje su efikasne, efikasne, dostupne i blagovremene, prihvatljive/usmjerene na pacijenta, pravične i bezbjedne (Poon et al, 2010; Naidu, 2009). Postoji više pristupa mjerenju kvaliteta njege (Faezipour i Ferreira 2003; King, 2011). Donabedian smatra da se može procijeniti da li se pruža visokokvalitetna njega ispitivanjem strukture okruženja u kojem se njega pruža, mjerenjem stvarnog procesa njege i procjenom ishoda njege (Tunçalp et al., 2015, Berwick i Fox, 2016).

Royal College of Surgeons Engleske koristi adaptirani DM model za prikaz mjerenja kvaliteta zdravstvene njege kao centralnog dijela piramide, naglašavajući na taj način da se fokusiranjem na samo jedan od tri faktora iz vida gubi cjelina kvaliteta (slika 12.).

Jedan od teoretskih modela sistema kvaliteta (Kunkel et al. 2007) inspirisan Donabedijanovim izučavanjem kvaliteta kao koncepta pokazuje međuodnose tri glavna aspekta modela. Pretpostavka modela sistema kvaliteta je da se povećanim ulaganjima u strukturu (vrijeme, novac), uz pozitivnije stavove prema procesu (aktivnostima koje se provode u smjeru poboljšanja kvaliteta) može doći do redovnije i obuhvatnije evaluacije postizanja ciljeva vezanih za kvalitet.



Slika 12.: Adaptirani DM model kvaliteta (Cullen, 2018)

U kontekstu odnosa kvaliteta i sistema kvaliteta, ovo djelimično odstupa od Donabedijanovog pogleda međuodnosa tri faktora, odnosno mišljenja da je teško prikazati različite veze između faktora. Kunkel, Rosenqvist i Westerling (2007) u svojoj studiji dokazuju da veze između strukture, procesa i rezultata, pretpostavljene od Donabedijana u kontekstu kvaliteta, postoje i u kontekstu sistema kvaliteta. Npr. korištenjem kliničkih smjernica, nagrada za dobre prakse, timskim obukama ili sl. moguće je unaprijediti pojedinačne faktore, što u konačnom dovodi do poboljšanja efektivnosti i efikasnosti unutar sistema kvalitete (Kunkel et al. 2007). Jednostavnost i intuitivna ubjedljivost S-P-O pristupa doprinijela je opštem prihvaćanju, ali i čestom nerazumijevanju pristupa (Donabedian, 2003). Problem predloženog modela sistema kvaliteta je u tome što dovoljno ne uzima u obzir faktore izvan kontrole medicinskog osoblja, kao što su ponašanje pacijenta i njegovo opšte zdravstveno stanje, nedovoljno pridržavanje medicinske terapije i protokola liječenja, očekivano trajanje života, druge komorbiditete i slične slučajeve, što je Donabedijan nagovijestio kao mogućnost u svojim izlaganjima.

Autori van der Bijn i Broekhuis (2000) predlažu kreiranje prilagođenih sistema kvaliteta za različite procese zdravstvene njege u organizacijama, kako bi procesi i organizacije bili uspješniji. Posmatraju vezu između razvoja izgradnje sistema kvaliteta i nivoa razvoja organizacije, te kompleksnosti pružanja usluge (u smislu mogućnosti predviđanja procesa liječenja). Ovaj pristup fokusira se na neophodnost razlikovanja sistema kvalitete u menjim, jednostavnijim organizacijama sa jednostavnijom uslugom i organizacija visoke kompleksnosti koje zahtijevaju viši nivo učešća pacijenta u izliječenju, timsku njegu multidisciplinarnog tima u nepredvidivom procesu pružanja zdravstvene njege. Svjetska zdravstvena organizacija 1998. godine na bazi Donabedijanovog S-P-O modela definiše indikatore kvaliteta zdravstvene njege (tabela 17.), koji u određenoj mjeri operacionalizuju njegov pretpostavljeni teoretski model.

Tabela 17.: Indikatori kvaliteta zdravstvene njege

Indikatori strukture	Indikatori procesa	Indikatori rezultata/ishoda
Finansijski resursi	Preventivna njega	Zdravstveno stanje
Osoblje	Dijagnoze	Ishodi isporučene i preventivne njege
Oprema	Terapeutska njega	Dobrobit pacijenta
Objekti	Rehabilitacija	Zadovoljstvo pacijenta
Informacioni sistemi	Informacije i upute pacijentu	Dobra upotreba resursa

Izvor: El Haj, 2013

Kao i u predloženom modelu Kunkela *et al*, mogla bi se iznijeti zamjerka na ovaj model u vezi sa nedovoljnom posvećenosti istraživanju međuodnosa između tri aspekta. Djelimično, ovaj problem se „mimikriše“ klasičnim primjerom indikatora „informacioni sistemi“. Ovako predstavljen model dodatno doprinosi shvatanju tri aspekta kao tri odvojena „bloka“, posebno jer čak isključuje i procesnu (S→P→O) odliku originalnog modela (a koju ostali na procesima bazirani teoretski sistemi kvaliteta predloženi od van der Bijna i Broekhuisa ili Royal College of Surgeons Engleske na različite načine uvažavaju). Pojmovni aparat kojim se služi sam Donabedian može se označiti u većoj mjeri usklađenim sa evolucijom koncepta kvaliteta. U ranijim fazama koristi pojmove vezane za ocjenu, zatim osiguranje, kao i "poboljšanje" i "kontinuirano poboljšanje". U određenju aktivnosti područja monitoringa, DM model posuđuje Ishikawine „krugove kvalitete“ i „timove za unapređenje kvaliteta“ kao načine unapređenja ustanovljenih nedostataka i grešaka. U svojoj posljednjoj knjizi, objavljenoj 2003. godine navodi „upravljanje kvalitetom“ kao alternativni termin (Donabedian, 2003) kojim se bolje pojašnjava menadžerski nadzor nad sistemom, ali i negativno indicira da možda postoji nekoliko nivoa kvaliteta u zavisnosti od cijene. Pristup kvaliteti u kasnijem periodu će se razvijati u smjeru upravljanja, a sve više će se napuštati raniji koncept osiguranja kvalitete. Ne osporavajući nove modele upravljanja (TQM koji je bio popularan u tom periodu), Donabedian insistira na značaju osiguranja kvaliteta vezano za performanse praktičara (doktora, pomoćnog medicinskog osoblja) pri pružanju njege pacijentima.

Izlaganja su u velikoj mjeri su vezana za "koncept kvaliteta", za koji autor smatra da može biti "prilično precizno" definisan, te praćen na osnovu definisanih mjera. Iako se bavi brojnim elementima koji ustvari konstituišu sistem, autor izbjegava ući u područje definisanja sistema kvalitete. Ovakva tendencija u velikoj mjeri ostaje na tragu ranih pogleda na kvalitet kao "neuhvatljiv" i kao "ono što se osjeti", te osjećaja da se pokušajima kreiranja sistema kvalitet ustvari „zarobljava“. Poistovjećivanje sistema zdravstvene zaštite sa tržišnim sistemom Donabedian odbacuje insistiranjem na korištenju termina "pacijent" nasuprot terminima "klijent", "korisnik",te viđenjem zdravstvenog sistema kao društvenog organizma (Donabedian, 2003, op.cit). Ukoliko se ovakvi pogledi povežu sa insistiranjem na konceptu, a ne sistemu kvaliteta, a uprkos intenzivnom korištenju jezičkog instrumentarija koji se veže za menadžersku profesiju i organizacione nauke, čini se da autor ipak pretežno zastupa pozicije zaštite oblasti zdravstva od odlučujućih uticaja menadžerijalizma.

DM inspirisao je i kasnije uvođenje ocjene kvaliteta (*Quality Assessment*), osiguranja kvaliteta (*Quality Assurance*), te TQM u oblasti zdravstva. Kao i u oblasti kvaliteta uopšte, dolazilo je smjena modela, od procjene preko osiguranja prema upravljanju kvalitetom (*Quality Management*). Kvalitet zdravstvene njege postaje centalno pitanje koje preokupira medicinsku struku i same pacijente kao korisnike usluga. TQM je primjenjen u brojnim zdravstvenim institucijama, te je prema studijama donio značajne uštede i poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite (Larson&Muller, 2002, op.cit). Pogledi na kvalitet početkom 21. vijeka mijenjaju se na način da se, pored fokusa na proces, ishode liječenja i pacijenta kao centra pažnje, počinju uvažavati zahtjevi šireg društveno-ekonomskog sistema u kojem se zdravstvena njega pruža (DesHarnais, 2006). Sistem kvaliteta u zdravstvenog sektoru mora osigurati kvalitet za klijente, stručnjake i društvo, tj. mora ispunjavati društvene i etičke norme i vrijednosti datog društva (Van der Bijn, 2000). Ova izmjena perspektive koincidira sa fazom razvoja strateškog menadžmenta baziranoj na stejkholderskom pristupu.

Pored nesumnjivog globalnog uticaja DM modela, te činjenice da je poslužio kao početna osnova za kreiranje drugih kasnijih modela, potrebno je naznačiti i **kritike pristupa i probleme** koje se pojavljuju u nastojanjima implementacije na temelju modela. Autor u okviru razmatranja rezultata ili ishoda kao dijela kvalitete naglašava problem *atribucije rezultata* (Donabedian, 2003, op.cit), bilo da su pozitivni ili negativni, jer su u direktnoj zavisnosti od drugih faktora, a primarno od zdravstvenog stanja pacijenta. *Izazovi monitoringa* koji proističu iz neusaglašenosti indikatora, obuhvata monitoringa i evaluacije (fokus na zdravstveni sistem, organizaciju, odjel, proces, ili individualnu uspješnost), te kompleksnih postupaka prikupljanja podataka predstavljaju važan aspekt.

Pregled kliničkih ishoda je jedna o najčešće korištenih evaluacija kvalitete, kao i perioperativni mortalitet. Dvojba koja se pojavljuje prilikom izvještavanja ali i evaluacije ishoda odnosi se na nivo na koji je sama evaluacija usmjerena, odnosno da li na nivo npr. hirurga ili hirurške jedinice (Cullen, 2018). Dodatno, ocjena ishoda kliničke intervencije nalazi se i pod uticajem drugih faktora na koje doktori ne mogu uticati, kao što je brz pristup bolnici (primjer tzv. *zlatnog sata* u kardiologiji i kardiohirurgiji). Primjeri ostalih ishoda su mortalitet, dužina bolničkog liječenja, ponovni prijem pacijenata, neplanirane ponovljene operacije, ali i drugi, teže mjerljivi indikatori dugoročnih ishoda, posljedica, komplikacija koje ne dovode do trenutne smrti ili smrti u kraćem roku (noviji primjer ovakvih ishoda svakako je sindrom tzv. dugotrajnog Covida koji stručnjaci izučavaju u kontekstu dugotrajnih posljedica prebolovane infekcije virusom Covid-19). Pomjeranje sa audita fokusiranih samo na ishode na evaluacije koje u analizama koriste više različitih kombinovanih indikatora pomenutih u tekstu predstavlja novije trendove koji omogućavaju obuhvatniji i detaljniji uvid u nivo kvalitete.

Upotreba kliničkih proba ne može upotpuniti mjerenje i evidenciju procesa i može se koristiti samo djelimično jer se rezultati proba ne mogu u potpunosti odnositi na grupu kojoj je proces liječenja namijenjen. *Mjerenje rezultata/ishoda* smatra se „zlatnim standardom“ pri mjerenju kvaliteta zdravstvene njege (Cullen, 2018). Problem u smislu orijentacije pri mjerenju rezultata po indikatorima predstavlja pretežna fokusiranost na negativne ishode (smrtnost, komplikacije) na račun pozitivnih (poboljšanje kvaliteta života, produžen životni vijek pacijenta, povratak na posao u određenom periodu, manje akutnih epizoda). *Mjerenje dugoročnog impakta* procesa izliječenja (ne samo ishoda odmah nakon otpuštanja pacijenta) predstavlja izazov u smislu kreiranja sistema monitoringa i evaluacije zdravstvene njege i zdravstvenog sistema uopšte. Da bi se adekvatno izmjerili rezultati u dugom roku i impakt zdravstvenog sistema na zdravlje pojedinca ili određene grupe (starosne, pacijenti sa određenim bolestima ili stanjima), potrebno je planirati i provoditi periodični (tromjesečni, polugodišnji, godišnji, višegodišnji) monitoring i evaluaciju podataka, po indikatorima prilagođenim specifičnostima stanja posmatrane grupe. Kao i u drugim oblastima razvoja društva, mjerenje impakta intervencije ili sistema predstavlja veoma značajan segment u spoznaji efekata provedenih planova i aktivnosti.

U isto vrijeme, ovo područje je prepoznato kao veoma kompleksno područje koje treba prikupljene podatke analizirati veoma pažljivo i uz potpuno uvažavanje konteksta društva, specifičnosti sistema i organizacije, te vrste pružene usluge ili pomoći. Analize i preporuke evaluacija impakta obično služe za dugoročno planiranje novih intervencija i programa razvoja, te se ove implikacije na razvojno planiranje trebaju uzeti u obzir prilikom implementacije evaluacije impakta.

Najvažniji problem u kontekstu veza Donabedijanovog modela (DM) i sistema kvaliteta baziranih na njemu predstavlja činjenica da ti sistemi ne obuhvataju cjelokupnost kvalitete u zdravstvu. Prema riječima samog autora, S-P-O model je razvijen za procjenu kliničke prakse (!), te ako se evaluiraju aktivnosti koje ne spadaju pod kliničku praksu, model može imati skromne rezultate ili čak ne funkcionisati (Donabedian, 2003). Ovo pokazuje nelogičnosti baziranja ukupnog sistema kvaliteta na Donabedijanovom S-P-O modelu[23], obzirom da sistemi kvaliteta u modernom zdravstvu uključuju mnogo širi prostor od isključivo kliničke prakse.

4.2. Faze modela: veze i uticaji

U ovom dijelu rada će biti prikazani dijelovi nezavisnih podvarijabli i njihova direktna veza sa funkcijama strateškog menadžmenta. Dio koji se odnosi na kontinuiranu profesionalnu edukaciju vezanu za „menadžment u zdravstvu“, a ne „zdravstveni menadžment“ (kako je kasnije preimenovan i direktno povezan isključivo sa upravljanjem zdravstvenom uslugom, ali ne i organizacijom), temelji se na funkcijama i zahtjevima strateškog menadžmenta, ali i zahtjeva tačaka norme ISO. Veze će biti predstavljene kroz rezultate analize svih područja koja moraju biti usvojena kako bi se pravilno upravljalo zdravstvenom ustanovom na sva tri nivoa tj. procesa (upravljački, temeljni i podrške).

4.2.1. Povezanost KPE i funkcija strateškog menadžmenta

U uslovima globalizacije i internacionalizacije svih usluga, pa tako i zdravstvenih, pitanje upravljanja organizacijama postaje sve komplikovanije. Menadžeri se suočavaju sa novim situacijama koje zahtijevaju primjenu savremenih metoda, organizacionih oblika i procesa u upravljanju. Kao rezultat ovih izazova, lične i profesionalne vještine menadžera moraju se mijenjati i razvijati. Izuzetno složene zdravstvene organizacije po svojoj strukturi i organizaciji djeluju u poslovnom okruženju koje se stalno mijenja, a takva situacija podrazumijeva i zahtijeva složen i zahtjevan zdravstveni menadžment, koji je najčešće prihvaćen termin u zdravstvu. Međutim, ukoliko se zamijeni sintagmom menadžment ili upravljanje u zdravstvu ima nešto drugačije značenje. Upravo iz razloga jer u Evropi većinu direktora zdravstvenih ustanove čine upravo doktori, a ponekad (Velika Britanija, Njemačka - pretežno privatne zdravstvene ustanove) postoji i dvojna funkcija direktora (medicinski proces/ poslovni procesi) koju obavljaju dvije osobe.

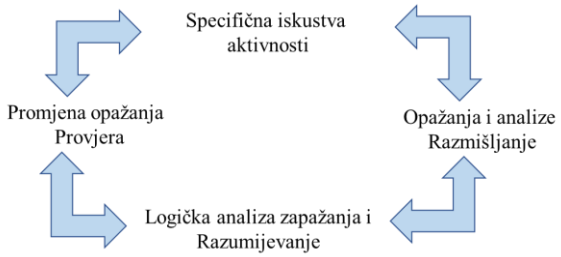
U cilju izgrađivanja modela upravljanja čiji se kvalitet temelji na DM modelu, preuzet je naziv zdravstveni menadžment, što u osnovi obavezuje top menadžment zdravstvene usluge da svoj kvalitet rada dokazuju isključivo u području pružanja zdravstvenih usluga i sa njima povezanih indikatora. Kako bi na kompetentan način upravljali zdravstvenim organizacijama, zdravstveni menadžeri moraju posjedovati različite menadžerske vještine i poznavati probleme u zdravstvenoj zaštiti.

[23] S aspekta procesne orijentacije, DM proces vidi samo iz ograničene perspektive pružanja usluge zdravstvene njege, dok npr. ISO proces posmatra u puno šire, procesne perspektive, te uključuje sve ključne procese unutar organizacije (u slučaju zdravstvenih organizacija najčešće pružanje zdravstvenih usluga), interakcije među samim procesima kao i sa procesima podrške i upravljačkim procesima.

Istraživanje, identifikacija, analiza i procjena potreba za obrazovanjem i obukom iz zdravstvenog menadžmenta osnovni su preduslovi za razvoj i implementaciju adekvatnih programa koji će zadovoljiti te potrebe. Potreba za poznavanjem pojedinih oblasti u zdravstvenom menadžmentu, kao i potreba za ovladavanjem konkretnim menadžerskim kompetencijama prepoznata je kao prioritetna za dodatno unapređenje i nadogradnju (Slipičević & Mašić, 2012). Od zdravstvenih menadžera na svim nivoima zahtijeva se obavljanje složenih menadžerskih odgovornosti, kako u novim modelima pružanja zdravstvene zaštite tako i u tradicionalnim bolničkim ustanovama, imajući u vidu da stare granice između administrativnog i medicinskog menadžmenta polako nestaju. U većini ustanova mali broj zdravstvenih menadžera smatra da su kroz formalno obrazovanje adekvatno pripremljeni za karijeru kompetentnog zdravstvenog menadžera (Shortell & Kalyzny, 2000).

Modeli i programi se koriste za razvoj ličnih i profesionalnih vještina. Mnogi programi koji unapređuju rad menadžera zasnivaju se na primjeni specifičnih teorija upravljanja. Diskusija o pitanjima razvoja ličnih i profesionalnih vještina započela je u prvoj polovini 20. vijeka. Na osnovu ovakvih istraživanja kreirano je više modela organizacije profesionalne edukacije u kojima se razvijaju menadžerska znanja i vještine, potrebne menadžerima u različitim oblastima kojima se bave. Najčešće korišteni su: Kolbov model četiri razvojne faze, Stattov model pet razvojnih faza i Whetten i Cameronov model koji primjenjuje teoriju društvenih nauka (Zuperkiene, 2008). Glavni nedostatak ovih i drugih dobro poznatih modela je činjenica da su nepotpuno procijenili složenost i sofisticirani karakter procesa razvoja.

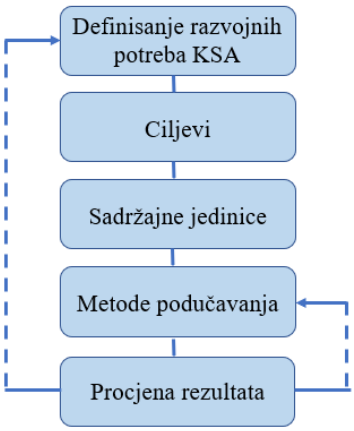
Jedan od ranijih modela je razvojni ciklus koji je ponudio Kolb. Prema Kolbu (1992), četiri faze se mogu definisati u uspješnom procesu razvoja (slika 13.)



Slika 13: Kolbeov model učenja (Kolb, 1992)

Upravo na ovom modelu su Slipičević i Mašić (2012) kreirali holistički model svih menadžerskih vještina i kompetencija koji se mogu koristiti na postojećim menadžerskim pozicijama i podijelili ih na osnovna četiri dijela: interpersonalne, informacione, analitičke i akcione vještine.

Radna grupa na području FBiH počela je sa istraživanjem i ocjenjivanjem upravljačkog procesa na zdravstvenim ustanovama u FBiH (18 ustanova od 2011.- 2012. godine). Tu su primjećeni veliki nedostaci u znanju imenovanih menadžera (iz reda medicinskog osoblja) iz područja menadžmenta u zdravstvu. Federalno ministarstvo za zdravstvo je okupilo radnu grupu od pet predstavnika (EFSA UNSA – kandidatkinja članica grupe, Centar za zdravstveni menadžment i predstavnici FMZ), koji su kreirali radni program kontinuirane profesionalne edukacije u menadžmentu u zdravstvu (nakon 2014. godine su izvršene izmjene naziva i usvojen je naziv zdravstveni menadžment i dodate posebne oblasti iz biomedicine i farmakologije).



Slika 14: Metodologija izrade KPE

Kreiranje programa profesionalnog usavršavanja, naročito vezanog za znanje i vještine u području upravljanja zdravstvenom ustanovom primarnog, sekundarnog ili tercijarnog nivoa mora biti temeljeno na analizi postojeće situacije zdravstvenog sistema. Nažalost, koliko god univerzalna znanja i vještine bile u području menadžmenta i strateškog menadžmenta, svaka zemlja ima svoje posebnosti unutar sistema.

Nakon obilaska primarnih, sekundarnih, tercijarnih zdravstvenih ustanova, te zavoda i fondova, metodologijom prikazanom na slici 14. kreiran je nastavni plan i program područja koja su bila deficitarna. Zajedničke teme koje se nalaze unutar KPE programa, specijalističkih studija i master programa koje se odnose na menadžment u zdravstvu, jesu komunikacija, menadžment, strateški menadžment, finansije i računovodstvo, ekonomika zdravstva i zdravstveno osiguranje, HRM, upravljanje rizicima, te SUK u zdravstvenim ustanovama.

Ključna, gore navedena područja uz određene izborne predmete, tj. tematske cjeline pretežno obuhvataju svi programi, temeljeni na analizi trenutne situacije u zdravstvenim sistemima. U skladu sa analizom dostavljenih i pronađenih nastavnih planova i programa u okviru međunarodne KPE edukacije, određena su prioritetna područja iz strateškog menadžmenta koje su polaznici slušali i polagali na studiji slučaja. Dakle, KPE se sastojao od tri nivoa sa sljedećim područjima silabusa: kontekst ustanove, vizija, misija, vrijednosti, principi, skeniranje i analize okruženja (strateško planiranje); Kreiranje i (re)definisanje strategije, ciljeva (strateških i operativnih), resursa, planova aktivnosti sa vremenskom odrednicom, zatim implementacija aktivnosti unutar strateškog i operativnih planova (praćenje i prekretnice na čvorištima). Nakon i za vrijeme implementacije vrši se usmjeravanje aktivnosti monitoringa, mjerenja i evaluacija rada - procesni model i korištenje rezultata mjerenja izlaznih procesa. Unutar područja strateškog menadžmenta izučavale su se i poboljšanja u radu ustanove unutar procesnog modela (sva tri procesa: upravljački, temeljni, podrške). Izučavano je i liderstvo kroz komunikaciju, kulturalnu osjetljivost i prilagodljivost, autentični angažman, saradnju i jednakost.

Unutar KPE programa učestvovali su univerzitetski profesori iz područja menadžmenta, ali i predavači iz prakse, koji su se godinama bavili primjenom strateškog menadžmenta i njegovih funkcija u području zdravstvenog sektora. Ukupnost znanja se procjenjivala na svakom stepenu pojedinačno putem ispita, testova i studija slučajeva, ali na trećem, naprednom nivou svi polaznici su bili dužni predati završni rad sa studijom slučaja, gdje uviđaju nedostatke u upravljanju ustanovom kroz funkcije strateškog menadžmenta i kvalitete. Liderske vještine su bile obuhvaćene temama kao što su komunikacija, rad u timovima, pregovaranja, održavanje sastanaka i sl.

Tabela 18.: Komparativni prikaz elemenata KPE i zahtjeva funkcija SM-a (autor)

	Planiranje razvoja strategije	Posmatranje i analiza okoline	Razmatranje rizika i aplikacije	Analiza vrijednosti i principa	Formulisanje misije	Modelisanje strategije	Analiza performansi	Analiza premošćenja	Kreiranje ciljeva	Integrisanje plana aktivnosti	Situaciono planiranje	Implementacija	Mjerenje i evaluacija	Poboljšanja
Presjek znanja i vještina u SM	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kontekst ustanove, vizija, misija, vrijednosti,principi, skeniranje i analize okruženja	x	x	x	x	x									
Kreiranje i (re)definisanje strategije, ciljeva (strateških i operativnih), resursa, planova aktivnosti sa vremenskom odrednicom				x	x	x	x							
Implementacija aktivnosti unutar strateškog i operativnih planova (praćenje i prekretnice na čvorištima).										x	x	x		
Usmjeravanje aktivnosti monitoringa, mjerenja i evaluacija rada- procesni model i korištenje rezultata mjerenja izlaznih procesa.													x	x
Poboljšanja u radu ustanove unutar procesnog modela (sva tri procesa: upravljački, temeljni, podrške).														x
Liderska komunikacija, kulturalna osjetljivost i prilagodljivost, autentični angažman, saradnja i jednakost.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

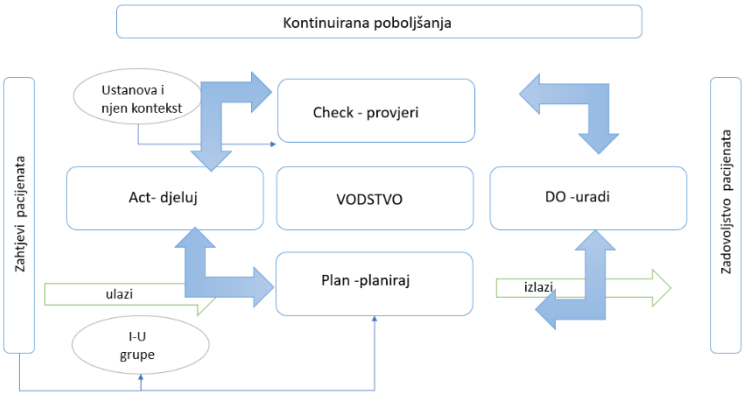
Nakon što su programske cjeline kreirane i polaznici uspješno slušali (min 80% prisutnost) i polagali nivoe KPE programa (ispiti i završni rad), sticali su sertifikat o osposobljenosti za upravljanje zdravstvenom ustanovom, što je ujedno bila i njihova zakonska obaveza - maksimalno 1 godinu nakon stupanja na funkciju (ukoliko su tu zatečeni) ili od 2013. godine obavezan sertifikat za prijavu na konkurs za izbor top menadžera. Na tabeli 18. kreiran je pregled tematskih jedinica koje su polaznici uspješno slušali i polagali i one su upoređene sa zahtjevima norme ISO 9001:2015, gdje se vidi da su sva menadžerska znanja bila obuhvaćena predloženim i implementiranim KPE programom. U dijelu 5.2. pod naslovom *Prikaz i analiza* rezultata biće predstavljeni rezultati usvojenih znanja i vještina polaznika (populacija od 89 menadžera, analiza dostupna za 59 ispitanika), namjernim kvotnim uzorkom, uz pomoć upitnika kreiranih kroz KSA metodologiju.

4.2.2. Povezanost SUK-a i funkcija strateškog menadžmenta

Direktna veza između funkcija strateškog menadžmenta i zahtjeva tačke norme ISO EN BAS 9001:2015 nalazi se u njenim tačkama od 4. do tačke broj 10. sa svim podzahtjevima koje ona postavlja pred ustanove. Naravno, prije same implementacije zahtjeva norme ISO, neophodno je procijeniti situaciju i napraviti potrebne analize same ustanove, bilo da se radi o implementaciji zahtjeva na cijelu ustanovu, jedan ili više procesa ili usluga. Budući da su zdravstvene ustanove veoma kompleksne organizacije za upravljanje (a nerijetko i veoma glomazne po pitanju broja uposlenika), zdravstvenim ustanovama se uvijek preporučuje, iako dugoročnije, implementacija SUK-a na cijelu ustanovu. Organizacije obično smatraju da je implementacija zahtjeva ISO norme za SUK 9001:2015 veoma skupa i zahtjevna, jer tu uračunavaju troškove same sertifikacije, koje za poboljšanje rada ustanove, nije ni potrebna. Dakle, ustanova može primijeniti sve zahtjeve norme, time ispuniti i sve dijelove koji se odnose na funkcije strateškog menadžmenta i edukacije, a da pri tome ne moraju biti podložne sertifikaciji ustanove (po želji i dostupnim resursima).

Upravo iz razloga potrebnih „stručnjaka“ za implementaciju zahtjeva norme, te posljedično provođenje vanjskog audita/ revizije i plaćanje sertifikacije je možda jedan od razloga zašto zdravstvene ustanove izbjegavaju ulazak u proces implementacije zahtjeva norme. Jedan od problema koji se pokazuje je i nesrazmjer znanja menadžera kvalitete (menadžerska znanja) i zdravstvenih radnika (medicinska znanja) sa druge strane. Kada se detaljnije pogledaju zahtjevi norme dolazi se do zaključka, da u osnovi svi postavljeni zahtjevi se traže od top menadžmenta kako javnih, tako i privatnih zdravstvenih ustanova.

Ključne karakteristike ISO 9001:2015 leže upravo na njegovom modelu **procesne orijentacije**, nakon velike revizije norme koja se desila 2000. godine. Ovim pristupom procesna orijentacija zahtijeva i promoviše osnovno razumijevanje procesno-bazirane organizacione strukture, te bolje uvide u operativne procese i odgovornosti. U slučaju kada je riječ o velikim zdravstvenim ustanovama (primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa) koje nude veliki broj zdravstvenih usluga, ali i ostalih, veoma je važan detaljan, a pregledan uvid u rad svih uposlenih. Pomoću procesne orijentacije, top menadžment dobiva jasan uvid u obuhvat i procese koje se odvijaju na ustanovi, bez velike obimne dokumentacije i detalja.



Slika 15.: PDCA krug (Hinsch, 2016, prom. prev.)

S druge strane zaposlenicima postaje mnogo jasnije gdje je izlaz iz njihovog procesa i koje rezultate moraju postići kako bi ulaz u sljedeći proces bio adekvatan i optimalan. ISO norma za sistem upravljanja kvalitetom zahtjeva i implementaciju Demingovog kruga PDCA (planiraj, uradi, provjeri i djeluj).

Procesna orijentacija je vidljiva i u obaveznom zahtjevu za procesnom mapom s ciljem dobivanja ukupnog obima i pregleda nad organizacijom i njenim temeljnim procesima. Mapa procesa čini obaveznu dokumentaciju SUK-a. Na drugom nivou (nivo pojedinačnih procesa) koriste se dijagrami toka ili drugi alati. Procedure i aktivnosti su optički podijeljene i jednostavnije ih je identifikovati.

U upravljačke procese spada: pravna legislativa, standardi, zakoni, podzakonska akta, top menadžment, IKT, sistem upravljanja kvalitetom i odnosi sa javnošću. U temeljne procese spadaju: medicinske usluge, medicinsko osoblje (ljekari i sestre), pacijenti (koji moraju biti posmatrani kao dio unutrašnjih i vanjskih interesnih grupa). U procese podrške spadaju sve stručne službe, te infrastruktura.

Orijentacija na korisnika (pacijenta) je osnovna karakteristika ne samo poslovnih pristupa, već naročito zdravstvenih sistema. Veoma je važan dio koji se odnosi na povjerenje i zadovoljstvo pacijenata, budući da u zavisnosti od bolesti koju pojedinac ima, ljekar mu ne može garantovati izlječenje. Upravo iz tog razloga je važno dobro i transparentno upravljanje zdravstvenom ustanovom. Ukoliko pacijent ne razvije povjerenje u rad same institucije, uključujući i njene nemedicinske dijelove (npr. ukoliko dođe do medicinske doktorske greške bez učešća doktora - nesterilisani instrumenti i sl.), njegovo izliječenje ne može započeti (autosugestija, nepridržavanje date terapije, traženje drugih mišljenja, alternativna liječenja i sl.). Zato pacijent i jeste sastavni dio procesa transformacije, tj. direktno učestvuje u primanju zdravstvene usluge. Osnovni zahtjevi norme ISO koji su vezani direktno za fokus na pacijenta, nalaze se u tački 5.1.2. norme ISO 9001:2015. U zahtjeve pacijenta, osim pružanja kvalitetne zdravstvene usluge, ulaze i zahtjevi kao što su komunikacija, pravovremena informacija, jasan put pacijenta, fleksibilnost, brzo vrijeme reagovanja, i minimalna finansijska ulaganja (važi i za privatne i za javne zdravstvene ustanove).

Od januara 2020. godine zdravstvenim sistemima širom svijeta postalo je još jasnije da svaka zdravstvena ustanova zahtjeva i **promišljanja i aktivnosti koje se zasnivaju na rizicima.** Ukoliko se pogleda posljednji dokument WHO strategije i smjernice (WHO, 2015), ali i strateški dokumenti drugih nadležnih ministarstava i agencija koje proizvode strategije za dalji razvoj zdravstvenih sistema u različitim zemljama (pa tako i u FBiH Strategija razvoja 2010-2018), jasno je da njihova PESTEL(E) analiza ima jedno dodatno slovo **E.** To slovo se odnosi na epidemiološke analize, budući da se one smatraju najopasnijim (epidemije, pandemije) za zdravlje i život stanovništva. Upravo je cilj ovog dodatnog **E** (usljed klimatskih promjena i globalnog zagrijavanja) obratiti posebnu pažnju na epidemiološke rizike van i unutar zemlje. Iako se obim mogućih epidemija i pandemija ne mogu predvidjeti postoje optimalni resursi koje svaka institucija mora imati u rezervi (zaštitna oprema, respiratorij i sl). Drugi rizici uključuju procesne rizike, rizike u odnosima sa pacijentima i dobavljačima, oslanjanje na uposlenike, rizik od pokvarenih aparata i instrumenata, rizike planiranja i sl. Naravno, svaka zdravstvena ustanova sama procjenjuje vlastite rizike. U svakom slučaju, top menadžment zdravstvenih ustanova mora osigurati da su ustanovljeni rizici unutar procesa, te da je analiza rizika prisutna u svim aktivnostima ustanove. U tabeli, radi jednostavnijeg pregleda navedena su područja zahtjeva norme koja korespondiraju sa funkcijama strateškog menadžmenta u zdravstvenim ustanovama:

Tabela 19.: Komparativni prikaz funkcija SM i zahtjeva norme ISO od tačke 4. do 6. (autor)

	Planiranje razvoja strategije	Posmatranje i analiza okoline	Razmatranje rizika i aplikacije	Analiza vrijednosti i principa	Formulisanje misije	Modelisanje strategije	Analiza performansi	Analiza premošćenja	Kreiranje ciljeva (strateških i op)	Integrisanje plana aktivnosti	Situaciono planiranje
Tačka 4. Kontekst ustanove	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Razumijevanje zdravstvene ustanove i konteksta	4.1.										
Razumijevanje potreba i zahtjeva IU strana		4.2.									
Određivanje obima SUK-a			4.3.	4.3.							
SUK i procesi (upravljački, temeljni i procesi podrške)					4.4.						
Tačka 5. Vodstvo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vođenje i opredjeljenje					5.1.	5.1.					
Politika kvalitete				5.2.	5.2.	5.2.					
Uloge, odgovornosti,ovlaštenja							5.3.				
Tačka 6. Planiranje	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Analiza i obrada rizika i prilika (gap analiza)		6.1.	6.1.								
Ciljevi i planiranje postizanja					6.2.				6.2.	6.2.	
Planiranje promjena							6.3.	6.3.			

U tabeli je prikazan komparativni pregled zahtjeva funkcija strateškog menadžmenta, dio koji se odnosi na analizu i planiranje. Ovaj dio, kao i razumijevanje same institucije, njene misije i mape procesa detaljno je zahtjevan kroz sve zahtjeve norme ISO i to u tačkama 4. Kontekst ustanove, tački 5. Vodstvo, ali i tački 6. koja se odnosi isključivo na planiranje i analizu kako institucije, tako i promjena unutar i van nje. Ovom komparacijom postaje jasno da se sistem kvalitete ne može odvojiti od procesa planiranja strateškog menadžmenta. Iako se tačke norme odnose na zahtjeve tačaka SUK-a, jasno je da se planiranje odnosi na cijelu ustanovu. Unutar funkcija strateškog menadžmenta ne postoje obavezni dijelovi planiranja (npr. strateške analize i planiranja, te analize rizika, gap analiza i sl.), zahtjevi tačaka norme obavezuju instituciju da u cjelosti provede sve obavezne elemente i tako donosi odluke isključivo na temelju činjenica, tj. prikupljenih, analiziranih i evaluiranih podataka i performansi, koje u osnovi predstavljaju ulazne elemente za planiranje razvoja strategije.

Takođe, ovim se izbjegava korištenje Donabedijanovog modela, gdje je kvalitet isključivo uključen u pružanje medicinske usluge, dok su za upravljačke procese i procese podrške ostavljene riječi kao što su transparentnost, otvorenost, efikasnost i efektivnost, bez zahtjeva da budu potkrijepljene stvarnim i mjerljivim dokazima. U dio strateškog planiranja, spadaju i zahtjevi za procesima podrške u vidu resursa, kompetencija, svijesti, komunikacije i dokumentovanih informacija.

Nakon što je kreirana mapa procesa i postavljene zadužene osobe, počinje planiranje radnih aktivnosti koje su derivirane iz operativnih ciljeva. Naravno za svaki pojedini operativni cilj, ali i aktivnost neophodno je ispuniti sljedeće slove:

Tabela 20.: Komparativni prikaz funkcija SM i zahtjeva norme ISO tačka 7. (autor)

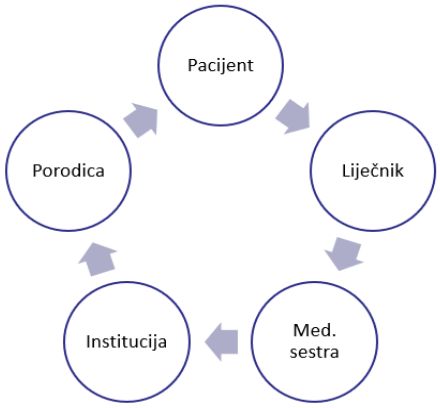
	Planiranje razvoja strategije	Posmatranje i analiza okoline	Razmatranje rizika i aplikacije	Analiza vrijednosti i principa	Formulisanje misije	Modelisanje strategije	Analiza performansi	Analiza premoščenja	Kreiranje ciljeva (strateških i op)	Integrisanje plana aktivnosti	Situaciono planiranje
Tačka 7. Podrška	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Resursi (ljudi, infrastruktura, okruženje, organizaciono znanje							7.1.		7.1.	7.1.	
Kompetencije zaposlenih i stručnjaka							7.2.	7.2.		7.2.	7.2.
Svijest o ustanovi, te mjestu unutar ustanove											7.3.
Komunikacija koja definiše tokove - vanjske i unutrašnje	7.4.	7.4.	7.4.	7.4.	7.4.	7.4.	7.4.	7.4.	7.4.	7.4.	7.4.
Dokumentovane informacije – koja je dok. osim medicinskih kartona obavezna za čuvanje		7.5.	7.5.		7.5.	7.5.	7.5.	7.5.	7.5.	7.5.	7.5.

Detaljni zahtjevi za resursima uključuju ljudske, infrastrukturne, prostorne zahtjeve, kao i kompetencije (medicinske se vrednuju kroz pokazatelje izvedbe unutar medicinskog područja). Kompetencije se ne odnose samo na medicinska znanja i sposobnosti (iste se dokazuju drugim mjerenjima i diplomom), već i na sve potrebne kompetencije, neophodne za obavljanje funkcije na kojoj se menadžer nalazi (operativni, taktički ili top menadžer). Unutar tačke 7.3. norme ISO postoje zahtjevi za kompetencijama za obavljanje određenog posla (upravljačkog), dakle ne samo u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (Sl. list, 2010, član 66).

Veoma važan zahtjev norme jeste upravo tačka 7.3. - Svijest o ulozi pojedinca unutar ustanove, na mapi procesa. Time se pojašnjava njegova uloga, ali i mogućnosti greške, napredovanja i nagrađivanja, te evaluacije njegovog rada. Na početku KPE edukacije, pojedinci nažalost, iako rade po 20-30 godina na određenim javnim ustanovama, nisu znali apsolutno ništa o procesima koji se odvijaju van njihovih područja aktivnosti. Kako prema procesima podrške, tako i prema upravljačkim procesima.

Komunikacija mora biti jasno definisana i ti tokovi moraju biti dokumentovani. Tačka 7.4. ISO norme zahtjeva da se definišu sljedeća područja: ko komunicira, kada, koje informacije su kome dostupne unutar i van organizacije, ko je zadužen za dijeljenje, a ko za primanje pojedinih informacija.

U procesu komunikacija sa pacijentima (koji čine i unutrašnje i vanjske IU grupe) zdravstveni radnici trebaju biti oprezni, a komunikaciju i rad im nažalost otežavaju postojeća sredstva javne komunikacije. U nastavku je dato nekoliko razloga koje su doktori naveli problematičnim: TV, štampa emituju sve više medicinskih tema, stručnih izraz i netačnih statističkih podataka, uz naglasak na senzacionalizmu. Prikazane teme i izneseni podaci stvaraju osjećaj pacijenta da ima stručno znanje o pojedinim medicinskim pojmovima.



Nova tehnološka dostignuća koja se promovišu ili ih pacijenti mogu pronaći na internetu, sugerišu pacijentima brzo ozdravljenje upotrebom najnovijih aparatura i lijekova, što onda pacijenti i zahtijevaju od ustanova. Liječničke greške i korupcija – bez stručne provjere, sa imenima, bez naknadnog demantija se svakodnevno objavljuju radi kupovine printanih ili klikova na online portalima.

Slika 16: Komunikacija unutar zdravstvenih ustanova

Na samom kraju tačke 7., nalazi se zahtjev 7.5. a odnosi se na to da sva dokumentacija (osim medicinske) mora biti adekvatno obilježena, čuvana i revidirana, te je zato važno odrediti koje su to informacije (dokumenti i zapisi), koji moraju biti pohranjeni, a vezani su za poslovne aktivnosti ustanove.

Nakon dijela funkcija strateškog menadžmenta koji se odnosi na strateške analize i planiranje, dolazi se do dijela implementacije strategije, tj. njene provedbe unutar ustanove.

Tabela 21.: Komparativni prikaz funkcija SM i zahtjeva norme ISO tačka 8. (autor)

	Implementacija	Mjerenje i evaluacija
Tačka 8. Provedba / implementacija	x	x
Operativno planiranje i nadzor	8.1.	8.1.
Određivanje zahtjeva za usluge	8.2.	
Projektovanje i razvoj proizvoda i usluge	8.3.	
Nadzor vanjskih usluga (dobavljači, partneri i sl)	8.4.	
Pružanje usluga	8.5.	
Dokumentovanje usluga	8.6.	8.6.
Upravljanje neusklađenim procesnim izlazima i uslugama	8.7.	8.7.

U strateškom menadžmentu, menadžerima koji se bave biznisom ili imaju edukaciju iz tog područja, potpuno je jasno da implementacija treba da se odvija u skladu sa usvojenom i validisanom strategijom i aktivnostima u radnim planovima, kako bi se ispunjavali operativni dogovoreni i usvojeni ciljevi.

Međutim, u slučaju da ljudi nisu imali prilike da gledaju implementaciju strategije kroz različite elemente (operativno planiranje i nadzor, *milestones*, određivanje zahtjeva za usluge, projektovanje i redefinisanje postojećih i/ ili novih usluga, upravljanje neusklađenim uslugama i sl.), teško da teoretski mogu savladati dio koji se odnosi prvo na SMART ciljeve, a drugo na potpunu realizaciju strategije (ili barem u što većem procentu ispunjenosti).

Tabela 22.: Komparativni prikaz funkcija SM i zahtjeva norme ISO tačke 9 i 10.(autor)

	Mjerenje i evaluacija	Poboljšanja
9. Vrednovanje performansi	x	x
Nadzor, mjerenje, analiza i vrednovanje	9.1.	
Interni audit/ revizija (cijele ustanove - ne samo finansijskog dijela)	9.2.	
Upravina ocjena (izvještaj o radu cijele institucije koju podnosi top menadžment)	9.3.	9.3.
10. Poboljšanja		
Uopšteno (vrste pristupa poboljšavanju na ustanovi)	10.1.	
Neusklađenosti i korektivne radnje		10.2.
Trajna poboljšanja		10.3.

U posljednjim funkcijama unutar ciklusa i funkcija strateškog menadžmenta nalaze se područja nadzora, mjerenja i evaluacije, ali i poboljšanja. Tačke 9. i 10. norme ISO jasno odvajaju ova dva procesa što nažalost nije slučaj, naročito u Donabedijanovom modelu poboljšanja kvalitete, gdje se sistem temelji na stalnim poboljšanjima. Ova stalna poboljšanja nisu naslonjena na sistem upravljanja kvalitetom ustanove, već samo SUK medicinske usluge, te se samim tim i sva poboljšanja očituju samo u domenu poboljšanja postojećih ili uvođenja novih medicinskih usluga (nove metode, dodatna medicinska edukacija, novi aparat/ instrument za rad i sl.).

4.2.3. Povezanost DM modela i funkcija strateškog menadžmenta

Kao što je u radu prethodno navedeno i objašnjeno, Donabedijanov model se također temelji na procesnoj orijentaciji. Kao i sistem upravljanja kvalitetom u skladu sa zahtjevima norme ISO 9001:2015, DM model prepoznaje tri osnovna dijela unutar zdravstvene ustanove: strukturu, proces i ishode. Pod procesom podrazumijeva resurse (ljudske, infrastrukturne, materijalne), pod procesom podrazumijeva pružanje zdravstvene usluge, a pod ishodom se nalaze zdravstveni i klinički pokazatelji. Definicije i obuhvat kvalitete mijenjale su se u različitim epohama od samo početka DM modela (1980), pa preko Instituta za medicinu koji širi definiciju i obuhvata ne samo pacijenta, već i ukupno stanovništvo (IOM, 1990), zatim Vijeće Evrope (1997) koje izdaje Istraživanje i preporuke za razvoj i implementacija sistema za unapređenje kvaliteta (QIS) u zdravstvenu zaštitu. Nakon toga Evropska komisija 2010. godine (Busse, Panteli, Quentin 2019) dodaje i dio koji se odnosi na zdravstvenu zaštitu koja je efikasna, sigurna i odgovara potrebama i preferencijama pacijenata. Ovo su nadnacionalne institucije koje operišu na svjetskom nivou i čije preporuke i smjernice važe za zdravstvene sisteme svih zemalja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2018) objavljuje Priručnik za nacionalnu politiku i strategiju kvaliteta, koja po prvi put usvaja procesni model i doslovno prepisuje dijelove zahtjeva strateškog menadžmenta, pokušavajući da ih istovremeno implementira na zdravstvenu uslugu, ali i na cijelu ustanovu.

Dakle, DM je unapređen na način da su se izvadile funkcije strateškog menadžmenta i SUK-a i doslovno samo prenijele unutar WHO. Kada se uđe u suštinu i detalje dokumenta, potpuno je vidljivo da su funkcije strateškog menadžmenta prekopirane u zdravstvo, s tim da svi i dalje govore isključivo o zdravstvenoj usluzi. Očigledno je ogromno nerazumijevanje između SUK-a zdravstvenom uslugom, i sistemu upravljanja kvalitetom cijelom ustanovom. Nakon telefonskih razgovora, a kroz dubinske ankete, postaje posve jasno da zdravstveni sistem FBiH, ali i WHO se konstantno bavi isključivo SUK-om jednog procesa i to temeljnog. Uvažavajući pojedine alate koji se odnose na upravljačke procese (strategija, misija, vizija, vrijednosti, analize i sl.) koji se koriste na pojedinim ustanovama, ne postoji potpuna vertikalna i horizontalna prohodnost tri procesa. I upravo u tim dijelovima se i kriju područja nekvalitete.

Dakle, Svjetska zdravstvena organizacija je 2018. godine odlučila da na svim nivoima zdravstvenog sistema napravi smjernice i uputstvo za upotrebu alata strateškog menadžmenta, pokušavši ih prilagoditi zdravstvenim ustanovama primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa. Dio njihovih zahtjeva je preuzet iz norme ISO 9001:2015, ali samo djelimično. Kao što je na tabeli 23. i vidljivo. Po rasporedu koraka koji se odnose na analize i strateško planiranje, strateški menadžment, implementaciju, zatim mjerenje i evaluaciju i na kraju poboljšanja, jasno je uočiti da elementi nisu redoslijedno ponuđeni, niti je ispoštovan procesni model, gdje se izlaz iz jednog procesa, tretira ulazom u drugi proces. Iako je navedeno da su ponuđeni indikatori kvalitete, postoje samo obrasci koji utvrđuju da li zdravstvena ustanova posjeduje elemente npr. strateškog plana i dr. neophodne elemente (misija, vizija, strategija, ciljevi i sl). Indikatori performansi se kao i do sada odnose na broj o.b. dana, broj luksacija kongenitalnog kuka i sl.

Tabela 23.:Komparativni prikaz funkcija SM i novog poboljšanog DM modela (autor)

	Planiranje razvoja strategije	Posmatranje i analiza okoline	Razmatranje rizika i aplikacije	Analiza vrijednosti i principa	Formulisanje misije	Modelisanje strategije	Analiza performansi	Analiza premoščenja	Kreiranje ciljeva (strat. i oper.)	Integrisanje plana aktivnosti	Situaciono planiranje	Implementacija	Mjerenje i evaluacija	Poboljšanja
Razvoj politika i strategije	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nacionalni zdravstveni ciljevi i prioriteti	1													
Lokalna definicija kvaliteta				2	2									
Mapiranje i angažman učesnika						3	3	3						
Situaciona analiza		4									4			
Upravljanje i organizaciona struktura za kvalitet	5					5								
Metode intervencije i poboljšanja													6	6
IKT i sistemi za upravljanje zdravljem	7											7		
Indikatori kvaliteta i mjere													8	8
Izrada operativnog plana za implementaciju										9				
Kada i kako treba izraditi operativni plan										10				
Koje elemente operativni plan treba da sadrži										11				

U skladu sa zahtjevima i smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije i FBiH je kreirala i usvojila Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu (AKAZ) koji je donio Parlament Federacije BiH na sjednici Predstavničkog doma i na sjednici Doma naroda (Sl.list FBIH 59/05, op.cit.). Izrazi i definicije se navode u Zakonu i Statutu AKAZ-a, ne prepoznaju pojam "sistem upravljanja kvalitetom" kao osnovu za implementaciju, niti razliku između sertifikacije i akreditacije zdravstvene ustanove. Definišu termine poput sistema poboljšanja kvaliteta, osiguranje kvaliteta, sigurnost i sl.

Važno je naglasiti istorijski razvoj sistema kvaliteta, kako bi ga tim redoslijedom mogli i primjenjivati na zdravstvenim ustanovama. Razvoj upravljanja kvalitetom se odvijao u 5 faza: Faza 1 naziva se i „faza kontrole kvaliteta" koje podrazumijeva orijentaciju na proizvodnju i kvantitet. Ono što obilježava period do 1963. godine je da je ponuda manja od potražnje, tj. kupac zbog oskudice prihvata sve što mu se ponudi. Faza 2 naziva se i „tržište kupca" i tu je izražena ravnoteža između ponude i potražnje. U ovoj fazi javljaju se prvi jednostavni zahtjevi za kvalitetom.Uvodi se i pojam osiguranja kvaliteta i kao mjere istog počinje era statističke kontrole kvaliteta. Faza 3 obilježena je proširivanjem zahtjeva tržišta, konkurencijom dobavljača, te nizom statističkih postupaka.

Prvi put se proizvodni procesi sistemski organizuju i uvode se norme ISO 9000ff 1987. godine s ciljem mogućnosti poređenja sistema osiguranja kvaliteta s nezavisnog mjesta. Faza 4 obilježena je promjenom i proširivanjem razumijevanja pojma usluge. Prvi put kvalitet obuhvata osim proizvodnih procesa i uslužne procese. Ovdje kupac postavlja uslove –kvalitet usluge i proizvoda. Dodatne usluge (servisi i sl.) čine sada kriterij razlikovanja. Zadovoljenje kupca je mjera kvaliteta. Polazeći od ISO 9000:1994 sve značajnija postaje filozofija sveobuhvatnog upravljanja kvalitetom TQM (uvođenje nagrada – Deming Prize; Malcolm Baldrig Award; European Quality Award). TQM faza: Tržište se orijentiše na mrežno povezivanje, informacije i ekologiju. Ovu fazu karakteriše međusobno povezivanje korisnik/ davalac usluge, kvaliteta usluga, značaj zaštite okoline; zajedničko planiranje zahtjeva kupaca i isporučioca u pogledu kvaliteta (Oskar, 2007. op.cit).

Iako se u Zakonu i AKAZ-u koristi pojam akreditacije, potrebno je kratko objasniti razliku između akreditacije i sertifikacije svih ustanova, pa tako i zdravstvenih. Sertifikacija predstavlja pismeno uvjerenje treće strane o usklađenosti proizvoda, procesa ili usluge sa određenim zahtjevima. Akreditacija je, s druge strane, formalno priznanje od strane nadležnog tijela za kompetentnost za rad prema određenim standardima. Izrazi akreditacija i sertifikacija se često koriste naizmjenično i povremeno zajedno. Uprkos očiglednoj konfuziji koju ovo može izazvati, razlika između dva različita procesa upravljanja kvalitetom može se lako objasniti. Svi standardi za akreditaciju uključuju principe sistema upravljanja kvalitetom, kao što su oni koji se nalaze u dobro priznatom ISO 9001 SUK standardu. Sposobnost prikazivanja tehničke kompetentnosti stavlja akreditovanu sertifikaciju na nivo iznad neakreditovanog sertifikata. Tako se mogu akreditovati pojedini odjeli ili procesi, ali da bi bilo moguće reći da je određena zdravstvena ustanova akreditovana, potrebno je da ima implementiran sistem upravljanja kvalitetom ali nikako samo unutar zdravstvene usluge, već **cjelokupnog poslovanja i aktivnosti ustanove.** Osnovne funkcije AKAZ-a obuhvataju razvoj i reviziju akreditacijskih standarda (isključivi fokus na medicinsku uslugu i upravljačke procese djelimično), zatim razvoj i reviziju kliničkih vodilja, razvoj i reviziju indikatora izvedbe (opet unutar temeljnog procesa), te vanjsku ocjenu zdravstvenih ustanova u svrhu akreditacije.

AKAZ je u svojih 17 godina postojanja napredovao usvajajući pojedinačne alate, te vršeći obuku korisnika i provodeći "akreditaciju" zdravstvenih ustanova, tj. 4 manje ustanove u potpunosti, te veći broj "akreditacija" procesa, tj. dijelova ustanove (domova zdravlja-dislociranih ili apoteka). I dalje je fokus na zdravstvenoj usluzi, kao što je definisano Zakonom i Statutom AKAZ-a iz 2005. godine. Iz razgovora provedenih sa top menadžmentom zdravstvenih ustanova koje su se akreditirale kod AKAZ-a, važno je napomenuti da su sistem upravljanja kvalitetom zaista implementirali unutar jednog procesa, i to temeljnog, a to je proces pružanja zdravstvenih usluga i u tom području dosta napreduju.

Unutar AKAZ akreditacije posmatraju se upravljački procesi isključivo kroz njihovu povezanost sa zdravstvenom uslugom, dok se zanemaruje ili jako malo uključuje ostalo poslovanje (IKT umrežavanje, integrisani SUK i sl.). Nažalost, procesi podrške se konsultuju samo u mjeri potrebnog zapošljavanja i infrastrukture. Ne postoje mape procesa, voditelji procesa, indikatori performansi na nivou ustanove. U dijelu koji se odnosi na rezultate istraživanja postaće jasno da top menadžment razumije pojmove strateškog menadžmenta, kao i njegove faze i procese ali samo u dijelu temeljnog procesa. Činjenica da niti jedna ustanova ne posjeduje mapu vlastitih procesa, pokazuje da i dalje sistem upravljanja kvalitetom gledaju kroz vertikalni proces, gdje je uprava najvažnija, temeljni proces srednje važan, a procesi podrške koji uključuju rad stručnih službi najmanje važan. Suština cijelog sistemskog procesnog pristupa ogleda se upravo u razumijevanju podjednake važnosti top menadžmenta i finansijske, pravne ili higijenske službe. Jedni bez drugih ne mogu funkcionisati i jedna greška unutar stručnih službi može dovesti do urušavanja cijele institucije.

Tabela 24 predstavlja primjer mapiranja procesa (i opet naravno predstavljeno isključivo za zdravstvene usluge). Upravljački i procesi podrške nisu mapirani niti u jednoj zdravstvenoj ustanovi u FBiH, a niti u gore navedenim međunarodnim istraživačkim studijama, te smjernicama. Navode se tek kao pomoćne radnje vezane za temeljni proces.

Tabela 24.: Mapiranja HC procesa (autor)

Proces	Ciljevi kvalitete	Ključni zahtjevi	Mjerenje performansi
Evaluacija pacijenta	Klinički ishodi	Priznavanje kvalitetne njege	Perioperativno vrijeme davanja antibiotika
Proces njege pacijenta (hirurški/ medicinski)	Klinički procesi	Razvoj kliničkih protokola	Perioperativno vrijeme trajanja antibiotika
Pružanje usluga provajdera	Zadovoljstvo pacijenta	Profesionalnost	Postotak infekcije na hirurškom zahvatu
-	Sigurnost pacijenta	-	Anketa o zadovoljstvu pacijenta

Iz ovog primjera može se zaključiti gledajući u indikatore performansi da se radi isključivo o postupcima i potprocesima, a nikako o svim procesima. Takođe, anketa o zadovoljstvu pacijenta vrlo lako može biti sugestivno popunjena u zavisnosti od ishoda liječenja, ali i prethodnog iskustva na zdravstvenim ustanovama. Više o ovome biće prikazano u dijelu 5.2. *Prikaz i analiza rezultata.*

5. ANALIZE ISTRAŽIVANJA

Pars pro toto

Pri analiziranju prve, druge i treće nezavisne podvarijable korištene su kvantitativne i kvalitativne metode deskriptivne statističke analize s ciljem analize značaja vještina i znanja top menadžera zdravstvenih ustanova o sistemu upravljanja kvalitetom i strateškom menadžmentu, stečenim putem kontinuirane profesionalne edukacije iz zdravstvenog menadžmenta, te implementacije zahtjeva norme ISO 9001:2015 na zdravstvene ustanove u FBiH u skladu sa zahtjevima funkcija strateškog menadžmenta. Za analizu i provjeru određenih elemenata novog SH modela korištena je analiza koeficijenta korelacije ranga Spearmana. Zbog nemogućnosti pristupa zdravstvenim ustanovama i terenskog rada pri istraživanju (zbog pandemije), dobiveni podaci su se temeljili isključivo na procjenama i podacima dobivenim od strane top menadžera.

5.1. Populacija i uzorak

Na osnovu utvrđene nezavisne varijable, te tri nezavisne podvarijable u nastavku je predstavljen prvobitni plan i program uzorkovanja (pretpandemijski) kojim su utvrđene jedinice uzorkovanja, veličina uzorka, kao i postupak izbora jedinica uzorka (Hanić, 2004). Pri posmatranju i prikupljanju primarnih podataka vezanih za istraživanje tri nezavisne podvarijable izgradnje novog SHM modela korišten je namjerni uzorak za sve tri nezavisne podvarijable, a klasifikacija uzorka dijeli se na kvota uzorak i uzorak tipičnih jedinica sa geografskim određenjem (Hanić, 2004; Zikmund et al., 2012).

Tabela 25.: Određivanje uzorka, metoda i tehnika prikupljanja primarnih podataka (autor)

Nezavisne podvarijable	KPE	SUK ISO 9001	AKAZ	Komentar
Populacija	613 aktivnih top menadžera FBIH	280 aktivnih top menadžera JZU	12 akreditovanih zdravstvenih ustanova	Edukaciju završilo 89 menadžera 2011-2014.
	182 menadžera na SHCE I, II i III	89 top menadžera		Samoeval. SUK-a obučeno 89 top mgmt. 2011-2014.
Uzorak total	59 top menadžera (32,4 %)	31 top menadžer (34,8%)	4 akreditovane zdravstvene ustanove (33,3%	Svi povratni odgovori preko 30%
Vrsta uzorka	Namjerni uzorak	Namjerni uzorak	Namjerni uzorak	-
Klasifikacija	Kvota uzorak	Uzorak tipičnih jedinica	Uzorak tipičnih jedinica	-
Metod	Ispitivanje metod deskriptivne statističke an.	Ispitivanje metod deskriptivne statističke an.	Ispitivanje metod analize sadržaja	-
Tehnika	Strukturirani anketni upitnik	Strukturirani anketni upitnik	Nestrukturirani dubinski intervjui	Kvantitativne i kvalitativne analize

Prvobitno, dat je broj svih menadžera koji su završili KPE program, ne uzimajući u obzir da su program, kako je gore objašnjen 2014. godine promijenili i redefinisali, dodavši mu predmete kao što je medicinsko pravo, farmakologija i sl. Budući da je analiza rađena isključivo na osnovu područja koja obuhvataju funkcije strateškog menadžmenta, što je zatim izmijenjeno u edukativnom programu (npr. izbačena područja upravljanje rizicima i sl.), po prvobitnom, za disertaciju relevantnom planu, program KPE SHCE I, II i III završilo je ukupno 182 menadžera. Na osnovu tih izmjena, populacija je iznosila 182 menadžera, uzorak 59, a stopa odgovora iznosi 32.4%.

Takođe, gore navedeno je primjenjivo i na implementaciju tačaka norme ISO 9001 u datom razdoblju. U periodu od 2011.-2014. godine 89 top menadžera je završilo ovu edukaciju. Puna populacija iznosi 89, a namjerni uzorak tipičnih jedinica iznosi 34.8%.

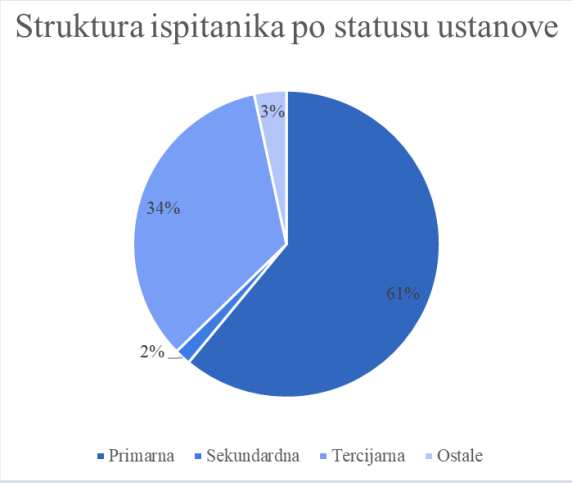
U području implementacije akreditacije AKAZ-a, od 2011-2014. godine akreditovano je samo 12 zdravstvenih ustanova. Namjerni uzorak tipičnih jedinica iznosi 4, što znači da su obavljena telefonski četiri nestrukturisana dubinska intervjua (33.3%).

Nažalost, došlo je i do većih promjena unutar statističke populacije gore navedena 182 polaznika u pandemijskom i postpandemijskom vremenu. Značajan dio polaznika je napustio zdravstvene ustanove, otišao u inostranstvo, u penziju, a neki na veliku žalost njihovih porodica, kolega i pacijenata, i preminuli.

Pri kreiranju novog modela uzeti su u obzir područja KPE i veze sa strateškim menadžmentom, zahtjevi norme ISO 9001:2015 sistema upravljanja kvalitetom, te postojeći upravljački DM model koji se preporučuje i implementira na zdravstvenim ustanovama FBIH. Važno je istaći da se za kreiranje novog modela koristio i EFQM model izvrsnosti (upravljački model). Za analizu i provjeru određenih elemenata novog SH modela korištena je analiza koeficijenta korelacije ranga Spearmana.

5.2. Prikaz i analiza rezultata

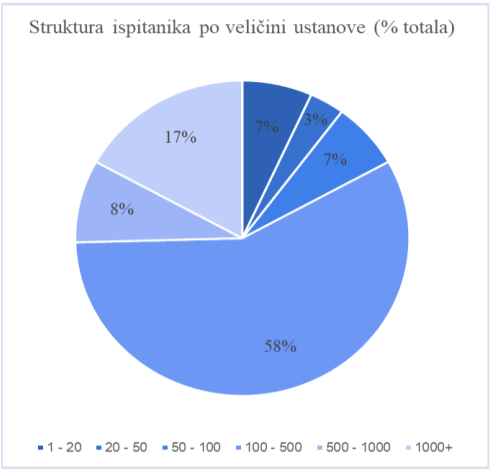
Pri analiziranju prve dvije nezavisne podvarijable korištene su metode deskriptivne statističke analize s ciljem analize značaja vještina i znanja top menadžera zdravstvenih ustanova o sistemu upravljanja kvalitetom i strateškom menadžmentu, stečenim putem kontinuirane profesionalne edukacije iz zdravstvenog menadžmenta. Anketa se sastojala od ispitivanja određenog uzorka unutar jedne populacije. Ova metoda je omogućila prikupljanje podataka koji se ne mogu prikupiti metodom direktnog posmatranja i koje je teško prikupiti na neki drugi način. U ovom slučaju, populaciju predstavljaju top menadžeri zdravstvenih ustanova primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa.



Konačna struktura ispitanika po statusu ustanove pokazuje da je oko 60% angažovano u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, oko trećine u tercijarnoj, te oko 5% u ustanovama sekundarne zdravstvene zaštite i ostalim ustanovama (zavodi za javno zdravstvo). Ovakva struktura u znatnoj mjeri odražava i strukturu zaposlenih unutar sektora (pretežno zapošljavanje u domovima zdravlja i bolnicama kao ustanovama primarnog i tercijarnog sektora), uz postojanje manjeg broja ustanova sekundarne zaštite (poliklinika), posebno u javnom sektoru.

Grafikon 13. Struktura ispitanika po statusu ustanove

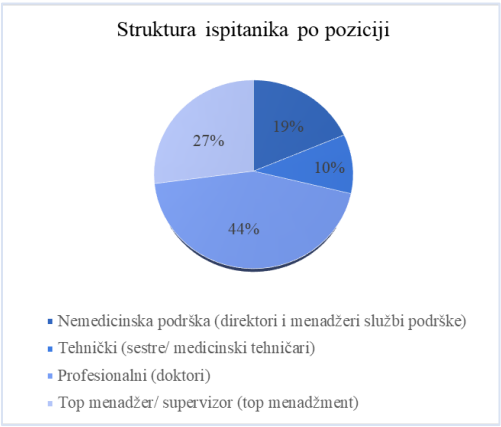
Konačna struktura uzorka ispitanika u odnosu na veličini ustanove u kojima rade pokazuje da je najveći dio ispitanika (58%) zaposlen u organizacijama koje zapošljavaju između 100 i 500 osoba (najviše domovi zdravlja, velike apoteke, te kantonalne bolnice). U ustanovama koje zapošljavaju veći broj osoba (500 – 1000; 1000+) zaposlena je četvrtina ispitanika, a u pitanju su veliki klinički centri.



Takođe, značajan dio ispitanika otpada i na zaposlenike koji su pohađali KPE u navedenom periodu, a dolaze iz područja apoteka, što ih smješta u primarni zdravstveni sektor.

Grafikon 14.: Struktura ispitanika po veličini ustanove (%)

Struktura ispitanika sa stanovišta pozicije koju obavljaju ili su obavljali pokazuje da ih oko četvrtine obavlja poslove unutar top menadžmenta ustanove, dok ih 44% obavlja primarno poslove medicinskog profesionalca (doktora). Oko petine ispitanika obavlja rukovodne tehničke poslove (glavne sestre, sestre, medicinski tehničari) i poslove nemedicinske podrške (direktori i menadžeri službi podrške). Ovakva struktura ispitanika daje relevantan uvid u većinu polja djelovanja zdravstvene ustanove i unutar svih procesa, te kao takva u znatnoj mjeri odražava trenutno stanje organizacije sektora (veći fokus na zdravstvene usluge, manji na ukupne procese ustanove).



Grafikon 15.: Struktura ispitanika po poziciji

Strukturisani anketni upitnik obuhvatio je 168 pitanja podijeljenih u dva dijela (KPE i SM/SUK). Metodologija istraživanja i anketa usklađena je sa KSA (znanja, vještine i sposobnosti), zahtjevima SM i norme ISO 9001:2015 (tačke norme 4.- 10.) u koja su uvrštena i validaciona, kontrolna pitanja. Korišten je elektronski anketni upitnik, čiji je link ispitanicima dostavljen elektronskim putem. Pojašnjeni su ciljevi istraživanja, te zatraženo sudjelovanje učesnika.

Objašnjenje je sadržavalo sljedeće elemente: razloge zbog kojih se anketa provodi, pojašnjenje kako se došlo do adrese ispitanika, razloge zbog kojih se traže odgovori baš od tog ispitanika, obećanje da će se poštovati anonimnost, uputstvo o postupku u slučaju nejasnoća, zaključne rečenice, zahvalnost i potpis i titula osobe koja sprovodi istraživanje. Anketni upitnik je uključio dihotomna i vrijednosna pitanja sa više odgovora, ali i otvorena pitanja s ciljem spoznaje iskustava zdravstvenih profesionalaca.

Anketni upitnik, te cjelokupno istraživanje zasnovano na prikupljanju primarnih podataka poštovalo je sljedeće principe: dobro definisana ciljna grupa (populacija); uzorak koji dobro prezentuje ciljnu skupinu (populaciju); uzorak dovoljno velik, uz ispitivanje provedeno uz veliki povrat odgovora, visoka usaglašenost ciljeva ispitivanja i postavljenih pitanja. Za dokazivanje teze korišteno je primarno empirijsko istraživanje na temelju elektronske ankete, metodom kvantitativnog istraživanja uz pomoć deskriptivne statistike na podacima namjernog kvotnog uzorka ispitanika uz primjenu numeričkih i grafičkih postupaka. Također, korištene su i metode kreiranja novog modela.

5.2.1. Analiza istraživanja KPE u odnosu na funkcije područja SM

U nastavku se analizaju prikupljeni podaci vezani za podvarijablu **H1a:**

Kontinuirana profesionalna edukacija top menadžera ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta , a time i sistema upravljanja kvalitetom.

Operacionalizovanje identifikovanih nezavisnih podvarijabli izvršeno je na način da nezavisnu varijablu čine funkcije **strateškog menadžmenta u zdravstvu.** Njegov konceptualni okvir se sastoji od tri podvarijable (PV):

1. Kontinuirana profesionalna edukacija – KPE (znanja i vještine u sistemu upravljanja kvalitetom i strateškom menadžmentu);
2. Sistem upravljanja kvalitetom u skladu sa zahtjevima norme ISO 9001:2015 (tačke norme 4., 5., 6., 7., 8., 9. i 10.);
3. Sistem poboljšanja kvaliteta zdravstvene usluge DM modela (znanja, vještine i implementacija).

S ciljem ispitivanja problema neefikasnosti i neefektivnosti upravljanja zdravstvenim ustanovama, prvo se pristupilo procjeni nivoa **znanja i vještina** iz funkcija strateškog menadžmenta u zdravstvu, stečenih pohađanjem i polaganjem programa kontinuirane profesionalne edukacije u zdravstvu, te edukacijom i primjenom SUK-a unutar ustanova.

Dakle, anketa se sastoji od dva dijela. U prvom (A) dijelu ispituju se znanja, vještine i sposobnosti (kompetencije) unutar šest područja u oblasti upravljanja zdravstvenom ustanovom na osnovu stečenih kompetencija kroz odslušane i položene module (KPE). U drugom (B) dijelu ispituju se implementirane prakse i zahtjevi strateškog menadžmenta i norme ISO 9001:2015 na ustanovu.

Analiza prikupljenih podataka iz područja znanja, vještina i sposobnosti unutar područja oblasti upravljanja zdravstvenom ustanovom. Šest posmatranih područja samoocjene su:

K1. Kontekst ustanove, vizija, misija, vrijednosti i principi, skeniranje i analize okruženja (strateško planiranje).

K2. Kreiranje i (re)definisanje strategije, ciljeva (strateških i operativnih), resursa (materijalni, infrastrukturni, ljudski), planova aktivnosti sa vremenskom odrednicom.

K3. Implementacija aktivnosti unutar strateškog i operativnih planova (praćenje i prekretnice/ milestones na implementacionim čvorištima).

K4. Usmjeravanje aktivnosti nadzora, mjerenja i evaluacija rada unutar procesnog modela i korištenje rezultata mjerenja (prikupljenih i analiziranih indikatora) izlaznih procesa.

K5. Poboljšanja u radu ustanove unutar procesnog modela (sva tri procesa: upravljački, temeljni, podrške).

K6. Liderska komunikacija, kulturalna osjetljivost i prilagodljivost, autentični angažman, saradnja i jednakost.

Nivoi ocjene definisani su na način koji omogućava jasnu ocjenu pojedinačnih područja, uz deskriptivne elemente koji su ispitanicima detaljnije pojasnili različite nivoe znanja, vještina i sposobnosti, te primjenjivosti stečenih znanja i vještina u datom kontekstu, na pridruženoj skali. Rang mjerne skale za evaluaciju KPE znanja i vještina iz područja strateškog menadžmenta u nastavku:

1 – Bazična znanja (osnovno znanje): Imate zajedničko znanje ili razumijevanje osnovnih tehnika i koncepata. Fokus je na učenju.

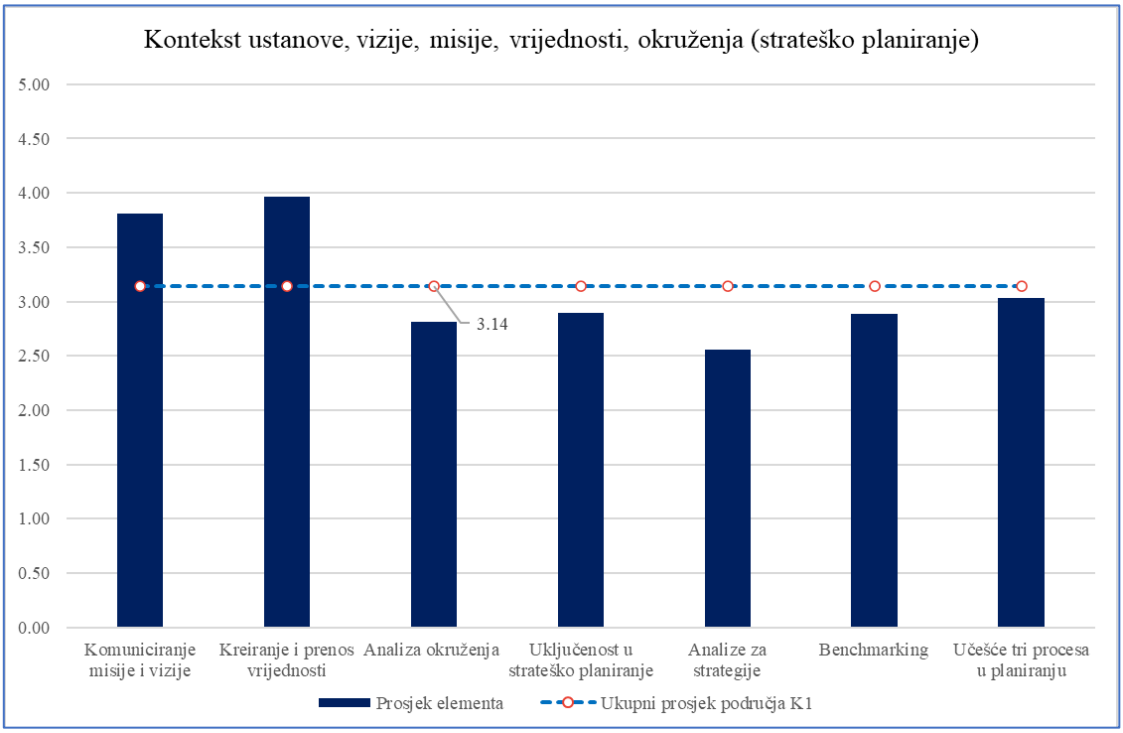
2 – Početni (ograničeno iskustvo): Imate teoretski nivo iskustva. Očekuje se da će vam trebati pomoć pri izvođenju ove vještine. Razumijete i možete razgovarati o terminologiji, konceptima, principima i pitanjima vezanim za ovu kompetenciju.

3 – Srednji (praktična primjena): U mogućnosti ste uspješno obaviti zadatke u ovoj kompetenciji prema zahtjevu. Može biti potrebna pomoć stručnjaka s vremena na vrijeme, ali obično možete samostalno izvesti vještinu. Fokus je na primjeni i unapređenju znanja ili vještina.

4 – Napredni (primijenjena teorija): Možete izvoditi radnje povezane s ovom vještinom bez pomoći. Prepoznati ste u vašoj ustanovi kao „osoba koju treba pitati“ kada se pojave teška pitanja u vezi sa ovom kompetencijom. Sposobni ste podučavati druge u primjeni prevodeći složene nijanse koje se odnose na ovu kompetenciju u lako razumljive sadržajne jedinice.

5 – Stručnjak (priznati autoritet): Poznati ste kao stručnjak u ovoj oblasti. Možete dati smjernice, rješavati probleme i odgovarati na pitanja koja se odnose na ovu oblast stručnosti i polje u kojem se vještina koristi. Fokus je strateški. Imate dosljednu izvrsnost u primjeni ove kompetencije u više projekata i/ili ustanova. U mogućnosti ste da objasnite relevantne elemente procesa i pitanja u vezi sa organizacionim pitanjima i trendovima detaljno tokom diskusija i prezentacija, kako biste podstakli bolje razumijevanje među internim i eksternim kolegama i korisnicima.

K1: Kontekst ustanove, vizija, misija, vrijednosti i principi, skeniranje i analize okruženja (strateško planiranje) predstavlja prvo područje unutar KPE. Sastoji se od ukupno sedam ocijenjenih elemenata povezanih sa tematskim cjelinama prikazanim na grafikonu 16.



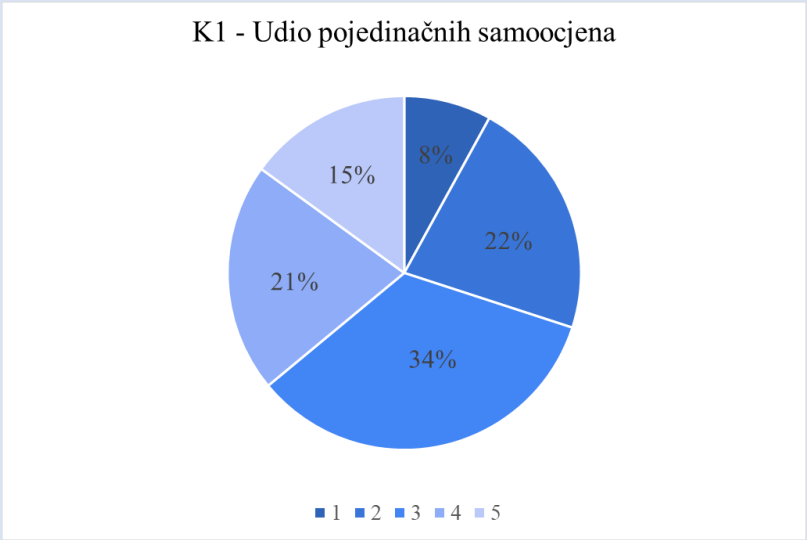
Grafikon 16.: K1 – Analiza konteksta ustanove, vizije, misije, okruženja (strateško planiranje)

Posmatrajući pojedinačno sedam predstavljenih elemenata, vidljivo je da su se polaznici KPE najbolje ocijenili iz područja komuniciranja misije i vizije, te kreiranja i prenosa vrijednosti zdravstvene ustanove. To bi značilo da se njihov prosjek u ova dva elementa zapravo nalazi iznad 3.5 nivoa, što bi u prenesenom značenju skale ranga između praktične primjene i primjenjene teorije. Područje analiza okruženja i ostalih potrebnih analiza i rezultata za razvoj strategije ili redefinisanje postojeće su područja koja su najslabije ocijenjena. Nalaze se na prosječnoj ocjeni 2.68, što pokazuje da se na vrijednosnoj skali nalaze na nivou ograničenog iskustva i praktične primjene (djelimično).

Iz analize elemenata koji se povezuju sa strateškim planiranjem vidljiv je visok stepen prisutnih znanja i vještina komuniciranja vizije, misije, vrijednosti i principa ustanove kako unutrašnjim tako i vanjskim interesno-uticajnim stranama. Ovi su elementi ocijenjeni iznad ukupnog prosjeka područja K1. Znanja i vještine povezane sa analizom okruženja su ocijenjene ispod prosjeka, te ravnomjernije raspoređena prilikom ocjene važnosti teme, što ukazuje da su ispitanici u dobroj mjeri svjesni kompleksnosti analiza okruženja, ali ne i u potpunosti obučeni

da vrše adekvatne analize. Ovo se može smatrati i odsustvom iskustva za pojedine ispitanike, u slučaju nepozivanja svih menadžera operativnog, taktičkog i strateškog nivoa na strateško planiranje, što je vidljivo i iz analize tog pojedinačnog elementa na slici (ispotprosječno rangiranje).

Pojavljivanje ocjene bazičnog znanja u područjima vezanim za analize okruženja, planiranje strateškog planiranja, te ohrabrivanja participacije zaposlenih ukazuju na prisutnu nesigurnost ispitanika u ovim oblastima strateškog planiranja.



Grafikon 17.: K1 – Udio pojedinačnih samoevaluacija iz područja KPE

Najčešća ocjena znanja i vještina kao srednjih, naprednih i stručnjaka (70% na prikazu udjela pojedinačnih samoevaluacija) razumljiva je obzirom da je sama kontinuirana profesionalna edukacija namijenjena profesionalcima sa potencijalom da postanu ili su već unutar top menadžmenta ustanova u kojima rade. U ovom kontekstu, ocjene bazičnog znanja moguće je očekivati primarno po nekim pojedinačnim pitanjima unutar elemenata područja (8% na nivou područja K1). Iako se radilo o njihovoj samoevaluaciji, ipak se samo 15% ocjena odnosilo na najvišu ocjenu, nivo priznatog autoriteta.

Pri ocjenivanju važnosti elemenata poslovanja koji se odnose na oblast strateškog planiranja, ispitanici su ocijenili ove elemente pretežno na pozitivnoj strani važnosti (umjereno, važno i veoma važno), uz malo manju važnost za njihove trenutne pozicije unutar ustanove (što se može dijelom pripisati i izmjenama na menadžerskim pozicijama u različitim periodima rada ustanove).

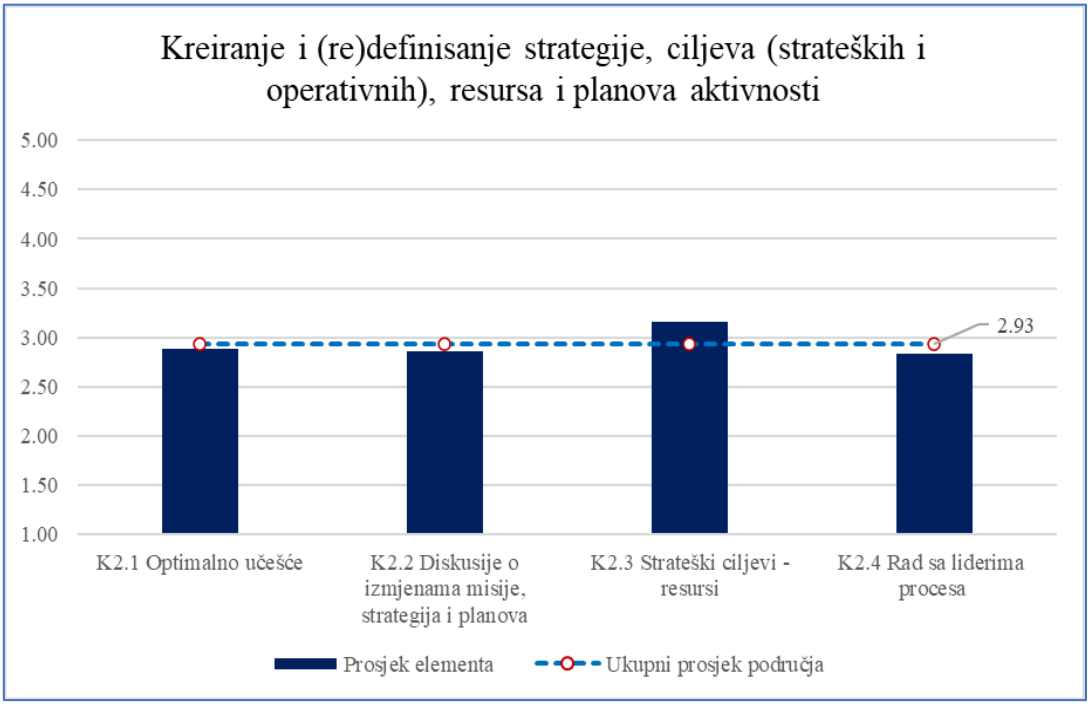
K2: Kreiranje i (re)definisanje strategije, ciljeva (strateških i operativnih), resursa (materijalni, infrastrukturni, ljudski), planova aktivnosti sa vremenskom odrednicom.

Područje se sastoji od ukupno četiri ocijenjena elementa prikazana na grafikonu 18. Analizom ovog područja ispitanici ukazuju na bolje razumijevanje aktivnosti povezanih sa identifikacijom strategije i strateških ciljeva u odnosu na dostupne resurse, uz naglašenu razvojnu komponentu, te je ovaj element ocijenjen natprosječnom ocjenom 3.15 u odnosu na prosjek područja K2. Međutim, uzimajući u obzir da je skala prihvatljivosti 3.5, što znači da se

ispitanici nalaze na skali između praktične primjene i primjenjene teorije, vidljivo je nedovoljno znanje u kreiranju osnovnih strateških dokumenata, pa čak ukoliko se isti i preuzimaju iz dokumenata nadležnih tijela, može se zaključiti da nisu usklađena sa radom i mogućnostima same ustanove.

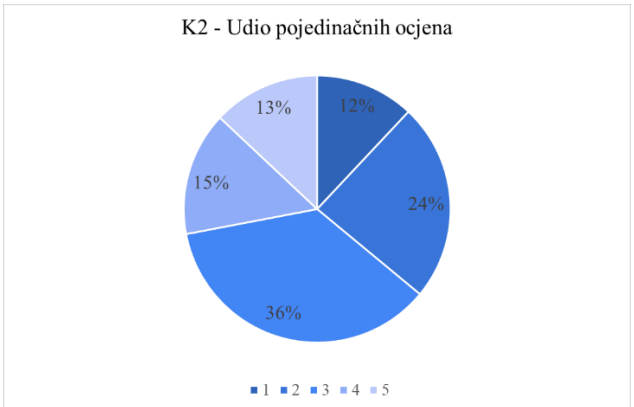
Problemi povezani sa analizom okruženja vidljivi su i na elementu diskusija o izmjeni misije, strategije i planova na bazi analize prilika, prijetnji, snaga i slabosti, te je ovaj element ocijenjen ocjenom ispod prosjeka. Kontrolna pitanja iz ovog dijela pokazuju i nerazumijevanje ispitanika u odnosu na određene alata, npr. PESTEL, gdje je samo 14% ispitanika ocijenilo da ne poznaju niti koriste pestel analizu, dok je 10,2% ispitanika ocijenilo da poznaju i koriste ovaj alat.

Rad sa nosiocima procesa, koji je najlošije ocijenjen na vrijednosnoj skali, u ovom kontekstu može biti pokazatelj nedovoljne orijentacije ustanova na procesni model, ali i mogućnosti da ispitanici nisu na poziciji donosioca odluke o baziranju rada ustanove na procesnom modelu.



Grafikon 18.: K2 – Kreiranje i (re)definisanje strategije, ciljeva, resursa i planova aktivnosti

Analiza udjela pojedinačnih samoevaluacija znanja, vještina i sposobnosti pokazuje prisustvo 36% ocjena naprednog i stručnjaka.



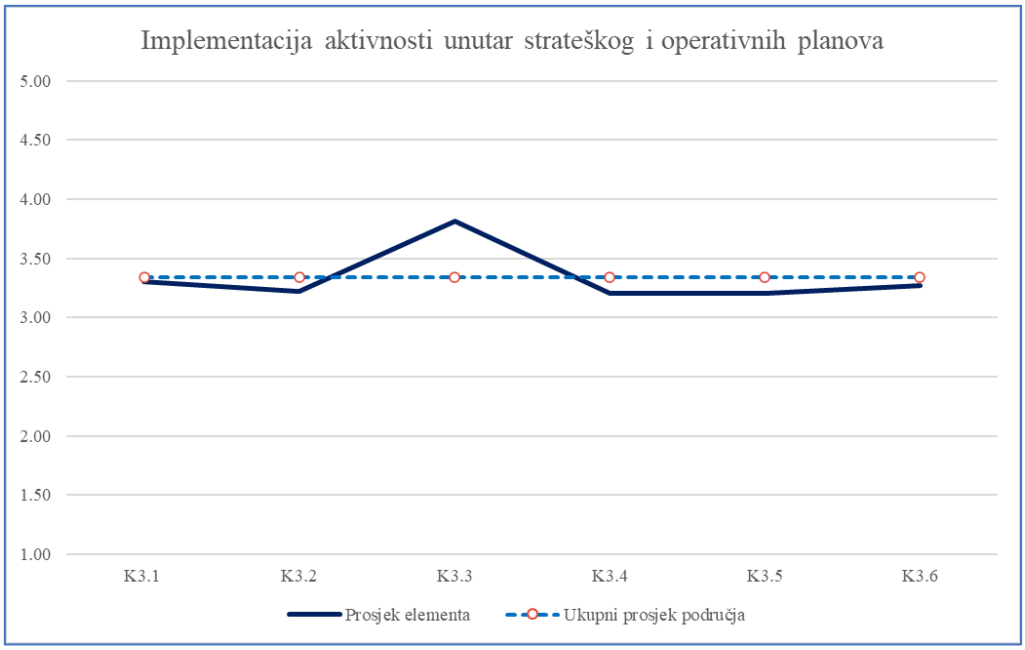
Grafikon 19.: K2 – Udio pojedinačnih samoocjena

U isto vrijeme, više od četvrtine ispitanika vlastite sposobnosti ocjenjuje bazičnim i početnim nivoom. Pri ocjeni važnosti elemenata poslovanja koji se odnose na oblast kreiranja i definisanja ili redefinisanja strategije, ciljeva, resursa i planova aktivnosti ispitanici su ocijenili ove elemente pretežno na pozitivnoj strani važnosti (umjereno, važno i veoma važno), uz malo manju važnost na trenutnim pozicijama koje obavljaju (što se može dijelom pripisati i izmjenama na menadžerskim pozicijama u različitim periodima rada ustanove).

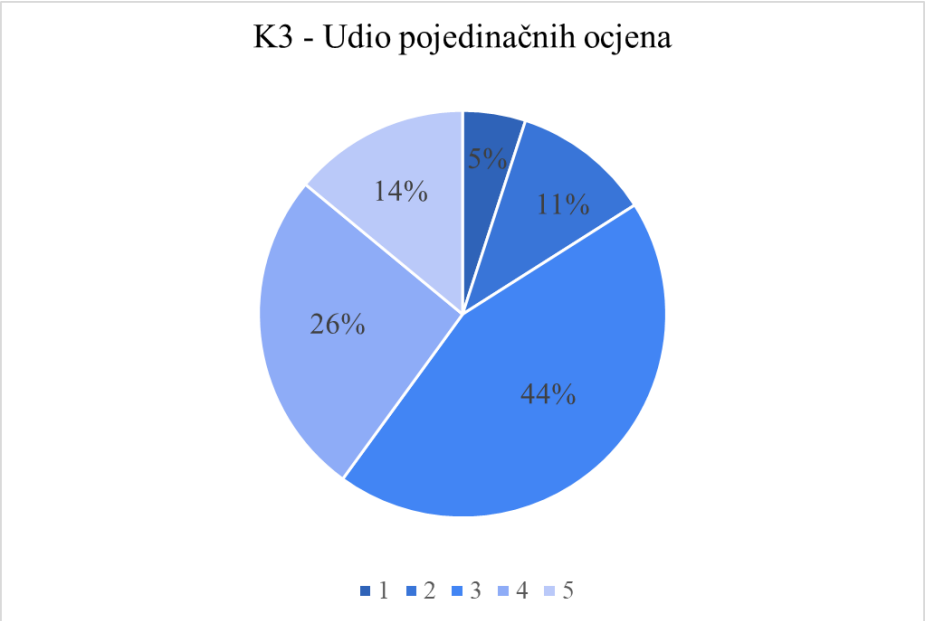
K3: Implementacija aktivnosti unutar strateškog i operativnih planova (praćenje i prekretnice/ milestones na implementacionim čvorištima). Ovo područje se sastoji od ukupno šest elemenata predstavljenih na grafikonu 20.

Prva dva elementa se odnose na pomoć nosiocima operativnih ciljeva u kreiranju gantograma, diskusije o mogućim revizijama dokumenata i planova, sa mapiranjem i sklađivanjem sa drugim procesima. U ovaj dio ulaze i planovi i procedure alokacije svih dostupnih resursa, te razvijanje scenarija B sa nosiocima procesa (analiza mogućih rizika).

Iz analize ovog područja, odnosno elemenata vidljivo je da element povezan sa kreiranjem i pomaganjem procesa alokacije resursa potrebnih za provedbu ciljeva za svaki proces ocijenjen najbolje u odnosu na ostale (3.81), te je jedini iznad prosjeka područja (3.34). Ispitanici su sigurno iskusni u alokaciji resursa, iako je moguće da su se u ovom pitanju više fokusirali na alokaciju resursa nego na dio „za svaki proces“ (što bi podrazumijevalo da ustanove djeluju na principima procesnog pristupa. Kod ostalih elemenata ove oblasti ocjene su prilično ujednačene i blizu samom prosjeku oblasti, te se ne primjećuje da je neki element značajno slabije ocijenjen.



Grafikon 20.: K3 – Implementacija aktivnosti unutar strateškog i operativnih planova



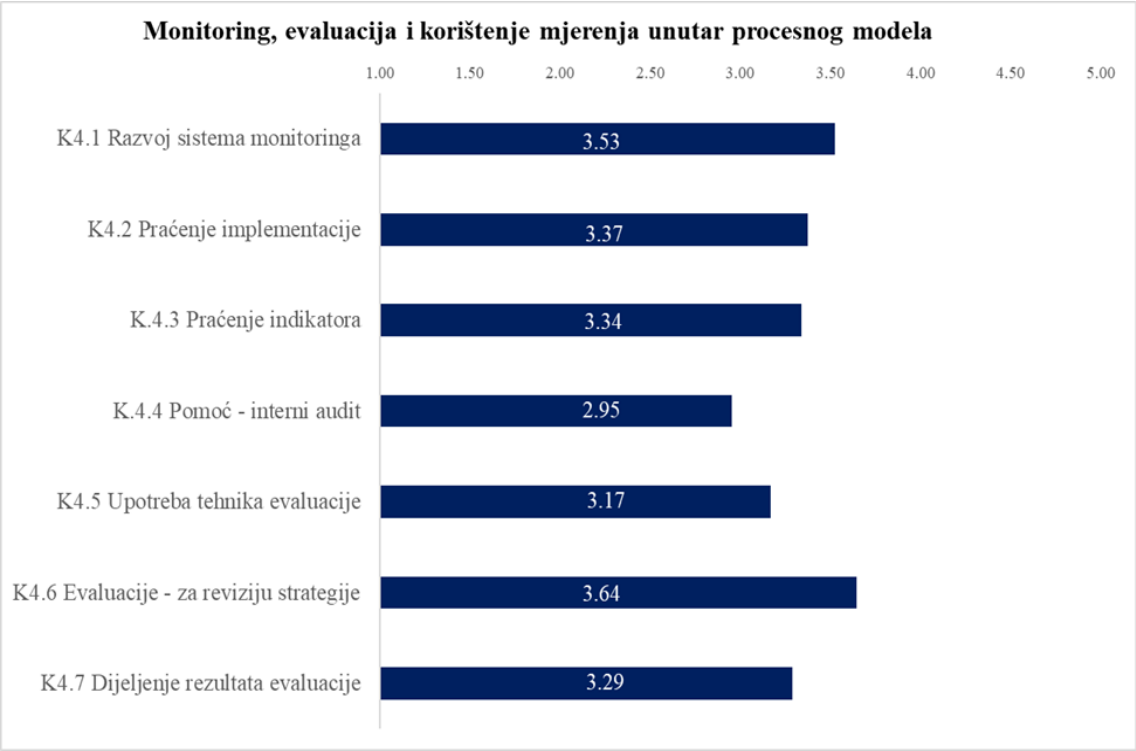
Grafikon 21.: K3 – Udio pojedinačnih samoocjena

Relativno visoka disperzija unutar različitih nivoa znanja, vještina i sposobnosti (od bazičnih znanja do stručnjaka) ukazuje na insuficijentnost znanja i vještina za pojedinačne elemente u području implementacije. Obzirom da je većina ispitanika obavljala menadžerske pozicije u posljednjih 10 godina, logična je relativno visoka zastupljenost ocjena nivoom napredni i stručnjak (40% kumulativno) u području. Nasuprot tome, manja raspršenost odgovora pri ocjeni važnosti (na trenutnoj poziciji i u ustanovi) ukazuje na razvijenu svijest ispitanika o potrebi stalnog usavršavanja, ali i primjene stečenih znanja unutar ustanove.

K4. Usmjeravanje aktivnosti nadzora, mjerenja i evaluacija rada unutar procesnog modela i korištenje rezultata mjerenja (prikupljenih i analiziranih indikatora) izlaznih procesa.

Ovo područje se sastoji od ukupno sedam elemenata i obuhvata znanja, vještine i sposobnosti iz sistema monitoringa, praćenja implementacije aktivnosti, indikatora uspjeha koji bi trebali biti raspoređeni na sve procese, provođenja internih audita i drugih tehnika evaluacije dijelova i cjelokupne ustanove. Osim implementacije i monitoringa, važna je i disperzija rezultata koju vrše top menadžeri interno i eksterno sa definisanim interesno-uticajnim grupama, te njihovo korištenje za buduća planiranja.

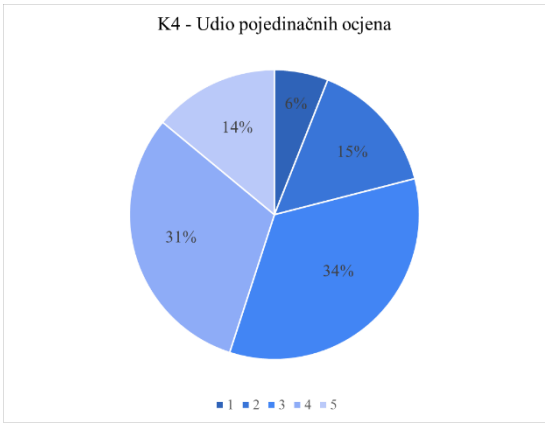
Na grafikonu 22. prikazani su rezultati samoevaluacije svih sedam elemenata, gdje je vidljivo da samo dva područja prelaze prag prihvatljivosti od 3.5 na vrijednosnoj skali, a to su područje razvoja sistema monitoringa i područje rezultata korištenja dostupnih evaluacija. Ukoliko se ovdje uzme u obzir kontrolno pitanje koje se odnosi na to da li uključuju i nemedicinski dio aktivnosti u sisteme monitoringa, postaje jasno da se ove ocjene temelje isključivo na njihovoj usmjerenosti na proces pružanja zdravstvene usluge, tj. temeljni proces.



Grafikon 22.: K4 – Mjerenja u procesnom modelu (prosječna ocjena po elementima)

Pojavljivanje ocjene bazičnog znanja u područjima vezanim za interni audit i tehnike evaluacije ukazuju na prisutnu nesigurnost ispitanika u ovim elementima monitoringa, evaluacije i korištenja rezultata. Stubovi koji prikazuju elemente razvoja sistema monitoringa na ustanovi, procesima i uslugama, te korištenje evaluacija za revizije strategije prikazuju relativno visoku ocjenu. Ocjena elementa pomoći pri provođenju internog audita koji je najniži (2.95) u odnosu na prosjek (3.33) ukazuje na odsustvo praksi internog audita na ustanovama. Na skali vrijednosti, svi prosječni rezultati samoevaluacije smješteni u rangu od 2.95 do 3.64, što u osnovi pokazuje priličnu ujednačenost u znanju, vještinama i sposobnostima u području MAP-a, dakle između ograničenog iskustva i praktične primjene.

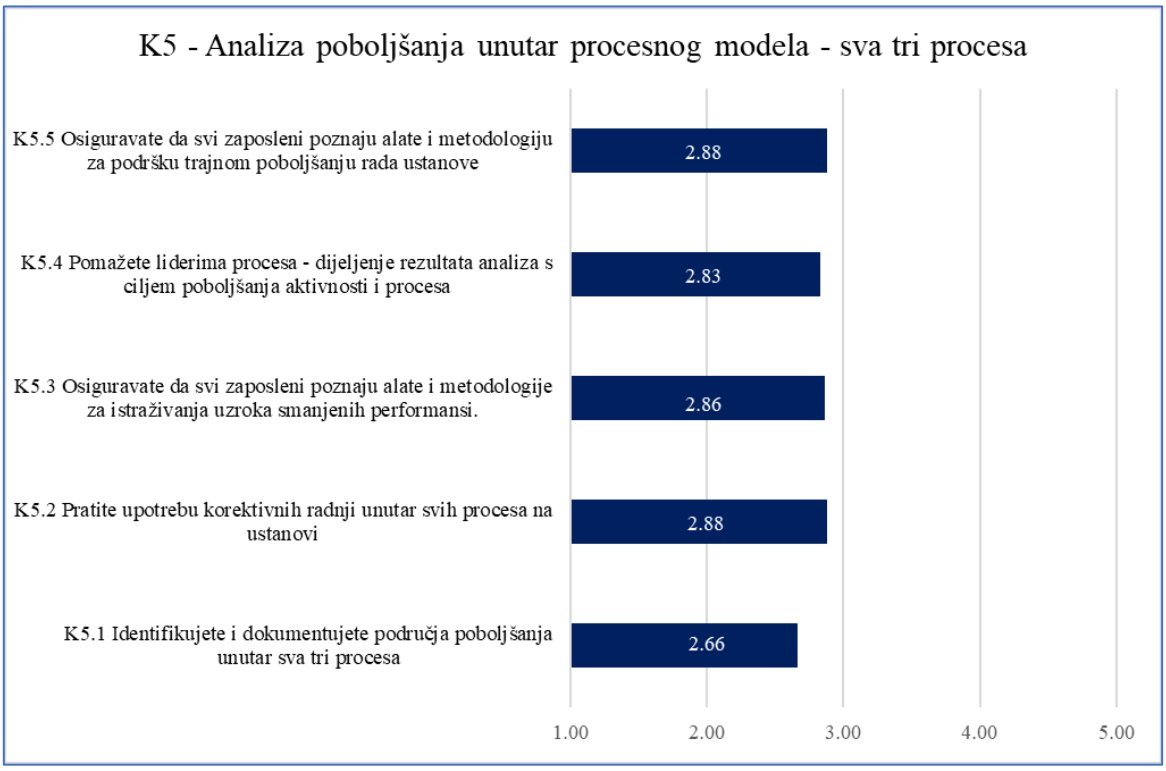
Ukupni podaci ukazuju da ispitanici smatraju da unutar ustanova još uvijek ne postoje dovoljni kapaciteti da se sistemu monitoringa, evaluacije i učenja posveti adekvatna pažnja.



Manja suprotstavljenost odgovora pri ocjeni važnosti (na trenutnoj poziciji i u ustanovi) u odnosu na procjenjena znanja i vještine, kao i kumulativnih 50% samoevaluacije nivoom početni i srednji ukazuju na razvijenu svijest ispitanika o potrebi stalnog usavršavanja, ali i primjene stečenih znanja i vještina o monitoringu, evaluaciji, te analizi i korištenju podataka unutar ustanove.

Grafikon 23.: K4 – Udio pojedinačnih samoocjena

K5. Poboljšanja u radu ustanove unutar procesnog modela (sva tri procesa: upravljački, temeljni, podrške). Ovo područje se sastoji od ukupno pet elementa prikazanih na slici.

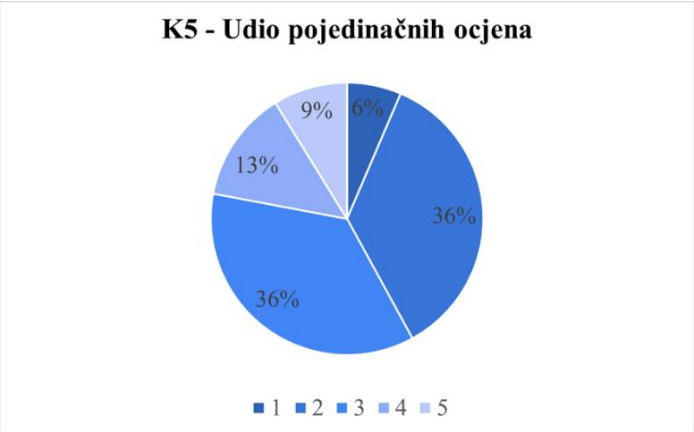


Grafikon 24.:. K-5 Analiza poboljšanja unutar procesnog modela – (prosječna ocjena)

Dio K5 predstavlja najlošiju ocjenu KPE ispitanika u odnosu na njihova znanja, vještine i sposobnosti. Niti jedna ocjena iz područja koja se odnose na poboljšanja unutar procesnog modela, ne doseže vrijednosno prihvatljivu ocjenu 3.5. Rezultati samoevaluacije top menadžera koja obuhvataju procjenu nivoa diseminacije alata i metodologije za trajna poboljšanja unutar ustanove, distribucija rezultata mjerenja na relevantne adrese (unutar i van ustanove), praćenje korektivnih radnji, te dokumentovanje poboljšanja unutar sva tri procesa, pokazuju nizak prosjek na vrijednosnoj skali gdje se menadžeri u osnovi nalaze na nivou ograničenog iskustva, tj. posjeduju teoretska znanja o potrebi poboljšanja ovih područja.

Prosječna samoocjena ukupnog područja je 2.88, što ukazuje na relativno nizak nivo poznavanja rada i poboljšavanja rada unutar tri procesa ustanove. Većina elemenata nalazi se na nivou prosjeka područja, izuzev elementa identifikacije i dokumentacije područja poboljšanja, koje je ocijenjeno dosta nižom ocjenom. Naviknutost zdravstvenih radnika da o zdravstvu razmišljaju prvenstveno u kontekstu pružanja zdrastvene usluge i na ovaj se potvrđuje, obzirom da ispitanici prepoznaju vlastite nedostatke u ovom specifičnom području rada. Udio pojedinačnih ocjena nivoa početni i srednji zauzima preko 70% ukupnih ocjena samoevaluacije znanja, vještina i sposobnosti.

Prednost ovog rezultata leži u činjenici da ipak pokazuje da su ispitanici teoretski savladali elemente, ali da nisu bili u mogućnosti implementirati ih na ustanovama iz različitih razloga, koja nisu uvijek temeljena na njihovim znanjima i vještinama.



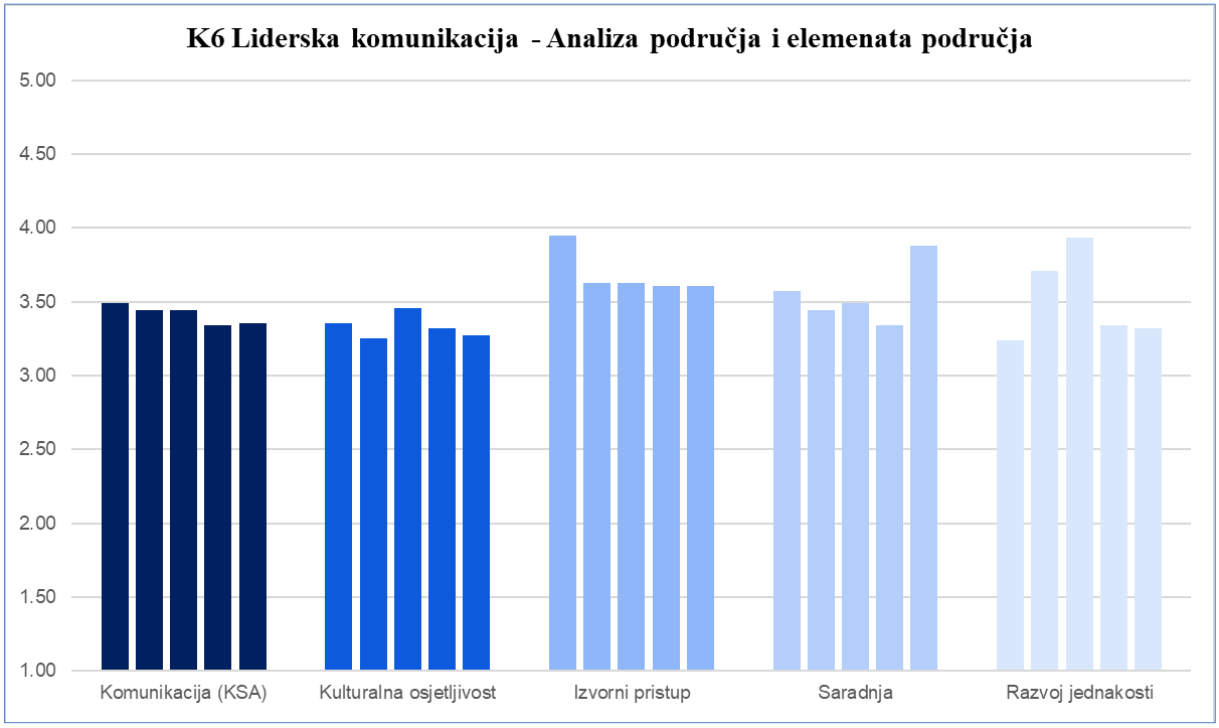
Grafikon 25.: K5 – Udio pojedinačnih samoocjena

Prisustvo nivoa početnika ukazuje da dio ispitanika nije u potpunosti obučen da vrši adekvatne analize, planove za poboljšanje i poboljšanja unutar tri procesa ustanove. Ovo se u velikoj mjeri može smatrati i odsustvom iskustva za pojedine ispitanike, obzirom da poslovanje unutar procesnog modela zahtijeva i praksu. Pojavljivanje ocjene bazičnog znanja u svim posmatranim elementima oblasti ukazuje na prisutnu nesigurnost ispitanika u oblasti poboljšanja u radu unutar procesnog modela. Ocjena znanja, vještina i sposobnosti kao naprednih i stručnjaka kod petine ispitanika razumljiva je obzirom da je sama kontinuirana profesionalna edukacija namijenjena profesionalcima sa potencijalom da postanu ili su već dio top menadžmenta ustanova.

K6. Liderska komunikacija, kulturalna osjetljivost i prilagodljivost, autentični angažman, saradnja i jednakost.

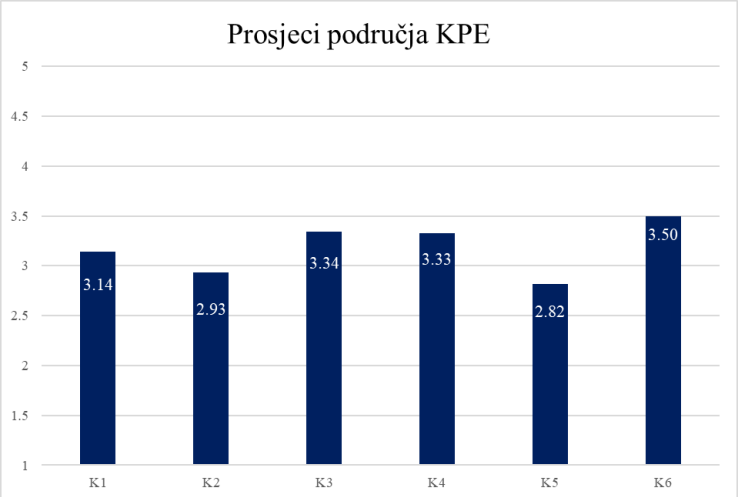
Ovo područje se sastoji od ukupno pet potpodručja i 26 uključenih elemenata: komunikacije, kulturalne osjetljivosti i prilagodljivosti, izvornog pristupa i autentičnosti, saradnje i razvijanja jednakosti. Na grafikonu 26. prikazan je raspored nivoa znanja, vještina i sposobnosti unutar pet potpodručja oblasti liderske komunikacije, koja sadrže ukupno 26 pojedinačnih elemenata. Područje izvornog pristupa (stubovi u sredini svake ocjene) jedino je dobilo natprosječne vrijednosti u svih pet elemenata. Komunikacija (KSA) i kulturalna osjetljivost po svim elementima nalaze se ispod prosjeka područja (3.50). Podpodručja saradnje i razvoja jednakosti su ocijenjena iznad prosjeka po dva njihova elementa. Važno je napomenuti da prosjek od 3.50 predstavlja prelaz između srednjeg i naprednog nivoa, te da rezultate ispod ovog prosjeka po pojedinačnim elementima ne treba smatrati lošim.

Prihvatljivu ocjenu na vrijednosnoj skali od 3.5 prelaze svi elementi koji se odnose na izvorni pristup, tj. autentični angažman, gdje se ispitanici najbolje ocjenjuju u području prepoznavanja odnosa koji utiču na rad ustanove, veze između unutrašnjih i vanjskih grupa, kao što su npr. odnosi između odjeljenja, klinika, kolega, zdravstvenih centara, procesa. Tu su se ispitanici ocijenili visokom ocjenom od 3.95. Takođe, vrednovanje područja koja se odnose na dobre odnose sa IU stranama, rješavanje problema, te učešće u događajima, sastancima ili okupljanjima zajednici ocijenjena su ocjenama koje prelaze postavljeni prag na vrijednosnoj skali od 3.5 (min. 3.61), te se time ispitanici svrstavaju u područje praktične primjene i primjenjene teorije.



Grafikon 26.: K6 Liderska komunikacija – Analiza poboljšanja (elementi, podpodručja i područja)

U području saradnje, najbolje je ocijenjen dio koji se odnosi na pregovore i kompromisna rješenja sa IU stranama, čak 3.88, a najlošije ocijenjena područja sa 3.44 razumijevanje ličnih interesa na individualnom nivou i nivou zajednice, te 3.34 na proces saradnje sa članovima zajednice na prikupljanju i analizi informacija koje dobivaju od zajednice. U potpodručju broj pet koji se odnosi na razvoj jednakosti najbolje ocijenjeni element je ocjena pomoći u povezivanju grupa sa mrežama ljudi, ideja i resursa, ocijenjena prosječnom ocjenom 3.93. Visoka ocjena je takođe dodijeljena i u element provođenja kompromisnih rješenja, sa prosječnom ocjenom 3.71. Najlošije je ocijenjen element (3.24) koji se odnosi na mjerenje uticaja efekata politike, proces pružanja usluga za različite IU strane, što u osnovi predstavlja jedan od važnijih elemenata potpodručja, i može biti objektivno utvrđen, za razliku od ostalih subjektivnih stavova koje su ispitanici pokazali unutar samoevaluacije.



Na grafikonu 27. prikazane su ukupne prosječne ocjene po područjima konteksta ustanove i strateškog planiranja, kreiranja strateških dokumenata, implementacija, procedure MAP-a, poboljšanja i liderske komunikacije sastavljene iz šest podpodručja.

Najlošije ocijenjeno područje je K5, ocijenjeno prosječnom ocjenom 2.82 gdje su uključena poboljšanja na sva tri procesa.

Grafikon 27.: Ukupne prosječne ocjene od K1-K6

Dio koji zadovoljava vrijednosnu skalu od 3.5 jedino je područje koje se odnosi na samoevaluaciju ispitanikove liderske komunikacije, koja je u osnovi i najsubjektivniji dio upitnika, jer ne postoji način provjere osim ispitivanja zaposlenika unutar svake pojedine ustanove. Raspon u kojem se ocjene po područjima kreću su od 2.82 do 3.34 (ne zadovoljavaju vrijednosni prag od 3.5) uz izuzetak navedenog područja liderske komunikacije. Dakle, prethodne analize rezultata provedene ankete pokazuju konzistentne trendove unutar većine posmatranih oblasti. Prilikom samoprocjene stečenih znanja putem KPE edukacije vidljivo je da su se operativni, srednji i top menadžeri ocijenili prosječnim srednjim ocjenama unutar većine navedenog područja (ukupni prosjek svih područja je 3.17). Može se zaključiti da su usvojili dovoljna znanja i vještine koje su im potrebne za početak provedbe nekih funkcija strateškog menadžmenta, uključujući pojmove, procese i aktivnosti. Navedeni rezultati će se u nastavku mjeriti u odnosu na implementaciju funkcija na ustanovama koje vode ili na kojima rade. Ukoliko dođe do većeg odstupanja u implementaciji neophodnih funkcija i njihovih znanja istražiće se mogući uzroci disproporcije.

5.2.2. Analiza istraživanja SUK u odnosu na funkcije područja SM

U nastavku je predstavljena analiza prikupljenih podataka vezanih za podvarijablu H1b:

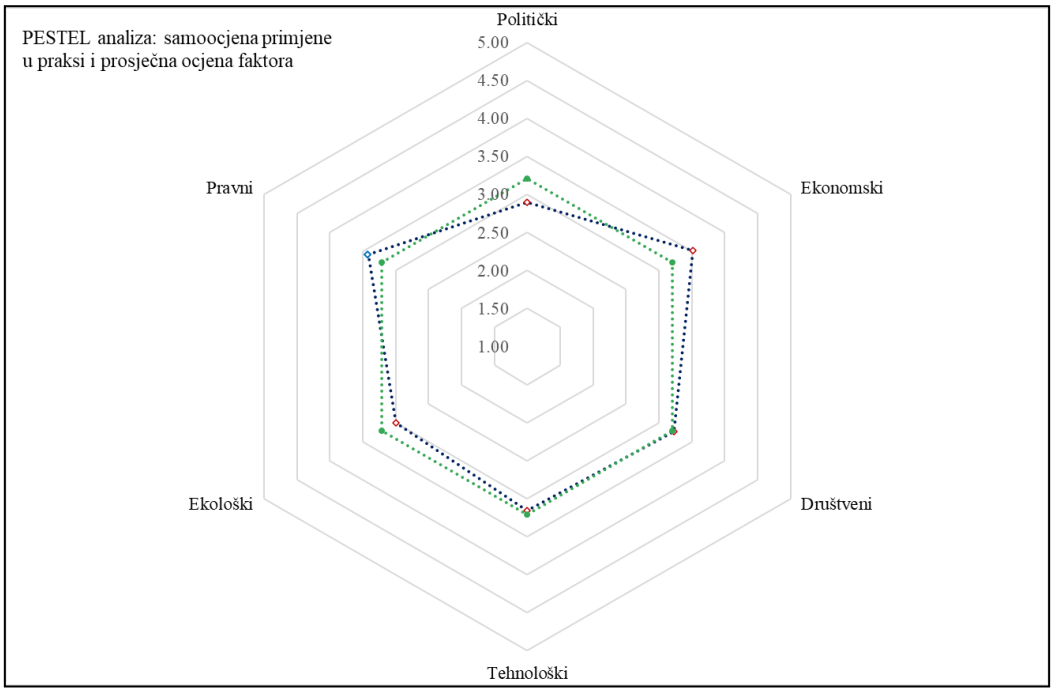
Zadovoljavanje zahtjeva norme ISO 9001 unutar zdravstvene ustanove ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta

Menadžerski/upravljački sistem odgovoran je za kreiranje i funkcionisanje organizacione strukture i upravljačkih procesa zdravstvene ustanove (kroz formalni dizajn, politike, podjelu odgovornosti, dokumentaciju, moć i autoritet), definisanje i provođenje misije i strateških ciljeva kao i svih administrativnih aktivnosti, a provjerava se putem utvrđivanja ispunjenosti zahtjeva tačaka norme ISO 9001:2015 (tačke od 4.-10.) unutar zdravstvene ustanove. **Za analizu druge nezavisne podvarijable (H1b)** korištena je metoda deskriptivne statističke analize s ciljem analiziranja ispunjenosti zahtjeva norme ISO 9001:2015 u postojećim sistemima kvalitete na zdravstvenim ustanovama. Pri formulisanju anketnog upitnika uključena su dihotomna pitanja, pitanja višestrukog izbora i otvorena pitanja, s ciljem sticanja obuhvatnog uvida u aktivnosti, procese i probleme sa kojima se suočavaju top menadžeri zdravstvenih institucija sa tri nivoa zdravstvene zaštite. Direktni fokus bazira se na zahtjeve sadržane u tačkama 4., 5., 6., 7., 8., 9. i 10. norme ISO 9001:2015, uz korištenje metoda primarnog empirijskog kvantitativnog istraživanja, te deskriptivne statističke analize uz primjenu numeričkih i grafičkih postupaka.

U okviru analize ispunjenosti ISO norme - ***Tačke 4. – Kontekst organizacije*** *(skeniranje okoline) u kojoj ste zaposleni ili ste radili* analizirane su prakse institucija u odnosu na skeniranje i procjene okruženja (PESTEL, SWOT, učešće zaposlenih), definisanje interesno-uticajnih strana ustanove, te osnovne dokumentacije kvaliteta (dokumentovan SUK, dokumentovani procesi, dokumentovane odgovornosti i ovlasti na nivou procesa).

U direktnom razgovoru sa ispitanicima i kroz dokumentacionu analizu utvrđeno je da se PESTEL analiza provodi na nivou ministarstva, te se kao takvo integriše u strateške dokumente i SUK ustanove, te da je moguće da se redovne analize provode u manjoj mjeri od naznačene.

Nesrazmjer i razlikovanje procenata po odgovoru na pitanje o primjeni PESTEL analize (ocjena 2.94) i ukupnoj prosječnoj vrijednosti pojedinačnih analiza (ocjena 3.21) unutar ove analize ukazuju na prisutno slabo razlikovanje pojmova i alata strateškog menadžmenta. Ovaj nalaz je u skladu sa prethodnom analizom znanja, vještina i sposobnosti stečenih kroz KPE, u kojoj se pokazalo da su i sami ispitanici u dobroj mjeri svjesni kompleksnosti analiza okruženja, te da nisu u potpunosti obučeni da vrše adekvatne analize, dok je za neke ovo i posljedica nedovoljnog iskustva.



Grafikon 28.: Primjena elemenata PESTEL analize – menadžerska praksa u zdravstvu

Iz prikaza na grafikonu 28. vidljivo da prosječna ocjena elemenata faktora PESTEL analize iznosi 3.21 (zelena isprekidana linija). Istovremeno, najveće negativne razlike u odnosu na prosječnu ocjenu izražene su kod elemenata političke (2.90; 0.31 razlike u ocjeni), ekološke (0.21 razlike), te tehnološke analize (0.05 razlike), koje su prikazane plavom linijom. Ovi podaci ukazuju na nedovoljno sagledavanje ovih elemenata u praksi institucija, iako je njihovo poslovanje u velikoj mjeri povezano upravo sa ovim aspektima okruženja. Jedan od mogućih razloga mogao bi biti već pomenuto preuzimanje analize sa nivoa ministarstva. Niska samoocjena primjene političke analize stoji u djelimičnoj kontradikciji sa opštom percepcijom političkih uticaja na sektor. Međutim, vrlo je moguće da se ovi uticaji na institucije reflektuju primarno kroz pravni i ekonomski okvir, koji su ocijenjeni ocjenama višim od prosječnog, te ih top menadžeri i percipiraju većinom kroz ovu prizmu. Top menadžeri ne rade analizu vanjskog okruženja, budući da smatraju da su za to zadužene nadležne institucije. U dodatnoj analizi, utvrđeno je da ne postoji značajna razlika u samoocjeni primjene analize okruženja (SWOT, PESTEL) između cijele grupe ispitnika i podgrupe top-menadžera.

Kontrolnim pitanjima je utvrđeno da, mada je 19 top menadžera zdravstvenih ustanove (62%) odgovorilo da koristi PESTEL analizu vanjskog okruženja na ustanovama u kojima rade, njih 55% vrši analizu političkog okruženja, 68% ekonomskog, društvenog 65%, tehnološkog 45%,

ekološkog 39%, a pravnog 65%. Dakle jasno je da su teoretski upoznati sa alatom PESTEL, kao što je jasno da ga ne koriste na ustanovama ili ga koriste samo parcijalno.

Rezultati ankete ukazuju na relativnu ravnotežu postojanja i nepostojanja praksi analiza okruženja unutar ustanove. Odgovori na dihotomna pitanja povezana sa analizom okruženja pokazuju prethodne nalaze, pri čemu oko dvije trećine ispitanika podgrupe top-menadžera smatraju ove analize važnim za poslovanje ustanove.

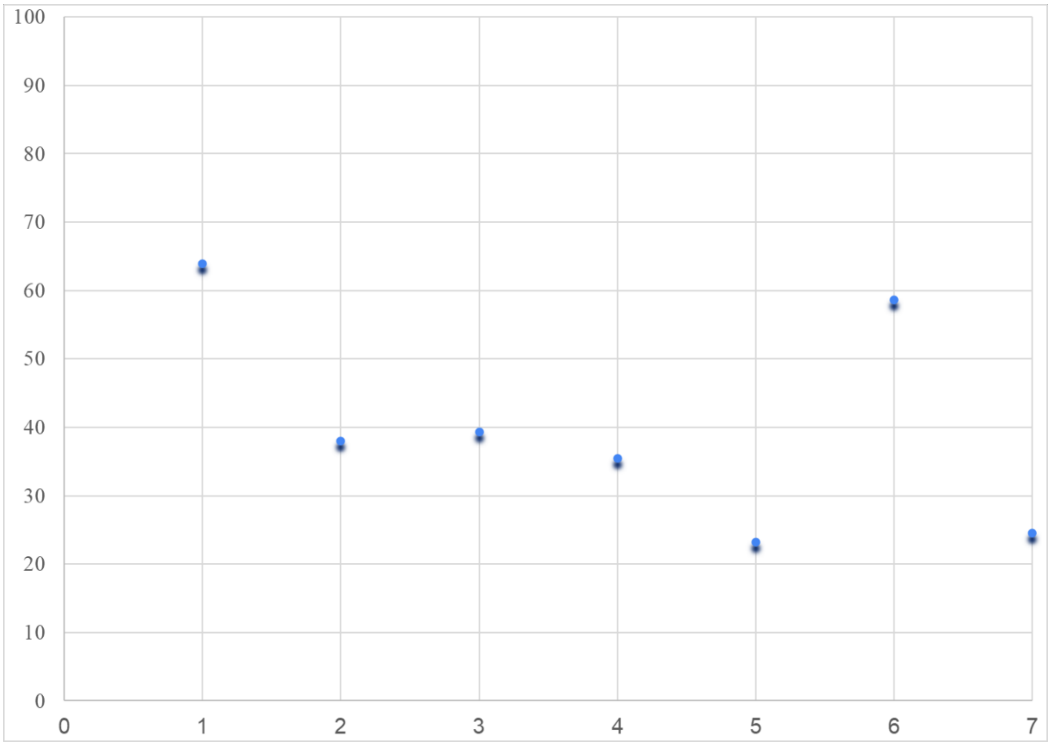
Prilikom ocjene primjene podelemenata tačke 4. norme, u odnosu na dokumentovanje politika kvaliteta, preko 60% odgovora označeno je pozitivno. Ovi postoci nisu u potpunoj saglasnosti sa nalazima strukturisanih intervjua sa top menadžmentom, pri kojima je utvrđeno da brojni ispitanici nisu adekvatno upućeni u detalje dokumentacije, te da ne uspijevaju na adekvatan način artikulisati sadržaj dokumentacije unutar ove tri navedene oblasti.

Odabrani podelementi (prikazani na grafikonu 29.) saglasni sa ISO normom ***tačka 5. – Vodstvo*** koje su ispitanici ocjenjivali unutar svojih menadžerskih praksi su: dokumentovana politika i ciljevi kvalitete (Q2.1), postojanje definisane vizije, misije i vrijednosti na nivou ustanove (Q2.2), zatim obezbjeđivanje diseminacije info i podataka (Q2.3 – kontrolno), prikupljanje relevantnih informacija za medicinske i nemedicinske aktivnosti (Q2.4 - kontrolno), te konkretni elementi koji se odnose na postojanje dokumentovane analize rizika i prilika (Q2.5), postojanje dokumentovane politike kvalitete u kojima su uključene i nemedicinske aktivnosti (Q2.6) i dokumentovane podjele odgovornosti i ovlasti svakog zaposlenika u području SUK-a (Q2.7).

Tabela 26.: Prikaz prosječnih ocjena po elementima Q2.1-Q2.7 (autor)

Q2.1	Q2.2	Q2.3	Q2.4	Q2.5	Q2.6	Q2.7
3.10	3.65	4.45	3.00	2.55	2.84	2.65

Najlošije ocjenjeni elementi su dijelovi koji bi trebali biti dokazivi, tj. njihovo postojanje prisutno na ustanovi, a to su postojanje analiza i prilika na nivou ustanove (2.55), te dokumentovane podjele odgovornosti i ovlasti svakog zaposlenika u području SUK-a (2.65). Kontrolna pitanja se odnose na subjektivne ocjene vezane za diseminaciju podataka, te su se tu visoko ocijenili prosječnom ocjenom 4.45, te ocjenom 3.00 u području prikupljanja relevantnih informacija (subjektivna procjena ispitanika). Nažalost, u područjima u kojima bi postojeća dokumentacija trebala biti dokaziva, ocjenili su se nižim ocjenama. Vrijednosna skala je zadovoljena samo u postojanju definisane misije i vizije (dokazivo), te subjektivnom pitanju diseminacije informacija i podataka učesnicima u procesu.



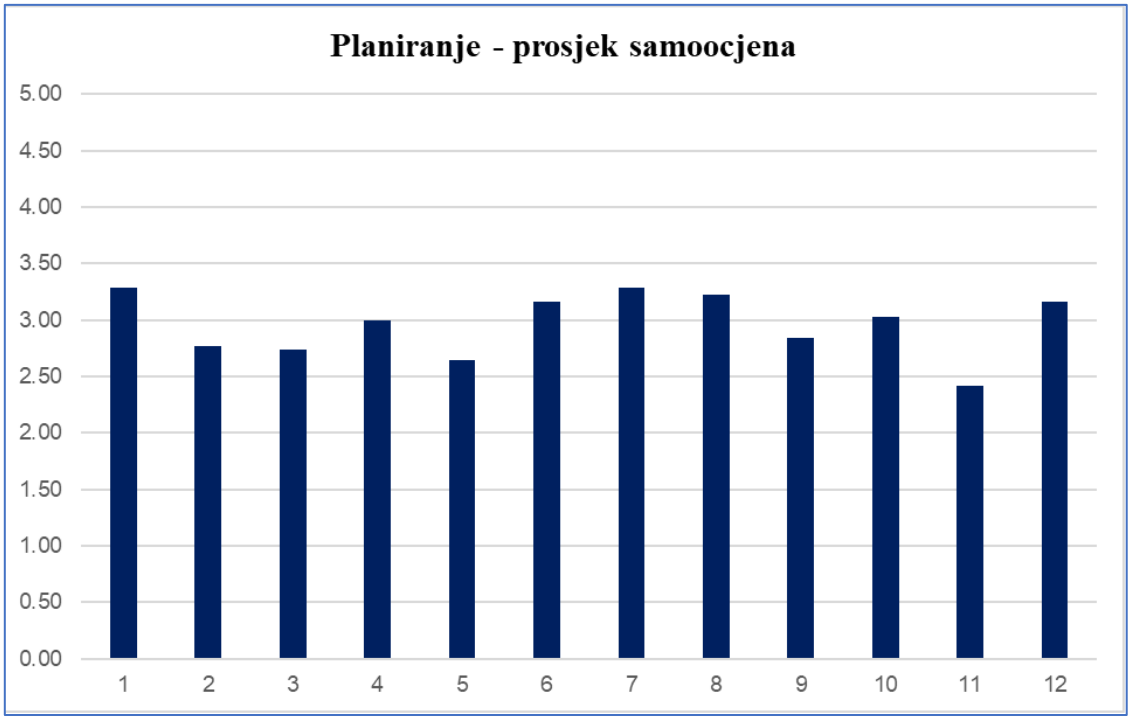
Grafikon 29.: Tačka 5. Vodstvo – udio samoocjene u ukupnom zbiru po elementima

Najveći procenti zabilježeni su po elementima 1. i 6. ispitivanim u skladu sa zahtjevima pod tačkom 5. norme ISO. Prema podacima istraživanja (postotak udjela samoocjene u ukupnom mogućem zbiru po pojedinačnim elementima), ispitanici tvrde da njihove ustanove posjeduju dokumentovane politiku i ciljeve kvalitete, te da uključuju i fokus na nemedicinske aktivnosti. Obzirom na više pomenutih situacija u kojima ovakvi zaključci nisu potkrepljeni praksom, moguće je da se u ovom slučaju djelimično radi o uobičajenom pogledu na ustanove gotovo isključivo kroz prizmu ključnog procesa, uz pridodate funkcije podrške (finansije, pravna, tehnička, higijenska itd.). Ovakav zbir funkcija ne može se smatrati uzorom percepcije nemedicinskih aktivnosti, jer su u praksi doživljene sekundarnim u odnosu na ključni proces pružanja zdravstvene usluge.

Ovakvo viđenje podržavaju nisko ocijenjeni elementi 5. i 7. o dokumentovanim analizama rizika i prilika, kao i uloga, odgovornosti i ovlasti svakog zaposlenika u području SUK. Ukoliko ustanove u manjoj mjeri posjeduju dokumentaciju ovih elemenata, teško je očekivati da im politika kvaliteta ustanove (osim deklarativno) uključuje stvarni fokus i na nemedicinske aktivnosti. Obzirom da analiza rizika i prilika čini integralni dio prethodno analizirane analize konteksta (kao dijela strateškog planiranja), ovaj nalaz dodatno potvrđuje nepotpuno razumijevanje cjelokupnog procesa strateškog planiranja i menadžmenta, te sistema upravljanja kvalitetom ustanove od strane menadžmenta.

Elementi zahtjevani normom ISO 9001:2015 *tačka 6. – Planiranje* koje su ispitanici ocjenjivali unutar svojih menadžerskih praksi predstavljeni su kroz sljedeće elemente organizovanja strateškog planiranja, definisanje metodologije za identifikaciju rizika kod planiranja SUK-a, fokus SUK-a na medicinske usluge, identifikacija rizika i mjera na svim procesima, upoznatost sa identifikovanim rizicima u područjima za koje odgovaraju, upoznatost sa mjerama za upravljanje rizicima u područjima za koje odgovaraju, ciljevi kvaliteta se reflektuju u gantogramu za svaki operativni cilj, definisani SMART ciljevi na nivou ustanove, te da postoji svrhu i potencijalne posljedice promjena strateških dokumenata pri planiranju promjena.

Analiza ispunjavanja zahtjeva Tačke 6. norme ISO i samoocjene primjene pojedinačnih elemenata daje uvid u prakse ustanova vezane za proces planiranja. Analiza ocjene pojedinačnih elemenata strateškog menadžmenta obuhvaćenih tačkom 6. norme ISO (planiranje) pokazuje da ispitanici smatraju da ustanova ima ciljeve kvaliteta direktno povezane sa strateškim i operativnim ciljevima, a u manjoj mjeri da su za svaki strateški i operativni cilj razvijeni gantogrami. Iz prikupljenih i analiziranih podataka, čini se da većina ustanova ima vlastite razvijene procese strateškog planiranja, te da se planiranje kvaliteta reflektuje u gantogramu. Većina ispitanika potvrđuje da su ciljevi kvaliteta direktno povezani sa strateškim i operativnim ciljevima njihove ustanove.



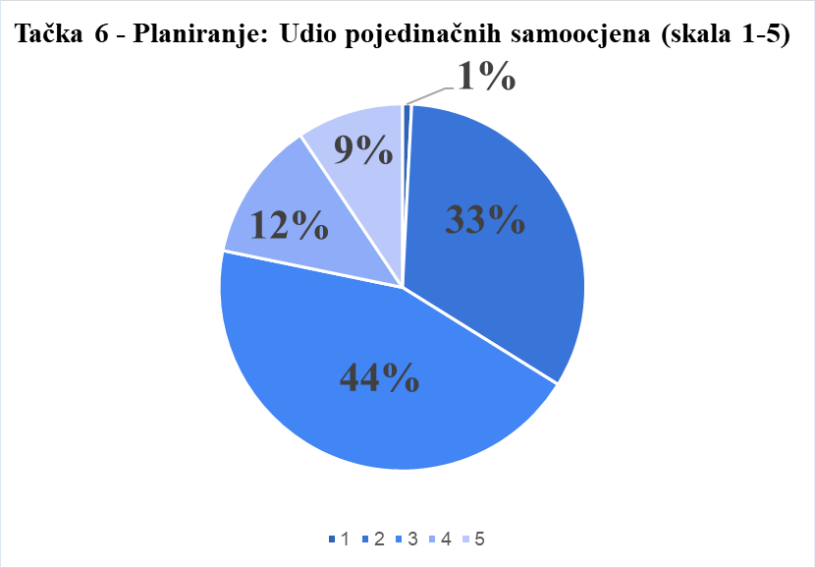
Grafikon 30.: Ispunjavanje Tačke 6. Planiranje (Q3.1-Q3.12)

Niti jedan element područja Planiranja ne prelazi vrijednosnu oznaku 3.5. Najlošije ocijenjeno područje, sa prosječnom ocjenom 2.42 (Q3.11) je dio koji se odnosi na postojanje razvijenih gantograma, tj. plana aktivnosti u koji su uključene aktivnosti po operativnim ciljevima zajedno sa pridruženim resursima, rizicima, odgovornosti i ovlasti, rok završetka, kao i način vrednovanja izvedbe).

Elementi čije ocjene nisu prešle prosječnu ocjenu tri su elementi metodologije za identifikaciju rizika i planiranja kod planiranja SUK-a (Q3.2) sa prosječnom ocjenom 2.77, elementi planiranja SUK u temeljnom procesu medicinske usluge i ishode (Q3.3) sa prosječnom ocjenom 2.74, svi zaposleni upoznati sa identifikovanim rizicima u vlastitom području (Q3.5) sa prosječnom ocjenom 2.65, te korištenje „SMART“ ciljeva kvaliteta (Q3.9) sa prosječnom ocjenom od 2.84.

Ovim tumačenjima rezultata obavljene ankete djelimično se suprotstavljaju nalazi dva elementa. Prvi je vezan za definisanu metodologiju za identifikaciju rizika i planiranja kod planiranja sistema upravljanja kvalitetom (SUK), element koji je ocijenjen slabije od drugih. Metodologija planiranja predstavlja način na koji ustanova pristupa planiranju kao strateškoj funkciji, te potrebnim analizama za sam proces planiranja, te definisanje indikatora. Implikacija ovih podataka mogla bi biti neadekvatno korištenje podataka monitoringa i evaluacije po definisanim indikatorima za promjene strategije i planiranja samih promjena, što u velikoj mjeri predstavlja samu srž procesnog modela i PDCA kruga.

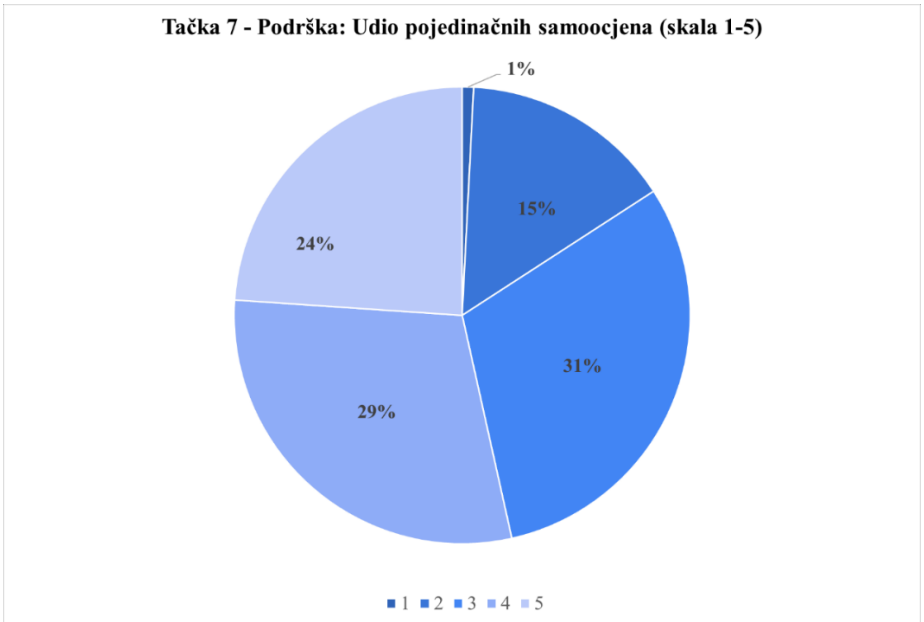
Drugi element odnosi se na rezultate pod pitanjem „Planiranje sistema upravljanja kvalitetom se odnosi isključivo na temeljni proces – medicinske usluge i ishode“. Na ovo kontrolno dihotomno pitanje 85% ispitanika odgovorilo je pozitivno, što u osnovi otkriva nerazumijevanje procesnog modela, kao i naviku da se na upravljanje kvalitetom u zdravstvu gleda gotovo isključivo kroz prizmu upravljanja kvalitetom pružene medicinske usluge. Kao što će SH model pokazati, kvalitet u zdravstvu treba biti posmatran puno šire od kvaliteta pružanja medicinske usluge kao temeljnog procesa.



Grafikon 31.: Tačka 6. Planiranje – Udio pojedinačnih samoocjena

Iz udjela samocjena nivoa 3 i 4, koji uključuju tri četvrtine datih ocjena, može se iščitati da su ispitanici svjesni kompleksnosti planiranja kao strateške funkcije, te da većinom ne smatraju svoje ustanove dovoljno obučenima da samostalno provode ove procese, bez vanjske podrške.

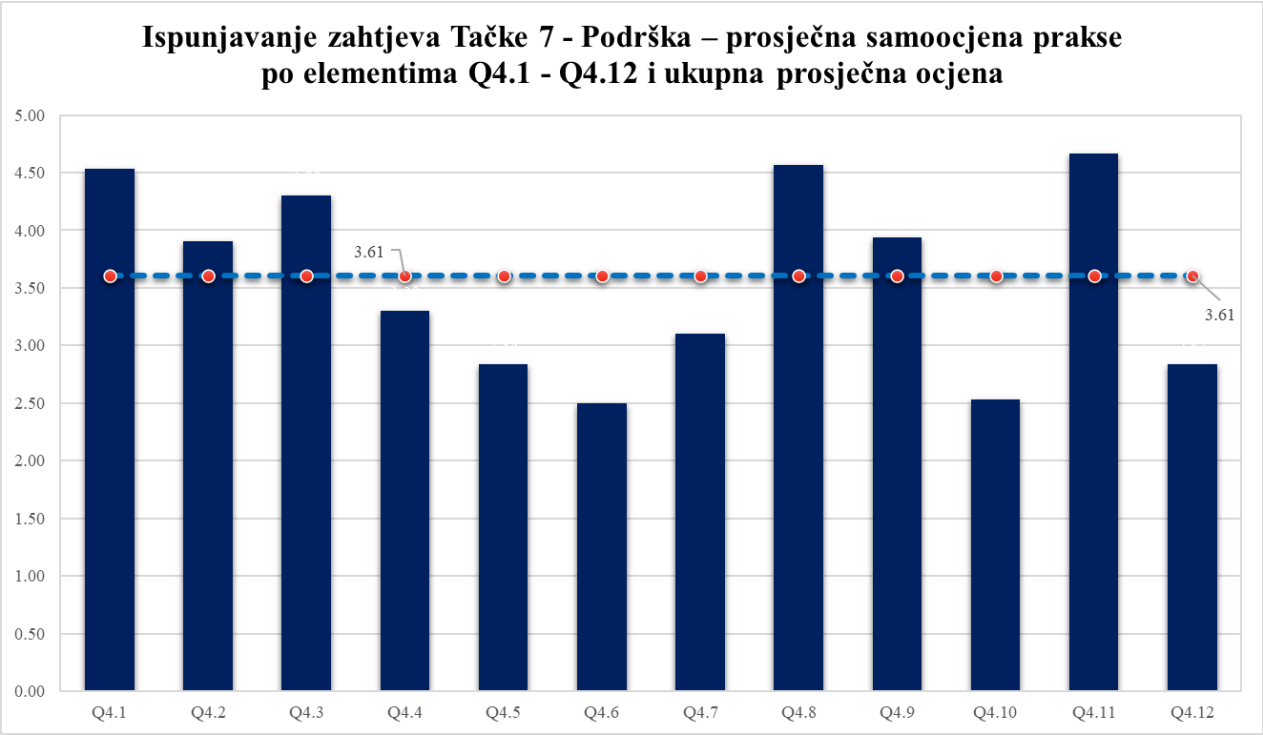
Analiza ispunjavanja zahtjeva Tačke 7. norme ISO – „Podrška“ i primjene pojedinačnih elemenata daje uvid u prakse ustanova vezane za proces planiranja podrške sistemu upravljanja kvalitetom. Kao što je ranije predstavljeno, ova tačka norme bavi se resursima (ljudi, infrastruktura, okruženje, organizaciono znanje), kompetencijama, sviješću, komunikacijom, dokumentovanim informacijama i informacionom bezbjednosti.



Grafikon 32.: Ispunjavanje zahtjeva Tačke 7. Podrška – samoocjena prakse ustanova

Podaci iz samoevaluacije ispitanika o praksama ustanova u pogledu ispunjavanja elemenata tačke 7 norme – Podrška ukazuju na visok kumulativni procenat (53%) udjela ocjena nivoa 4 i 5, što ukazuje da ispitanici smatraju da su ustanove u velikoj mjeri usklađene sa zahtjevima norme. Na grafikonu 33. vidljivo je da je natprosječno ocijenjeno šest elemenata: vezanih za zahtjeve za resurse (Q4.1), resurse za SUK i procese (Q4.2), zahtjeve infrastrukture (Q4.3), održavanje organizacionog znanja (Q4.8), kompetencije zaposlenih, partnera i dobavljača (Q4.9), te definisanja obavezne dokumentacije i zapisa (Q4.11). Najbolje ocijenjeni su elementi obavezne dokumentacije, organizacionog znanja i zahtjeva za resurse. Ovi elementi mogu se percipirati i kao imanentni većini organizacija, bilo da imaju SUK ili ne, tako da su prakse često u saglasnosti sa zahtjevima norme. Dublja kvalitativna terenska procjena bi mogla otkriti da li su dokumenti u potpunosti u skladu sa zahtjevima i preporukama norme, odnosno da li su svi preporučeni elementi inkorporisani u obaveznoj dokumentaciji.

Slabiji prosječni rezultati u odnosu na ukupnu prosječnu ocjenu područja „Podrška“, očekivano se odnose na boljke ustanova pri identifikaciji negativnih uticaja u radnoj okolini, kao dijela analize okruženja (Q4.5), zahtjeve mjerenja na svim procesima, kao pripremnog dijela monitoringa i mjerenja (Q4.6), te identifikovanja područja nemedicinskog znanja (Q4.7). Ovakva kombinacija pozitivnijih i negativnijih rezultata samoocjene u odnosu na relativno visok prosjek područja (3.61) ne daje nedvosmislenu sliku o integraciji zahtjeva norme u praksama ustanova, a što se dodatno utvrđuje eksternim auditom.



Grafikon 33.: Ispunjavanje Tačke 7 – Podrška – prosječna samoocjena i ukupna prosječna ocjena

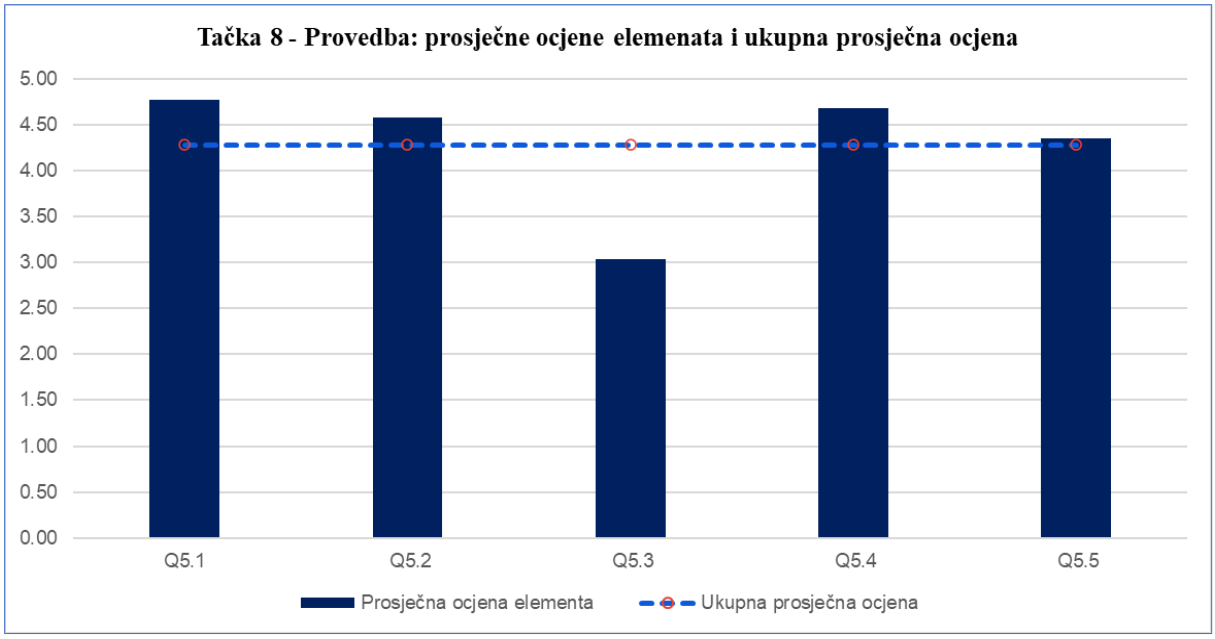
Elementi čije ocjene nisu prešle prosječnu ocjenu 3 su elementi identifikacije i dokumentacije postojećih negativnih uticaja u radnoj okolini (Q4.5) sa prosječnom ocjenom 2.90, zatim postojanje rezultata nadzora na sva tri procesa (Q4.6) sa prosječnom ocjenom 2.55, elementi upoznatosti zaposlenih sa SUK-om (Q4.10) sa prosječnom ocjenom 2.55, te primjenu elemenata informacione bezbjednosti (Q4.12) sa prosječnom ocjenom 2.84. Elementi koji su zadovoljili vrijednosnu ocjenu od 3.5 su elementi Q4.1-Q4.3, Q4.8, Q4.9 i Q4.11 koji se odnose na objezbjeđivanje resursa za ustanovu, resursa za SUK, resursa infrastrukture za sve procese, resursa za upravljanje znanjem, osigurava kompetencije, te propisuje obaveznu dokumentaciju i zapise za čuvanje.

Dodatnom analizom odgovora na dihotomna pitanja po oblastima funkcionisanja ustanove može se primijetiti da se područja neprimjene odnose primarno na definisanje nemedicinskih dijelova aktivnosti ustanova, zatim na postupke monitoringa i evaluacije, te na faktore upravljanja radnom okolinom (interno i eksterno). Preko 90% ispitanika odgovara pozitivno i po elementu definisanja zahtjeva za određivanje i obezbjeđivanje resursa, što se može smatrati dijelom tradicionalnog upravljanja zdravstvenim ustanovama (posebno finansiranjem iz budžeta), tako da su aktivnosti pod ovim elementom dobro poznati top menadžmentu.

Može se ocijeniti da ispitanici smatraju bitnim da ustanova definiše obaveznu dokumentaciju i zapise koji se moraju čuvati i održavati, zatim neophodne kompetencije za zaposlene, partnere i dobavljače (medicinske i nemedicinske), te ljudske resurse za SUK. Ovi podaci daju indikaciju o pravilnom prepoznavanju potrebe bolje afirmacije nemedicinskih aktivnosti kao dijela rada ustanove, kako interno tako i eksterno prema interesno-uticajnim grupama.

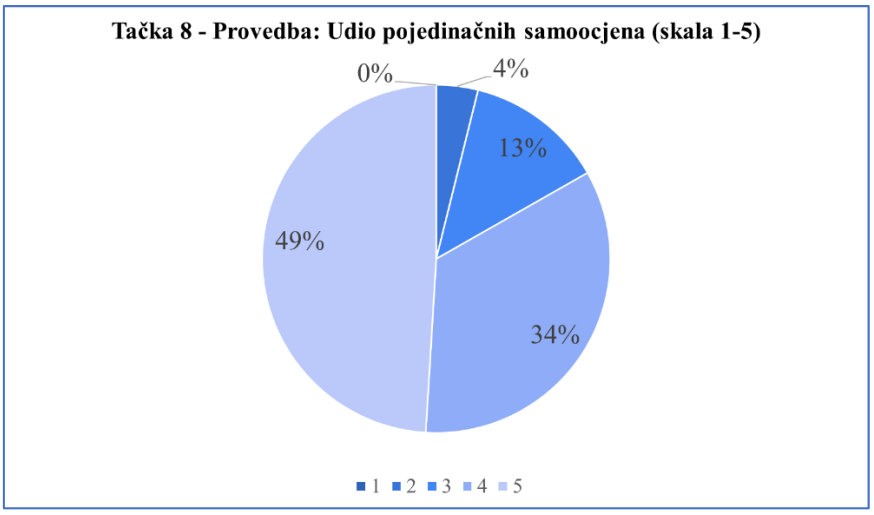
Ispunjavanje zahtjeva *Tačke 8. norme ISO – „Implementacija / Provedba"* u radnoj praksi kroz samoocjenjivanje pojedinačnih elemenata daje uvid u prakse ustanova vezane za proces implementacije aktivnosti zdravstvene ustanove. Elementi uključeni pod ovu tačku norme obuhvataju identifikovane temeljne procese, identifikovane upravljačke procese, identifikovane procese podrške, poslovanje na procesnom modelu, te mapirani procesi kroz horizontalnu i vertikalnu usklađenost sva tri procesa.

Element čija ocjena nije prešla prosječnu ocjenu 3.5 je element identifikacije i dokumentacije procesa podrške (Q5.3). Elementi koji su zadovoljili vrijednosnu ocjenu od 3.5, a sve imaju prosječnu ocjenu iznad 4 su elementi Q5.1-Q4.2, Q5.4 i Q5.5 koji se odnose na temeljne procese, upravljačke procese, procesni model, te mapirane procese kroz horizontalnu i vertikalnu usklađenost. Dakle, ukoliko bi se gledali samo ovi rezultati samoevaluacije razvoja pojedinih dijelova ustanove, zaključilo bi se da ustanove imaju implementiran procesni model. Međutim, ukoliko se uzmu u obzir drugi elementi ostalih poglavlja gdje se ispitanici direktno pitaju za pojedine dijelove procesnog pristupa, vidi se da ovi odgovori ne korespondiraju sa prethodnim.



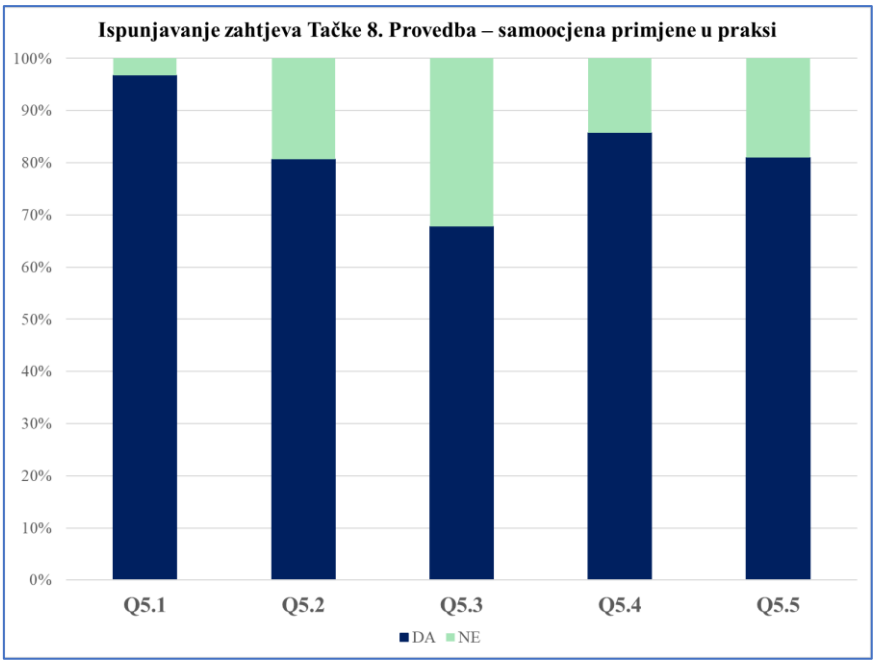
Grafikon 34.: Analiza Tačke 8. Provedba – prosječne ocjene po elementima i ukupna prosječna

Identifikacija i dokumentovanje temeljnog procesa – pružanja zdravstvene usluge potvrđeno je samoevaluacijom praksi ustanova, pri čemu preko 90% odgovor potvrđuje ovaj element. Četiri od pet elemenata ocijenjeno je iznad ionako visokog prosjeka područja (4.28). Visoke ocjene o baziranju poslovanja na procesnom modelu (ulaz – transformacija – izlaz) ipak se prije mogu shvatiti kao neobuhvatan pogled na rad ustanove i selektivno doživljavanje zdravstvene usluge kao sinonima za proces. Identifikovanje i dokumentovanje procesa podrške (Q5.3) ocijenjeni su značajno niže od ostalih elemenata ili prosjeka područja, što daje dodatni uvid u stvarne prakse ustanova i izglednu nedovoljnu integraciju procesa podrške sa druga dva procesa.



Grafikon 35.: Tačka 8. Implementacija – Udio pojedinačnih ocjena

Iz analiziranih podataka jasno je da zdravstvene institucije veoma dobro poznaju svoj ključni proces – pružanje zdravstvene usluge. Preko 80% samoocjena odnose se na nivoe 4 i 5 skale. Pri definisanju i implementaciji upravljačkih, a posebno procesa podrške primijećeni su izazovi, što ukazuje na niži nivo upoznatosti sa načelima i pravilima procesnog pristupa.

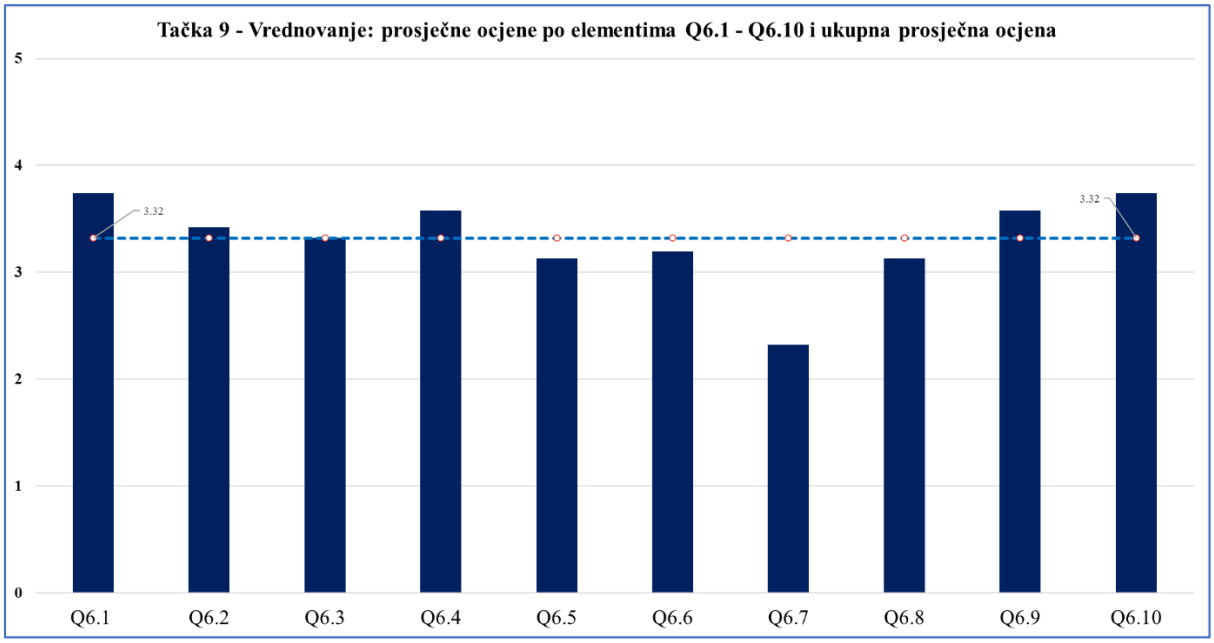


Grafikon 36.: Tačka 8.– Samoocjena primjene u praksi (dihotomna)

Iz grafičkih prikaza i podataka može se zaključiti da top-menadžment prepoznaje važnost elemenata pod tačkom 8. – implementacija. Prepoznavanje važnosti baziranja poslovanja ustanove na procesnom modelu (ulaz – transformacija – izlaz) vrlo je značajno za obuhvatno upravljanje sistemom kvaliteta, ali pod uslovom da je razumijevanje pojmova potpuno, odnosno da procesni model u ovom slučaju nije posmatran parcijalno, ustvari kao temeljni proces – pružanje zdravstvene usluge, element koji je ocijenjen važnim i veoma važnim (preko 90%).

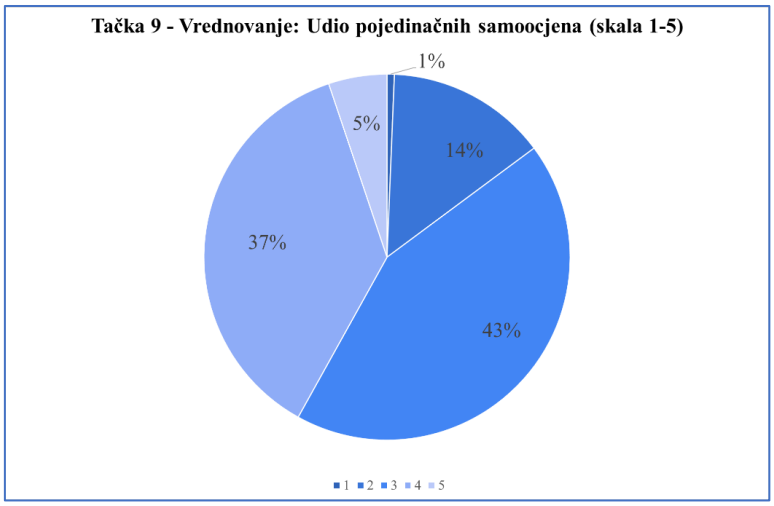
Analizom ispunjavanja zahtjeva ISO norme *Tačka 9. – „Vrednovanje performansi“* dolazi se do bolje spoznaje o prirodi i uspješnosti pojedinačnih aktivnosti, te performansi odjela, procesa ili uključenih profesionalaca. Elementi uključeni pod ovu tačku uključuju su: dokumentovane mjere MAP-a (Q6.1), indikatori performansi za sva tri procesa (Q6.2), mjerenja zadovoljstva pacijenata medicinskim uslugama (Q6.3), mjerenja zadovoljstva pacijenata nemedicinskim uslugama (Q6.4), jednogodišnje analize i revizija planova (Q6.5), jednogodišnja ocjena performansi tri procesa (Q6.6), jednogodišnja ocjena performansi vanjskih dobavljača (Q6.7), izrada upravine ocjene pomoću mjerenja i analiza (Q6.8), jednogodišnje provođenje internog audita na ustanovi (Q6.9) i korištenje indikatora i analize rizika za strateško planiranje (Q6.10).

Najniže ocjenjeni element je vezan za jednogodišnja ocjena performansi vanjskih dobavljača (Q6.7) i ocjenjen je prosječnom ocjenom 2.32. Na vrijednosnoj skali od 3.5 pokazuje se šest elemenata koji ne zadovoljavaju ovu ocjenu Q6.2, Q6.3, Q6.5, Q6.6, Q6.7 i Q6.8.



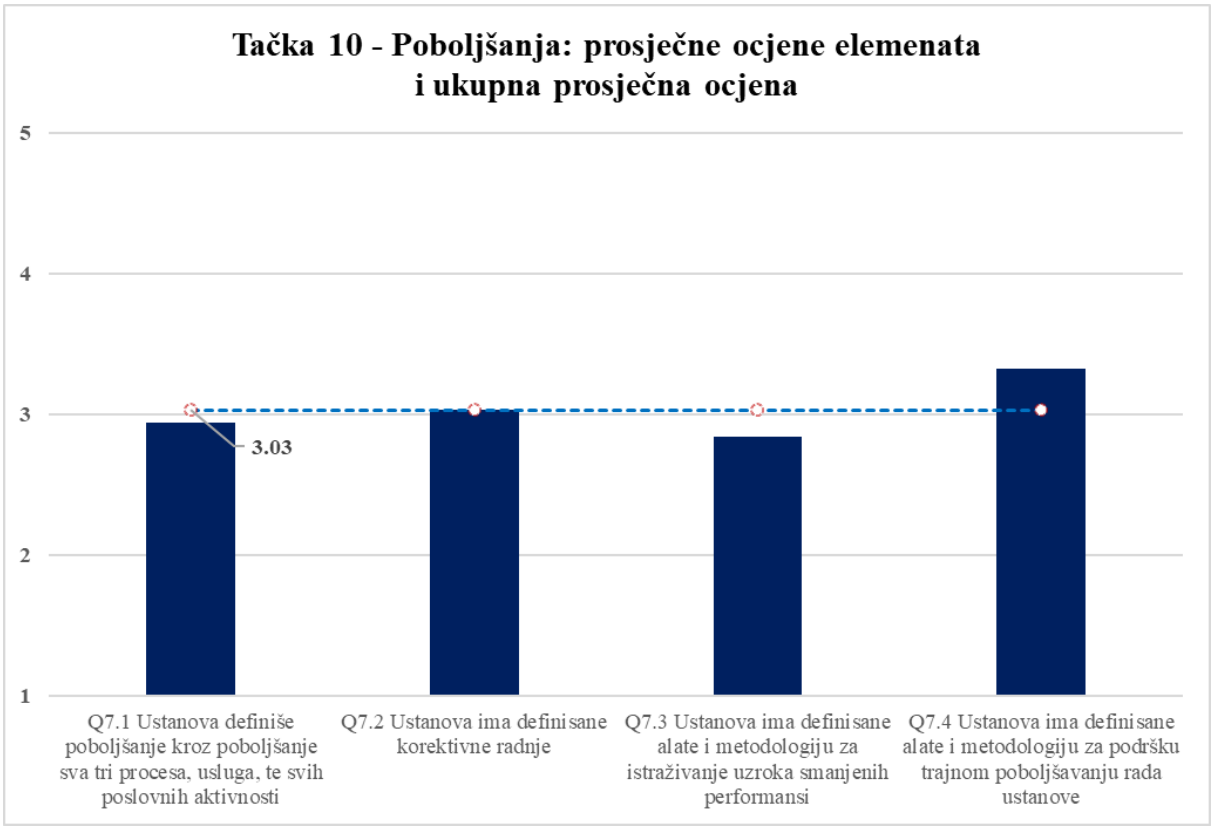
Grafikon 37.: Analiza Tačke 9. Vrednovanje – prosječne ocjene po elementima i ukupna prosječna

Na grafikonu 37. vidljivo je da su natprosječno ocijenjeni elementi vezani za mjere nadzora (Q.6.1), indikatore performansi (Q6.2), mjerenje zadovoljstva i u nemedicinskim uslugama (Q6.4), internom auditu svih procesa (Q6.9), te radnjama za obradu rizika (Q6.10). Vrijednost prosjeka područja nalazi se na ocjeni 3.32. Obzirom da samoocjene nekih od pomenutih elemenata nisu u potpunoj saglasnosti sa nalazima po drugim pitanjima koja se bave sličnim temama, eksterni audit bi mogao potvrditi razumijevanje ispitanika u vezi sa elementima vrednovanja unutar procesnog pristupa. Ispitanici su u 80% pojedina pitanja ocijenili ocjenama 3 i 4, što ukazuje na određenu nesigurnost ispitanika u polju vrednovanja, uprkos izraženim relativno visokim ocjenama za pojedine elemente.



Grafikon 38.: Tačka 9. Vrednovanje – Udio pojedinačnih samoocjena

Analiza ispunjavanja zahtjeva ISO norme *Tačke 10. – Poboljšanja,* odnosno pojedinačnih elemenata strateškog menadžmenta obuhvaćenih tačkom 10. norme ISO pokazuje da ispitanici smatraju značajnim da ustanova provodi poboljšanja na temelju prethodnih mjerenja.



Grafikon 39.: Analiza Tačke 10. Poboljšanja – prosječne ocjene po elementima i ukupna prosječna

Razlika u odgovorima vidljiva je u natprosječnoj ocjeni (3.32) elementa definisanja alata i metodologija za podršku trajnom poboljšavanju rada. Prosjek ovog područja je 3.03. Moguće je da je u pitanju nedovoljno razumijevanje pojmova alata i metodologija vezanih za ISO normu ili selektivan pogled, odnosno razumijevanje da se alati i metodologije odnose isključivo na ključni proces. Metodologije trajnog poboljšavanja rada blisko se vežu za procesni pristup, pa je stoga nelogično da po ovom elementu praksa pokazuje visoku ocjenu, a da su Q7.1 i Q7.3 koje se tiču definisanja poboljšanja na sva tri procesa i alata i metodologija istraživanja uzroka smanjenih performansi, kao prethodnici ovog elementa, ocijenjeni niskim ocjenama.

Poboljšanja se mogu vršiti uopšteno, na svim poljima rada i funkcionisanja ustanove, na temelju ustanovljenih neusklađenosti i u području trajnih poboljšanja. Dodatni podaci prikupljeni kroz odgovore ispitanika na dihotomna pitanja i računanje udjela pojedinačnih ocjena u velikoj mjeri podržavaju nalaze o važnosti elemenata tačke 10. norme. Naravno, važno je opet napomenuti da je moguće da su rezultati bili pod uticajem činjenice da svi ispitanici nemaju isto i duboko razumijevanje distinkcija tri procesa unutar zdravstvene ustanove, te da su se određeni odgovori zapravo odnosili na temeljni proces pružanja medicinske usluge.

5.2.3. Analiza istraživanja DM u odnosu na funkcije područja SM

U nastavku je predstavljena analiza prikupljenih podataka vezanih za podvarijablu H1c: *Implementacija zahtjeva DM modela kvalitete unutar zdravstvene ustanove fokusira se isključivo na temeljne procese procesnog modela, te ima djelimično pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta.*

Tehnički sistem podrazumijeva korištenje odgovarajućeg modela: input –transformacija – output (procesni model) u svim procesima i aktivnostima zdravstvene ustanove, što omogućava smanjenje područja nekvalitete, te efektivno i efikasno funkcionisanje ustanove. Zahtjevi Donabedijanovog modela (time i AKAZ-a) odnose se isključivo na temeljne procese. Pri tome je u cjelosti zanemarena uloga upravljačkih i procesa podrške koji direktno utiču na poboljšanje sistema upravljanja unutar zdravstvene ustanove.

Za analizu treće nezavisne podvarijable korištena je se kvalitativna metoda nestrukturisanog dubinskog intervjua. Dubinski intervju obavljen je se sa top menadžerima zdravstvenih ustanova akreditovanih od strane AKAZ-a, tj. onih ustanova koje su implementirale DM model kvalitete zdravstvene usluge. Analiza rezultata obuhvata uticaj postojećih sistema poboljšanja kvalitete na zdravstvenim ustanovama. Dodatni podaci prikupljeni su kroz obavljenu anketu.

Dubinski intervju se sastojao od seta pitanja kreiranih oko šest glavnih područja (vodstvo, strateški menadžment, ključni proces pružanja zdravstvene usluge, evaluacija performansi i poboljšanja. Svako navedeno područje se sastojalo od potpodručja (između 2 i 5), koje se opet grupišu unutar šest osnovnih područja. Svim ispitanicima je dodijeljen kod, kako bi mogli zadržati anonimnost. Kriterijumi pod kojima je izvršena selekcija ispitanika objašnjen je u metodologiji izrade doktorske disertacije. Odabrane su tri grupacije (primarna, sekundarna i tercijarna), budući da su u navedenom vremenskom periodu akreditaciju po DM modelu izvršilo samo šest ustanova/ dijelova ustanova. U nastavku je tabela 27. u kojoj su navedeni dodijeljeni kodovi za ispitanike, metačvorovi i brojevi čvorova koji se za njih vezuju.

Tabela 27.: Struktura dubinskih intervjua (grupacija, kod, metačvorovi i čvorovi) - autor

Grupacija	Dodjeljeni kod	Metačvorovi	Čvorovi
JU AS – primarno	A	P1; P2; P3; P4; P5; P6	T11; T22; T33; T44; T55; T66
JU DZ KS – primarno	B		
JU KCUS – tercijarno	C		
JU KB Zenica – tercijarno	D		

Unutar glavnih metačvorova, označenih velikim slovom P, koje označavaju cjeline unutar funkcija strateškog menadžmenta, nalaze se i čvorovi od T11-T66, koji prikazuju tematske cjeline unutar datog područja. U nastavku je tabela u kojoj se navode područja i tematske cjeline koje će biti analizirane slijedom.

Tabela 28.: Struktura metačvorova i čvorova dubinskih intervjua (autor)

P	**PODRUČJE**	**T**	**TEMATSKE JEDINICE**
P1	Vodstvo/ Lideršip	T11	Kontekst ustanove, planiranje, izrada strateških dokumenata
P2	Strateški menadžment	T21	Kreiranje strateških dokumenata, izrada planova, resursi
P3	Ključni proces (HC)	T33	Implementacija aktivnosti, gantogrami, alokacija resursa
P4	Procesi podrške	T44	Nemedicinski resursi i profesionalni servisi, oprema
P5	Mjerenja i evaluacija	T55	Sistemi monitoringa na nivou ustanove, procesa, zaposlenih
P6	Poboljšanja	T66	Mjerenje svih procesa, alati i metodologija za poboljšanje

Kao što je i prikazano u prethodnoj tabeli, osnovu razgovora činilo je šest osnovnih područja koje su vezane za funkcije strateškog menadžmenta, sa tematskim jedinicama. Unutar područja otvorenih pitanja, ispitanici smatraju da su im u upravljanju najveći problemi: upravljanje ljudskim resursima; finansiranje; komunikacija i odnosi sa donosiocima odluka (ministarstva, zavodi zdravstvene zaštite), funkcionisanje javnih nabavki, nedostatak kadrova (uključujući i nemedicinski kadar) i slabosti informacionog sistema u zdravstvu (medicinske ustanove, apotekarska djelatnost). Dodatno, top menadžeri iz apotekarske djelatnosti kao probleme navode i neujednačenost cijena proizvoda i izmjene esencijalne liste lijekova. Tokom intervjua ispitanici su se izjašnjavali o balansu njihove dvije osnovne funkcije unutar ustanove: upravljačke i profesionalne. Istraživanjem distinkcije uloge doktora, tj. zdravstvenog profesionalca i uloge top menadžera u svakodnevnom radu i radnom opterećenju nastojalo se utvrditi u kojoj mjeri se menadžeri (koji po zakonskom rješenju mogu biti isključivo doktori) nalaze u procjepu između prioriteta dvije vrste aktivnosti.

Najveći broj intervjuisanih menadžera procijenio je da im aktivnosti vezane za menadžerske aktivnosti uzimaju preko 80% vremena, dok im uloga doktora uzima do 20% vremena. Ovaj odnos je različit kod menadžera apoteka i manjih organizacionih jedinica uopšte (npr. manji domovi zdravlja ili ambulante), slučaj u kojem se aktivnosti upravljanja smanjuju na 30-40% vremena top menadžera. Ispitanici su pristupili edukaciji AKAZ-a za implementaciju sistema poboljšanja kvalitete i sve alate primijenili unutar zdravstvene usluge, u skladu sa standardima i kliničkim vodiljama.

U nastavku slijedi kraća analiza po tematskim jedinicama.

T11

Svi ispitanici su upoznati sa pojmovima vizije, misije, vrijednosti, principa i konteksta ustanove. U dijelu koji se odnosi na misiju i viziju ustanove, ispitanik dodijeljenog koda A smatra da se „misija i vizija ne trebaju mijenjati ili revidirati“, dok ostala tri ispitanika smatraju da je dovoljno redefinisati „samo ukoliko ima značajnih promjena u načinu funkcionisanja“, u smislu napretka IKT tehnologije ili nuđenja novih usluga.U metačvoru konteksta ustanove, svi su naveli indirektne i direktne IU grupe i smatraju ih važnim, dok ispitanici A i D smatraju da „nema potrebe za komunikacijom sa svim IU grupama izuzev sa pacijentima i nadležnim ministarstvom“. Niti jedan ispitanik ne posjeduje mapu procesa, iako smatraju da su ustanove uređene po procesnom modelu. Mapirani proces koji posjeduju ispitanici B i C jeste temeljni proces transformacije, tj. pružanja zdravstvenih usluga. Ispitanici B i C su naveli da „postoje postupci za čišćenje prozora, toaletnih kabina, te sistematizacija radnih mjesta“. Niti jedan ispitanik nije shvatio na šta se odnosi mapa procesa, niti da su svi procesi ustanove podijeljeni na tri glavna procesa u procesnom pristupu. Postoji metodologija za analizu rizika kod ispitanika C i D, kao i analiza rizika uz propisane korektivne mjere, ali su isključivo vezane za medicinsku uslugu „medicinske greške, oprema i instrumenti“. Po pitanju alata koji se koriste za analizu vanjskog i unutrašnjeg okruženja (npr. PESTEL ili SWOT), pokazali su znanje o pojmovima, te je ispitanik C naveo da „preuzimaju te analize iz strateških planova koje se rade na nivou ministarstava, obično svakih 10-tak godina“. Po pitanju sistema upravljanja kvalitetom svi ispitanici su naveli kvalitet zdravstvene usluge i kvalitet resursa, u smislu doktora, tehničkog osoblja i medicinske opreme“. Kvalitet u kontekstu rada cjelokupne ustanove nisu smatrali važnim.

T22

U području upravljanja znanjem ispitanici A i B smatraju da je znanje individualno i vezano je za „diplome medicinskih, pravnih i ekonomskih fakulteta“, dok ispitanik C smatra da se znanje pohranjuje unutar njihovog NIR odjela. Dio razgovora koji se odnosi na upravljanje resursima pokazao je da, budući da se radi o profesionalnoj organizaciji, neophodno je kreirati detaljno razrađen model ulaznog toka ljudskih resursa. Ispitanik C smatra da su “proces i izlazni tok zapostavljeni”. Kod ulaznog toka, ispitanik D je prepoznao regrutacije i selekcije važnim, ali smatra da procesi “orijentacije i socijalizacije nisu zadatak HRM odjela niti top menadžmenta”. Takođe, ispitanik B smatra da “zdravstveni sistem Federacije BiH nema realno uspostavljene mehanizme planiranja ljudskih resursa“. Iz razgovora, autor je zaključio da u skladu sa ustavnim uređenjem FBiH i uspostavljenim decentralizovanim sistemom zdravstva, ovi mehanizmi nedostaju na centralnom nivou – nivo Federacije, kao i na nivou kantonalnih administracija. Ispitanik C je naveo da se planiranje u FBiH pretežno zasniva na standardima i normativima za pružanje usluga, za koje se svi slažu da trebaju biti ažurirani i revidirani“. Ono se vrši na nivou zdravstvene ustanove i zasniva se na stepenu opterećenja zdravstvenih radnika u pružanju usluga korisnicima/pacijentima. Ministarstva zdravlja nadležna su za planiranje svih resursa potrebnih zdravstvenim ustanovama, te ispitanici A, B, C i D smatraju da im je ograničen prostor djelovanja u toj funkciji strateškog menadžmenta. Ispitanik A navodi da „i dalje ne postoji jedinstven pristup u planiranju zdravstvenih resursa na relaciji ministarstvo zdravstva, društvena zajednica- zdravstvena ustanova, ili obratno“.

Ovo ukazuje na nepostojanje zajedničkih ciljeva među ovim interesno-uticajnim stranama. Ispitanik B smatra da na nivou FBiH „ne postoji određen model upravljanja koji se daje direktorima, osim urneka za izvještaje o radu i planove rada“. Ispitanik C smatra da odgovornosti i prava nisu podjednako raspoređeni „dok finansije i novac za resurse daje ministarstvo, od direktora se očekuje da bude odgovoran ako aparat nije nabavljen, iako ministarstvo nije izdvojilo novac za nabavku“. Dakle ispitanici B, C i D smatraju da su nadležnosti za osiguravanje resursa na generalnom direktoru ustanove, a u okviru javne ustanove nisu doneseni nikakvi interni propisi i procedure koje bi uređivale ta pitanja. Iako postoji mogućnost pozivanja na temeljne akte, npr. statuti i dr. organizacioni akti, ustanove ipak zavise od dodijeljenih sredstava iz budžeta.

T33

Po pitanju realizacije procesa pružanja zdravstvene usluge svi ispitanici (A, B, C i D) posjeduju neophodne dokumente i resurse za njenu realizaciju. Određene su vrijednosti kojima se vode u ključnom procesu, npr. ispitanik C navodi vrijednosti Ustanove „povjerenje, poštovanje, odgovornost, podrška, saradnja, kvalitet izvedbe“, kao i ispitanik A „transparentnost, poštovanje, inovacije“. Ispitanik D navodi da unutar temeljnog procesa su postavljeni i strateški aspekti djelovanja „prevencija, promocija zdravlja i liječenje, te kvalitet medicinske prakse zasnovan na dokazima“. Ustanove svih uposlenika posjeduju i SWOT analizu vezanu za medicinsku uslugu tj. temeljni proces sa potprocesima „prevencije, promocije zdravlja i liječenja“. Također, ispitanici B i C navode postojanje poslovne strategije, ciljeva, te plan aktivnosti u području medicinskih usluga. Ispitanik B navodi primjere „širi cilj bi bio unaprijediti pristup zdravstvenoj zaštiti, uži ciljevi kroz poboljšanje mreže i kapaciteta i promovisanje otvorenijeg pristupa, a validacija cilja je kroz: povećanje broja ambulanti, savjetovališta, povećanjem raspona usluga, te posebnim fokusom na populaciju sa specijalnim potrebama npr. stariji, onesposobljeni, raseljeni, povratnici i sl.“ Iz navedenog je jasno da postoje dokumenti strateškog nivoa na svim ispitivanim ustanovama, samo su, nažalost, vezani isključivo za medicinski proces.

T44

U području koje se odnosi na procese podrške, ispitanici su pokazali osjetnu frustraciju, ne smatrajući da to uopšte zavisi od njih kao top menadžera. Ispitanik A se žalio na „kadrove koji su dovedeni političkim putem, a neznalice su“, sve do ispitanika C koji se žalio na „nemogućnost praćenja rada zaposlenih u nemedicinskim i profesionalnim službama, do nejednakih opterećenja radom unutar ustanove“. Problemi koji su ispitanici naveli su vezani za višak administracije, a manjak tehničkog osoblja (medicinskih sestara i braće) i medicinskog osoblja – doktora. Ispitanik C smatra da im implementacija „akreditacije AKAZ nije doprinijela poboljšanju kvalitete u stručnim službama, te resursima“ u smislu ljudskih, infrastrukturnih i finansijskih resursa. Po pitanju kompetencija, ispitanici smatraju da je opis radnog mjesta, te „potrebna sprema“ dovoljan dokaz kompetencija zaposlenih, i ispitanik D navodi da „nema načina da drugačije mjeri kompetencije uposlenika u ustanovi, a da ih i izmjeri, opet im ništa ne bi mogao“. Nakon razgovora sa ispitanicima jasno je da se problemi u radu očituju u procesima podrške (budući da tu ubrajaju sve resurse i kompetencije sastavljene od znanja, vještina i sposobnosti uposlenih).

Ispitanik B navodi da je „lako mjeriti rad i znanje doktora, ali ne i drugih“. Ustanove ispitanika imaju razvijene indikatore performansi, ali samo za zdravstvene usluge, te im je tako jednostavno pratiti kvalitet rada medicinskih radnika, ali ne i nemedicinskih. Ne postoji jedinstven sistem organizacije koji je dokumentovan, a povezuje sve resurse sa svim poslovnim procesima rada (medicinskim i nemedicinskim).

T55

U tematskoj jedinici koja se odnosi na vrednovanje performansi ispitanici su naveli da njihov ustanove mjere: socijalno-demografske osobine liječenih pacijenata, zdravstveno stanje pacijenata prije prijema u bolnicu, tehničke aspekte zdravstvene zaštite (oprema, aparati, instrumenti) i dostupnost. Ispitanik C navodi da oni vrše mjerenje zadovoljstva korisnika datom uslugom, ali su u primjeru otkrivene greške, npr. „U kojoj mjeri ste zadovoljni radom Vašeg ljekara u bolnici ili onoga koji Vas je najčešće liječio: 1. Moj ljekar je bio dobar stručnjak, dorastao svojoj dužnosti; 2. Moj ljekar nije bio loš stručnjak, ali je mogao biti bolji i 3. Moj ljekar nije bio dobar stručnjak, i nije dorastao svom zadatku. Ovakvi upitnici su problematični iz više razloga. Istraživanja mišljenja pacijenata se mogu odnositi na interpersonalne i organizacione aspekte zaštite, fokusirajući se manje na tehničku osposobljenost ili kliničku stručnost, a zbog subjektivnosti tretiranih pacijenata (u odnosu na prethodna iskustva), zbog neizliječene bolesti - hroničari (nezadovoljstvo tretmanom) ili neznanja. Niti jedan anketni upitnik ne sadrži stvarne pokazatelje kao što su: da li su prava pacijenta objavljena – na kojem nivou; da li postoji pismeni zapis pristanka na tretman, zaštita podataka, pravo na informacije, te ko to nadgleda (menadžer, komisija, ljekar..) i na kojem nivou. Ispitanik D navodi generičke indikatore koji se koriste u bolnici „stope tretmana, vrijeme čekanja, nedolazak, operacije van radnog vremena, ponovni prijemi, djeca na odjelima za odrasle“, dok ispitanik C navodi indikatore performansi na ustanovi: otpušteni pacijenti, smrt u bolnici, komplikacije, nedostajući zapisi u vrijeme kliničke posjete/prijema, kašnjenje otpusnih pisama prema liječnicima O.P. te dužina ležanja pacijenata, troškovi lijekova po odjelu/klinici, tražene pretrage i sl.“.

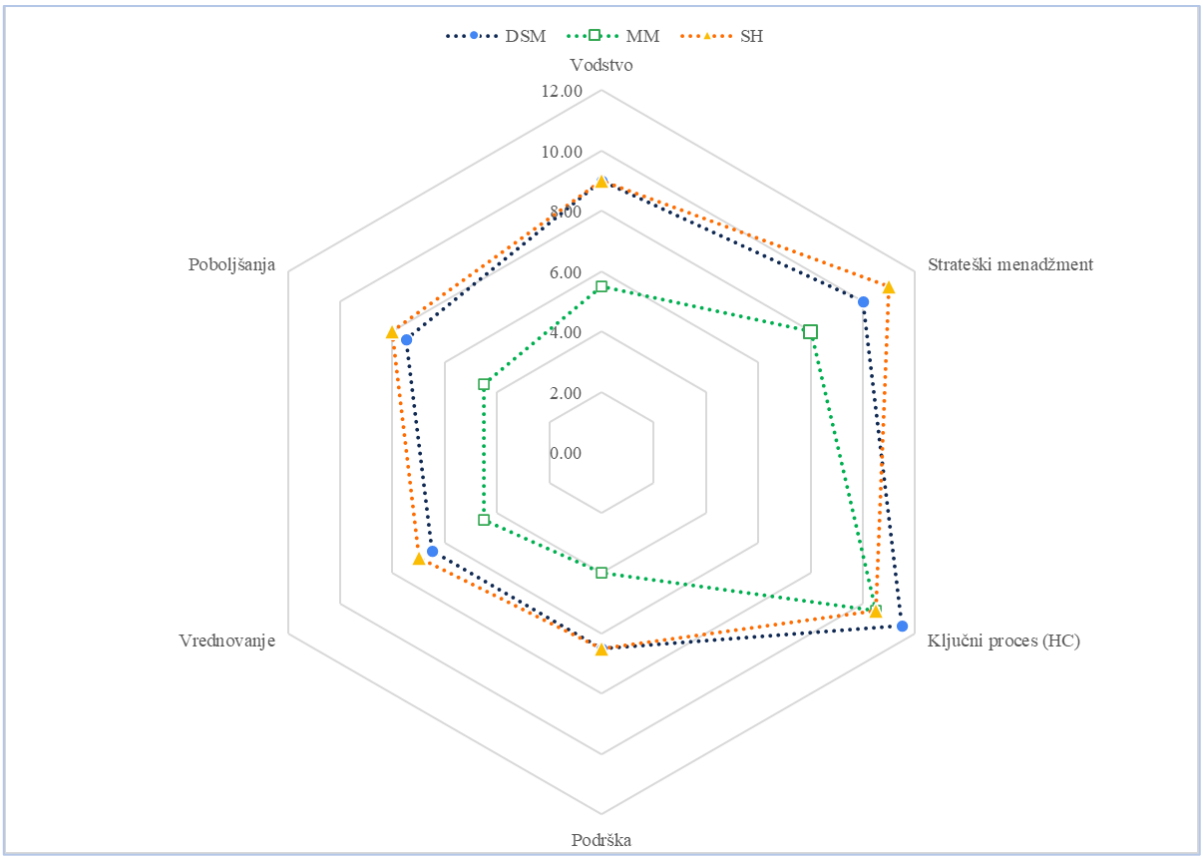
Iz svega navedenog je vidljivo da indikatori performansi koji bi se trebali odnositi na cjelokupno poslovanje ustanove, fokusirani su na proces pružanja medicinske usluge. Upravo iz tog razloga, tj. zbog nepovezivanja izlaza iz jednog i ulaza u drugi proces ili potproces najčešće greške koje se pojavljuju u bolnicama su npr. kašnjenje u premještaju povrijeđenog iz opće bolnice na neurohirurški odjel; neodgovarajući ili zakašnjeli rtg snimak glave od strane iskusnog osoblja u jedinici za hitne slučajeve; neadekvatne bilješke kod prijema i otpusta nakon opservacije; neuključivanje iskusnijeg osoblja u problem, zbog propusta manje iskusnih liječnika na prijemu; izostanak odgovarajuće sestrinske opservacije povrijeđenog ili izostanak odgovora na sestrinsku opservaciju; izostanak komunikacije između jedinice za hitne slučajeve i odjeljenskog osoblja, te između liječnika i sestara. Važno je dodati da se u FBiH standardi odnose na strukturu i resurse (npr. kreveti, osoblje, oprema), a ne na to kako se navedeni koriste.

Tematska jedinica T66 odnosi se na procese stalnog poboljšavanja unutar zdravstvenih ustanova. Ispitanik C navodi da se korektivne radnje dešavaju pri "nepovoljnim događajima za pacijenta ili nakon "skrininga" događaja, koji se mogu dešavati zbog nepovoljnih rezultata ili komplikacija u tretmanu ambulantnih pacijenata, zbog komplikacija nakon prethodnog prijema, zbog odstupanja patoloških/ histoloških nalaza od predoperativne/ antemortalne dijagnoze ili infekcije stečene u bolnici". Ispitanik D dodaje još upotrebu korektivnih radnji pri „neurološkim deficitima kod otpusta (nije bio prisutan kod prijema), neočekivane smrti ili dokaza o nezadovoljstvu pacijenta/porodice". Ispitanik A smatra da se „korektivne radnje koriste u odnosu sa dobavljačima i korisnicima u slučaju greške pri izdavanju medicinskih lijekova i sredstava".

Pod stalnim poboljšanjima svi ispitanici smatraju nabavku nove opreme, aparata, renoviranje infrastrukture ili nabavku novih hardvera i softvera. Upravo zbog fokusiranosti isključivo na ključni proces i nepovezanosti sa dva ostala u nastavku su dati primjeri troškova lošeg kvaliteta na tercijarnim zdravstvenim ustanovama: stanja koja se mogu otkriti (troškovi tretmana kongenitalne luksacije kuka; defekata neuralne cijevi ili Downovog sindroma; dodatni materijali (nepotrebna ili pretjerana upotreba lijekova, intravenskih rastvora, pretraga ili sterilne opskrbe); dodatni morbiditet (bolest, odgođeni otpust zbog lošeg tretmana – interakcija lijekova, postoperativna infekcija rane i sl.); dodatne usluge (nepotrebno ponovno ambulantno liječenje); dodatni b.o. dani (čekanje glavnog liječnika radi otpusta, čekanje na tretman, na ispitivanja...); neodgovarajući prijem (prijem kada se to ne može opravdati ili prijem u neodgovarajući krevet – npr. opšti medicinski umjesto gerijatrijski; duža hospitalizacija); oportunitetni troškovi (ukinuti rokovi sa kratkim obrazloženjem: liste za operacije, ambulantni pregledi, radiološki skrining i sl.).

Nakon analize tematskih jedinica T11-T66 u skladu sa šest navedenih područja, te prethodno obavljene komparativne i sadržajne analize sekundarnih istraživanja (izvještaji WHO, EU i dr.), lako je uočiti da se čitav zdravstveni model poboljšanja u osnovi temelji na samo jednom procesu (zdravstvene usluge), dok ostala dva procesa, iako djelimično razvijena, još uvijek nisu povezana u jedan horizontalni niz. Upravo u tim područjima nastaje nekvalitet i opasna mogućnost grešaka, naročito u ovim kompleksnim i za ljudske živote najvažnijim ustanovama.

Unutar procjene implementacije zahtjeva DM modela kvalitete unutar zdravstvene ustanove poređena su tri modela (DSM – državni/state model baziran na Donabedijanovom modelu DM; MM – tržišni/market model; SH – predloženi sinergetsko-holistički model). Poređenje se vršilo po rezultatima gore navedenih područja/dimenzija: vodstvo/liderišip, strateški menadžment, ključni proces (zdravstvena usluga), procesi podrške, mjerenja i evaluacije, poboljšanja.



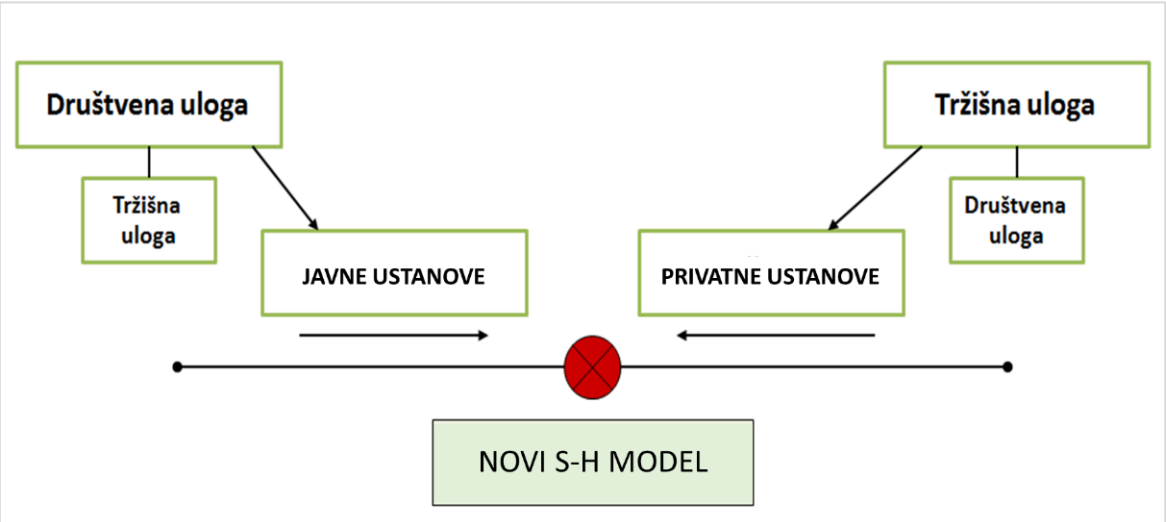
Grafikon 40.: Poređenje tri modela (DSM – državni, MM – tržišni, SH model) po područjima

Kao što je vidljivo iz grafikona 40., intervjuisani top-menadžeri po dimenziji ključnog procesa najbolje ocjenjuju DSM model, dok su MM i SH model ocijenjeni malo slabije. Ovo je razumljivo obzirom na pretežno fokusiranje na zdravstvenu uslugu u DSM/DM modelu u postojećim praksama zdravstvenih ustanova. Po dimenziji vodstva, DSM i SH modela su ocijenjeni istim zbirovima ocjena. Tržišni model je po ovoj dimenziji ocijenjen dosta nižim zbirom, što je velikim dijelom i razumljivo obzirom da su svi intervjuisani iz javnog sektora, te se stekao dojam da nisu zagovornici pretjerane tržišne orjentacije zdravstvenog sektora. Po dimenziji strateškog menadžmenta, od strane intervjuisanih ispitanika najbolje je ocijenjen SH model, zatim slijedi DSM model, dok je MM model i ovdje ocijenjen najslabije. Po dimenzijama poboljšanja i vrednovanja SH model je ocijenjen malo većom ocjenom od DSM modela, što je refleksija šireg obuhvata punog procesnog modela (ne samo fokusa na ključni proces) i većeg fokusa SH modela na vrednovanje i poboljšanja.

5.3. Prijedlog novog teorijskog SH modela

Prethodna izlaganja u različitim dijelova doktorske disertacije uključivale su diskusije o latentnom, a često i otvorenom sukobljavanju dva modela funkcionisanja zdravstvenog sektora: javnom i privatnom, tj. radi boljeg pojašnjenja javni koriste DM model (nazvan DSM radi lakšeg raspoznavanja), dok privatni češće koriste prakse biznisa, tj. SUK-a, te je nazvan MM (tržišni/ market model). Ovi modeli su za potrebe ove analize uzeti kao „čisti modeli“, iako kako je vidljivo iz grafičkog prikaza, svaki od modela u sebe inkoporiše najmanje dvije uloge (javne ustanove društvenu ulogu kao primarnu, tržišnu kao sekundarnu; privatne ustanove tržišnu ulogu kao primarnu, društvenu kao sekundarnu). Pod snažnim uticajem Novog javnog menadžmenta i načela neoliberalnih politika, sve se više promoviše uloga privatnog sektora i u zdravstvu. Zakonska i podzakonska rješenja (zakoni, pravilnici, liste esencijalnih lijekova, liste medicinskih intervencija itd.) ministarstava zdravstva i fondova zdravstvenog osiguranja u sve većoj mjeri uključuju privatne pružaoce usluga pod istim ili vrlo sličnim uslovima koji važe za javne ustanove. Modeli javno-privatnog partnerstva postaju novi načini organizovanja, iako uz velika kašnjenja usljed zakašnjelog rješavanja legislativnog okvira ovakvih poduhvata.

Javni model svoja operativna utemeljenja nalazi u tradicionalnom modelu administracije - baziranom na Weberovskom idealnom tipu birokratske organizacije (Goran, 2009) i bizmarkovskog modela zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite. Model karakteriše hijerarhijska struktura i proces donošenja odluka baziran na pisanim dokumentima (zakoni, podzakonska akta, rješenja, procedure, molbe). Iako ovaj model naglašava potrebu odvajanja političkog od profesionalnog rada, prakse zdravstvenog sektora u BiH daleko su od ispunjavanja tog očekivanja. Ovaj model, naravno insistira na razlici između privatnog i javnog, upravo zbog posebne funkcije ustanova javnog zdravstva u brizi za javne interese, zdravlje stanovništva, zaštitu javnog dobra i jednakosti. Pored brojnih pozitivnih aspekata, postojao je čitav niz onih negativnih koji se ogleda u sporoj birokratskoj strukturi, teškoćama u uvođenju promjena, visokim troškovima, neefikasnosti, zanemarivanju stvarnih želja građana itd. Država ipak igra važnu ulogu kroz planiranje i donošenje i provođenje zakonskih i podzakonskih akata.



Slika 17.: Odnos dva „čista“ modela (javni i privatni) i novog S-H modela

Privatni, tržišno orjentisani model pojavljuje se na dva načina. Prvo, u javnu administraciju pojavom trendova novog javnog menadžmenta uvode se mehanizmi upravljanja iz privatnog sektora. Pojmovi deregulacije, privatizacije društvenih preduzeća i marketizacija su kamen temeljac nove filozofije, koja se sada fokusira na smanjenje javnog sektora (administracije) i smanjenje javne potrošnje (Lane, 1997). Osnovni ciljevi NPM-a su učiniti javnu administraciju efikasnijom, efektivnijom i fokusiranom na kvalitet usluga koje nude svojim korisnicima (poreskim obveznicima). Javno-privatna partnerstva (*PPP*), outsourcing, tenderi, alati HRM[24] preuzeti iz privatnog sektora (upravljanje performansama, ključni indikatori i sl.) čine se dobrim instrumentima kako bi se poboljšalo funkcionisanje javne administracije.

Drugo, većinskim ulaganjima od strane privatnih preduzetnika (ponekad u saradnji sa lokalnim ili regionalnim vlastima, ali najčešće ne) dolazi do otvaranja i rada ustanova zdravstvenog sektora (ambulanti, poliklinika, bolnica, specijalističkih ordinacija, apoteka, laboratorija itd.).

U ovom slučaju predstavnici privatnih inicijativa nastoje ostvariti konstruktivnu saradnju sa predstavnicima javne administracije s ciljem ishodovanja dozvola za izgradnju objekata, dozvola za obavljanje zdravstvene djelatnosti i druge povezane dozvole za rad. Pretežna orijentacija javne administracije na očuvanje vlastite birokratske uloge često otežava nova ulaganja, dok u isto vrijeme njihova naglašena orijentacija na principe NPM-a rezultuje u odlivu javnih sredstava u inicijative koje za primarni cilj imaju sticanje profita za privatna lica. Pristup NPM-a zalaže se za ukidanje sistema *uravnilovke* (plaćanje po koeficijentu propisanom od strane države), te predlaže plaćanje po učinku (fokus na mjerenje individualnih i organizacionih performansi). Dilema se čini većom ukoliko se s jedne strane postavi pitanje da li je moguće upravljati javnim ustanovama kao privatnim (fokus na profit), uzimajući u obzir da one između ostalog imaju za cilj javni interes, jednakost i dostupnost svima, dok se opet kao suprotnost navedenom može postaviti pitanje da li javne ustanove, finansirane iz poreza građana jedne države, mogu sebi dopustiti luksuz neefikasnog i neefektivnog poslovanja? *Tek poslije fokusa na ekonomski aspekt, NPM pristup se okreće pojmovima kao što su odgovornost, javni interes, vladavina prava i učešće u procesima politika* (Goran, 2009, op.cit).

Novi tip tržišno orjentisanog upravljačkog modela[25], modela javnog preduzeća uključuje principe preuzete iz privatnog sektora, a implementirane u sisteme upravljanja javnih ustanova (kroz javne politike, politike zdravstvenog sektora, političke programe, te preporuke nadnacionalnih i državnih institucionalnih mreža – primjer Svjetske zdravstvene organizacije ili Evropske komisije).

Novi, predloženi sinergetsko-holistički model posjeduje potencijal da u određenoj mjeri doprinese usaglašavanju zajedničkog okvira strateškog menadžmenta ustanova i njihovog transparentnog finansiranja kroz kreiranje strukture koja bi mogla služiti za lakše horizontalno i vertikalno prepoznavanje procesa unutar institucija (pružanja zdravstvene usluge kao temeljnog procesa; upravljačkog procesa i procesa podrške). Jednostavna struktura SH modela mogla bi poslužiti za kreiranje novog seta indikatora uspješnosti zdravstvenog sektora, te usmjeravanje finansiranja iz javnih fondova (za zdravstvo, ali i za razvoj iz drugih oblasti).

[24] PPP – public-private partnership (privatno-javna partnerstva) i HRM (upravljanje ljudskim resursima)
[25] engl. market-oriented (tržišno orjentisani), u nastavku su podijeljeni na MM (tržišno) i SM (državno)

Ovi indikatori ne bi se bazirali isključivo na područja obuhvaćena unutar oblasti pružanja zdravstvene usluge, već bi zdravstveni sektor i ustanove posmatrali u znatno širem kontekstu, istovremeno se odnoseći i prema društvenoj ulozi sektora (doprinos boljem zdravlju stanovništva i produženju zdravih godina života) i pitanjima finansijske i ekonomske izvodljivosti i održivosti propisanih rješenja. Razlike pomenutih upravljačkih modela u zdravstvenom sektoru potrebno je sagledati u cjelini, kako bi bilo moguće razmatrati SH model, kao vrstu slagalice gdje se velika slika uklapa iz različitih politika i instrumentarija izvedenih iz menadžmenta za oba navedena modela. Iz prethodno analiziranih podataka i istraživanja postaje jasno, da tzv. državni model javnih zdravstvenih ustanova u osnovi predstavlja nacionalne sisteme zdravstvene zaštite i njihova poboljšanja kvalitete, koja se ne temelje na čvrstom modelu sistema upravljanja kvalitetom, već su jednostavno na postojeći sistem osiguranja kvalitete nadodati alati i aktivnosti koji su preuzeti iz područja strateškog menadžmenta. Nažalost, jedina oblast u kojoj se može donekle utvrditi postojanje SUK-a kvalitetom nalazi se samo u jednom procesu, temeljnom, vezanom za zdravstvene usluge.

Drugi model koji se u potpunosti naslanja na sistem upravljanja kvalitetom je u osnovi tržišni model i njega najčešće koriste privatne zdravstvene ustanove, ne samo kako bi dokazale svoj kvalitet i zauzeli mjesto među najboljim zdravstvenim ustanovama, već i iz razloga jer su ugovori o radu medicinskog i nemedicinskog osoblja lišeni svih obaveza koje se podrazumijevaju u zahtjevima norme. Poslodavac, tj. privatna zdravstvena ustanova nema obavezu dodatne edukacije, upućivanja u procese i sl. iz prostog razloga jer je u ovim ustanovama (naročito u pandemijskom vremenu) zadržan transakcijski odnos između poslodavca i uposlenika.

Treći sinergetsko-holistički model mogao bi obuhvatiti sve funkcije SM, uz pomoć SUK-a u skladu sa zahtjevima norme ISO 9001:2015 obezbijediti punu implementaciju procesnog pristupa dinamičke ustanove kakve su zdravstvene ustanove. On bi se mogao primjenjivati kako na javnim, tako i na privatnim, pa čak i u javno-privatnim partnerstvima, ukoliko se neke usluge ili proizvodi outsorsuju. U nastavku je primjer u područjima akreditacije i sertifikacije koji se odnosi na DSM model, SUK i na novi hibridni model:

Tabela 29.: Elementi područja akreditacije i sertifikacije u SM, MM, te SH modelu (autor)

PODRUČJA UPRAVLJANJA	DRŽAVNI MODEL (DSM MODEL)	TRŽIŠNI MODEL (MARKET MODEL)	SH MODEL
AKREDITACIJA I SERTIFIKACIJA			
Stepen kvalitete	Kontrola kvalitete	Upravljanje kvalitetom	Osiguranje i upravljanje kvalitetom prema SUKu
Instrumenti	Kontrola od strane države ministarstvo (inspektorati, zavodi i druga tijela)	Indikatori, mjerenja, interni i eksterni auditi od akredit./ sertifikacijskih tijela	Interna evaluacija, nacionalna akreditacija, implementacija zahtjeva norme
Kriterijumi za akreditaciju	Akreditacija je zagarantovana, samo se provjerava djelovanje u skladu sa zakonom i kriterijumi	U zavisnosti od zahtijeva akreditacijskog tijela	ISO 9001:2015 za sertifikaciju AKAZ za akreditaciju
Šta je fokus evaluacije	Zdravstveni- temeljni proces i usklađenost sa zakonom	Kvalitet svih procesa rada (upravljački, temeljni zdravstveni i procesi podrške)	Institucionalni (efikasnost i odgovornost) i zdravstvene usluge (ujednačavanje)
Kada se provodi evaluacija	Ex ante	Ex post	Zavisi od zdravstvene ustanove, obavezno (1-3. godine)

Izuzetno je važno da uposlenici i članovi zdravstvenog sektora koji učestvuju u reformama zdravstvenog sistema u FBiH budu upoznati sa karakteristikama postojećih upravljačkih modela. Važno je ne miješati ili barem pravilno birati karakteristike budućeg hibridnog SH modela. Primjer pogrešnog spajanja različitih elemenata jeste da ustanove, ali i nadležna tijela, zadužene osobe često odabiru elemente tržišnog MM modela: kroz funkcije osnivanja odjela za odnose sa javnošću, urede za kvalitet i sl., dok su istovremeno orijentisane na državni model DSM, očekujući i zahtijevajući 100% finansiranje od strane države.

Razlika u područjima je u samom shvatanju sistema osiguranja i upravljanja kvalitetom. Osiguranje kvaliteta odnosi se na sredstva ili procese kojima ustanova garantuje da se standardi i kvalitet zdravstvenog sistema, koje nudi, održavaju i unapređuju. Za osiguranje kvaliteta vežu se pojmovi kao što su samoevaluacijski izvještaji o radu, procjena sistema, zadovoljenje min. standarda (DSM model). Sve države potpisnice kreirale su državne agencije za osiguranje kvaliteta (ne za upravljanje kvalitetom). Razlog za ovakav naziv dvojak je. Prvo, naziv upravljanje kvalitetom više se veže za ustanovu, a države ipak žele potcrtati autonomiju koju daju zdravstvenim ustanovama na svojoj teritoriji, te tako samo *osiguravaju kvalitet*. Drugo, zbog neujednačenosti kvaliteta i stepena razvoja sistema kvalitete na zdravstvenim ustanovama, važno je da svi zadovolje minimalni prag (iste standarde i kriterije). Zato je federalna agencija AKAZ bila obavezna uskladiti dotadašnje zahtjeve kvalitete sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i njihovim smjernicama i standardima.

Upravljanje kvalitetom je grupa mjera koje se redovno poduzimaju na nivou sistema ili ustanove, kako bi se osigurao kvalitet zdravstvene ustanove, sa naglaskom na unapređenje kvaliteta kao institucionalnog sistema. Kao generički termin, upravljanje kvalitetom pokriva sve aktivnosti koje osiguravaju ispunjavanje politika i ciljeva kvalitete i implementiraju ih kroz planiranje kvaliteta, osiguranje kvaliteta i mehanizme unapređenja kvaliteta. Pokazatelji uspješnosti su statistički parametri koji mjere performanse institucije: kvalitativna i kvantitativna mjerenja outputa, mjerenja ishoda sistema ili programa. Dakle, jasno je da se ovakav pristup temelji na *NPM* i pripada MM modelu. Pojmovi koji se vežu za sistem upravljanja kvalitetom su audit kvaliteta, upravina ocjena, ključni indikatori performansi i sl.

U zemljama koje su u većoj mjeri prihvatile menadžerske instrumente upravljanja iz privatnog sektora i prenijele ih u zdravstveni sektor, ustanove temelje svoje akreditacije na provjeri sistema upravljanja kvalitetom, te se akreditiraju (osim obaveznih državnih) pri državnim, ali i prestižnim privatnim akreditacijskim kućama. Nažalost, kao i u mnogim zemljama svijeta, državne/nacionalne akreditacijske i sertifikacijske kuće i agencije vrše akreditaciju koja je još uvijek temeljena na DM modelu, tj. akreditaciju temeljnog procesa zdravstvene usluge.

Fokus evaluacije sistema u DSM tvrđem modelu je na procesu zdravstvene usluge i usklađenosti sa zakonom, kasnije na institucionalnoj (efikasnost i odgovornost) i programskoj evaluaciji (ujednačavanje usluga), pod krinkom pojma osiguranje kvaliteta, a u biti se sve više temelji na kvaliteti izlaza, tj. samo pacijenata i njihovih zdravstvenih ishoda liječenja i prevencije.

Tabela 30.: komparativni pregled ISO 9001:2015, funkcije SM, DM i KPE (autor)

	Planiranje razvoja strategije	Posmatranje i analiza okoline	Razmatranje rizika i aplikacije	Analiza vrijednosti i principa	Formulisanje misije	Modelisanje strategije	Analiza performansi	Analiza premošćenja	Kreiranje ciljeva (strateških i op)	Integrisanje plana aktivnosti	Situaciono planiranje	Implementacija	Mjerenje i evaluacija	Poboljšanja
4. KONTEKST USTANOVE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Razumij. ustanove i konteksta		x	x	x										
Raz. potreba i zahtjeva IU strana		x												
Određivanje obima SUK-a	x				x	x								
SUK i njegovi procesi	x	x			x					x	x	x	x	x
5.VOĐENJE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vođenje i opredjeljenje	x	x	x	x	x									
Politika kvalitete	x				x	x								
Organizacione uloge, odgovornosti i ovlaštenja	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
6. PLANIRANJE														
Analiza i obrada rizika i prilika (gap analiza)	x	x												
Ciljevi kvaliteta i plan postizanja					x			x	x					
Planiranje promjena						x		x						
7. PODRŠKA														
Resursi (svi)								x	x	x				
Kompetencije	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
Svijest												x		
Komunikacija						x				x		x		
Dokumentovane informacije	x											x	x	x
8. PROVEDBA									x	x	x	x	x	x
Operativno planiranje i nadzor									x			x	x	
Određivanje zahtjeva usluge												x	x	
Projektovanje/razvoj pr. i usluge												x	x	
Nadzor vanjskih usluga	x		x					x				x	x	
Pružanje usluga								x				x	x	
Dokumentovanje usluga								x				x	x	
Upravljanje neusklađenim procesima i uslugama								x				x	x	
9.VREDNOVANJE PERF.														
Mjerenje, analiza i vrednovanje	x	x					x					x	x	x
Interni audit/ revizija	x	x					x					x	x	x
Upravina ocjena	x	x					x					x	x	x
10.POBOLJŠANJA														
Uopšteno							x							x
Neusklađenosti i korekt. radnje							x							x
Trajna poboljšanja							x							x

U prethodnoj tabeli prikazana je matrica u kojoj su podudarne i usklađene funkcije strateškog menadžmenta sa zahtjevima tačaka norme ISO 9001:2015 (posljednja revizija). Jedna od specifičnosti zahtjeva norme zapravo leži u tački 4. pod nazivom *kontekst ustanove* koja čini dio strateškog menadžmenta, ali se odnosi isključivo na uključivanje politike kvalitete u sva područja rada ustanove. Ova tačka obuhvata i razumijevanje i kontekst ustanove, njene interesno-uticajne strane, određivanje obima sistema upravljanja kvalitetom (na cijelu ustanovu), ali i mapu svih procesa (tri glavna i ostalih potprocesa).

Ovo je posebno značajno, jer ova tačka norme zahtjeva da se ovaj pristup uvede na ustanovi, neovisno od trenutnog i budućih top menadžera. Iz tog razloga tek u tački 5. dolazi se do funkcije vodstva/ lideršipa. Vidljivo je da je područje strateškog menadžmenta obuhvata sve funkcije vodstva, uključujući ostala četiri područja (planiranje, razvoj strateških dokumenata, implementaciju, vrednovanja i poboljšanja) što je prepoznato u tačkama norme.

Pod tačkom broj 5. koja nosi naziv *vodstvo/ lideršip,* kao i u funkcijama SM-a zahtjevano je vođenje i opredjeljenje, politika kvalitete koja je definisana, validovana i usvojena na strateškom nivou ustanove od strane strateškog menadžmenta ustanove, ali uključuje i jasno podijeljene organizacione uloge, odgovornosti i ovlaštenja, tj. ustanova mora posjedovati dokumentovanu šemu u kojoj je jasno vidljivo koji pojedinac je odgovoran za pojedini proces, potproces, postupak ili poslovnu operaciju.

Tačka broj 6., pod nazivom *planiranje* podrazumijeva sve funkcije strateškog planiranja sa jasnim fokusom na zahtjevane dokumente, ali i analize i obrade rizika i prilika (gap analiza), te uključivanja ciljeva kvalitete za svaki pojedini strateški i operativni cilj. Pod planiranjem se podrazumijeva i planiranje promjena.

Pod tačkom 7., naziva *podrška* u osnovi se zahtijeva nabavka, alokacija i podrška svih dostupnih resursa za obavljanje poslovnih funkcija na ustanovi. Ovaj dio funkcije se odnosi na strateški menadžment, dok je u normi ISO 9001:2015 posebno odvojen pod tačkom 7. kako bi se validovao procesni model i poseban fokus usmjerio na resurse, te njihovo planiranje u skladu sa svakim procesom i postupkom na ustanovi. Ovaj dio tačke 7. obuhvata resurse, u smislu ljudskih, infrastrukturnih, finansijskih, okruženja i organizacije znanja. Istovremeno zahtijeva dokaze o razvijenosti planova o potrebnim kompetencijama svih zaposlenih (ne samo u poslu koji profesionalno obavljaju, već i u sistemu upravljanja kvalitetom). U ovoj tački je takođe zahtjevano i da svaki pojedinac zaposlen u zdravstvenoj ustanovi zna obim i kontekst sistema upravljanja kvalitetom na ustanovi, te vlastitu poziciju unutar sistema.

Načini i sistemi komunikacija moraju biti dokumentovani i transparentni (ko mora dobivati koje informacije, koliko često i ko s kim komunicira), te je neophodno da ustanova ima informacije koje moraju biti dokumentovane (statistički podaci, indikatori, dokazi, zapisi, te mjesto i trajanje njihovog čuvanja).

Funkcija strateškog menadžmenta koja se odnosi na implementaciju strategije, ciljeva i aktivnosti, pokrivena je dodatno tačkom 8. pod nazivom *provedba*. Ova tačka obuhvata zahtjeve koji se odnose na operativno planiranje i nadzor, provođenje planiranih, validovanih i usvojenih gantograma sa tačnim prekretnicama (milestones) i predstavlja određenu nadogradnju procesnog modela projektnim pristupom (tačan početak i kraj, resursi i sl.). U procesu provedbe/implementacije vrši se i određivanje zahtjeva usluge (npr. u DZ i apotekama-disperzija na određene lokalitete ili tercijarno – veći bolnički kapaciteti). U ovom dijelu važno je dokazati određivanje zahtjeva usluge, nadzor vanjskih usluga (partneri, dobavljači i dr.), kao i upravljanje neusklađenim procesima i uslugama. Ovo je veoma važno da bi se pravovremeno moglo reagovati na nemogućnosti ispunjavanja određenih aktivnosti, te time i na izmjene operativnih, a ponekad i strateških ciljeva ili uključivanjem scenarija B.

Funkcija strateškog menadžmenta koja se odnosi na procese mjerenja, analize i poboljšanja, tzv. MAP-a, u normi ISO 9001:2015 raščlanjena je s razlogom na dvije tačke.

Tačka 9. *vrednovanje performansi* podrazumijeva mjerenje, analize i vrednovanje, reviziju i interni audit, ali i upravinu ocjenu rada ustanove, dok se tačka 10. odnosi na *poboljšanja* neusklađenosti i korektivne radnje, ali i trajna poboljšanja. Ove dvije tačke su odvojene iz razloga jer mnogi doktori koji upravljaju ustanovama smatraju da se poboljšanja odnose samo na kupovinu materijala ili instrumenata, širenje lokacijskih kapaciteta ili uvođenje novih medicinskih tretmana.

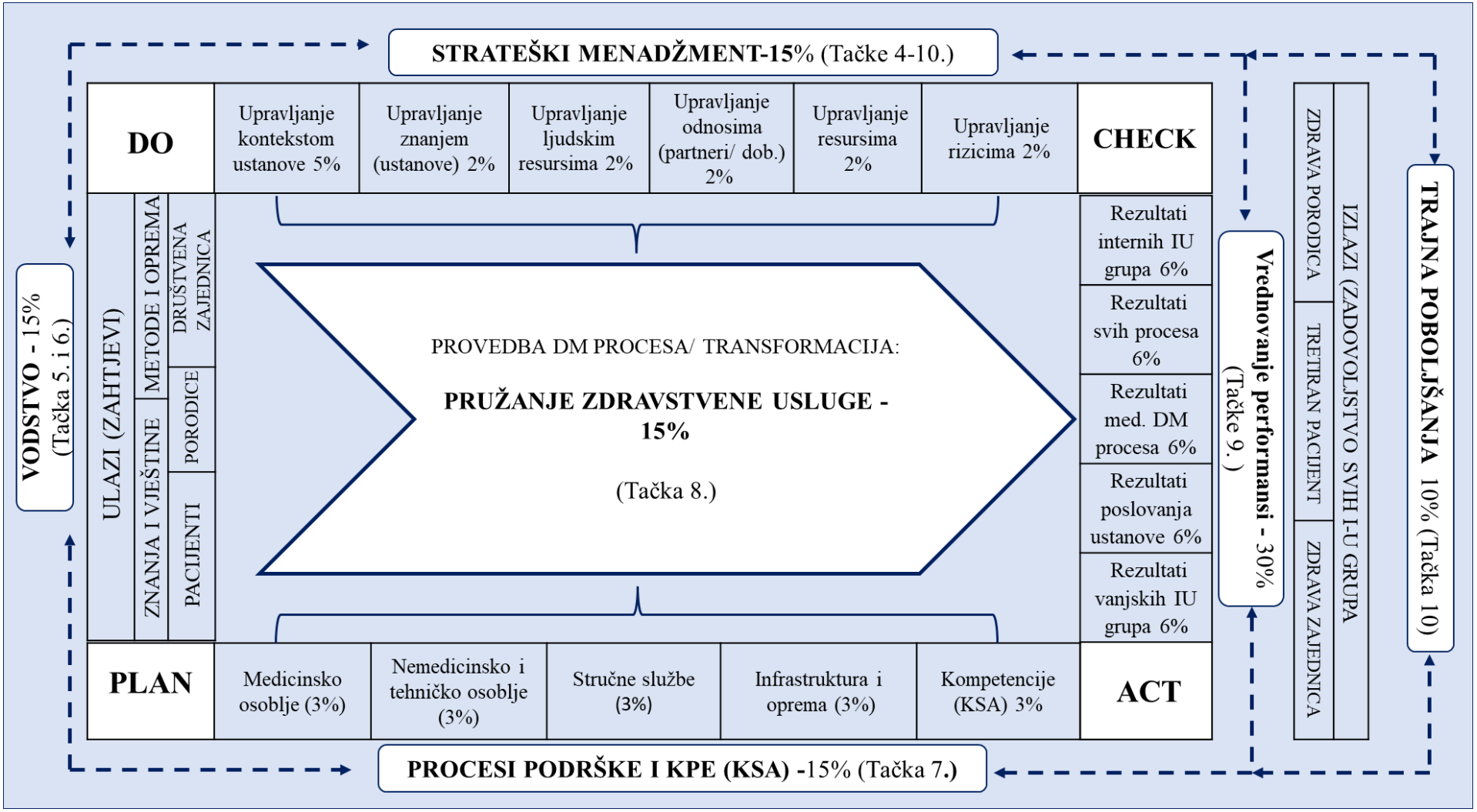
U nastavku, slika 18. predstavlja ponuđeni teorijski model (SH) za čije kreiranje su korišteni zahtjevi svih funkcija strateškog menadžmenta, svi zahtjevi tačaka norme ISO 9001:2015, ali i svi ciljevi i zahtjevi KPE u smislu znanja, vještina i sposobnosti, odnosno kompetencija top menadžera u području vodstva. Primarni podaci su izvedeni ne samo iz KPE dijela, već i iz SUK-a, ali i DM modela upravljanja zdravstvenim ustanovama. Za kreiranje ovog modela u obzir je uzet i EFQM model, koji se sve češće koristi kao temelj upravljačkih modela u javnom sektoru u Evropi u posljednjih 20-ak godina.

Modelu je dodijeljen procenat od ukupnih 100%, gdje je 1000 bodova raspoređeno u zavisnosti od ispunjenosti elemenata na ustanovama (detaljnije objašnjeno na slici 19. pojednostavljenog modela, tabeli 31. i 32. šifriranih elemenata i detaljnijoj deskripciji). Na ovaj način svaka ustanova koja bi radila po ovom modelu može adekvatno i putem bodovanja ocijeniti u kojoj fazi razvoja su dijelovi ustanove, te u skladu s ocjenom poboljšati nedovoljno razvijene dijelove ili reorganizovati procese. Model je značajan, jer bi pomogao razumijevanju povezanosti svih procesa unutar ustanove, a samim tim smanjio područja grešaka. Model je baziran na dinamičkom procesnom pristupu, gdje ne postoje nadređeni i podređeni procesi, već su svi jednako važni kako bi se spriječila pojava nekvalitete između pojedinih procesa. Model je zaokružen i Demingovim krugom kako bi se perpetuisalo poboljšanje rada cijele ustanove.

Tabela 31.: Područja, potpodručja i dodijeljeni postoci i bodovi (autor)

Područje	Potpodr.	% u SHM	Pitanja	Bodovi po pitanju	Ukupno bodova
Vodstvo	0	15	15	10	150
Upravljački proces	6	15	15	10	150
Procesi podrške	5	15	10	15	150
Temeljni proces (HC)	0	15	5	30	150
Evaluacija perform.	5	30	10	30	300
Poboljšanja	0	10	5	20	100
TOTAL	15	100	60	1000	1000

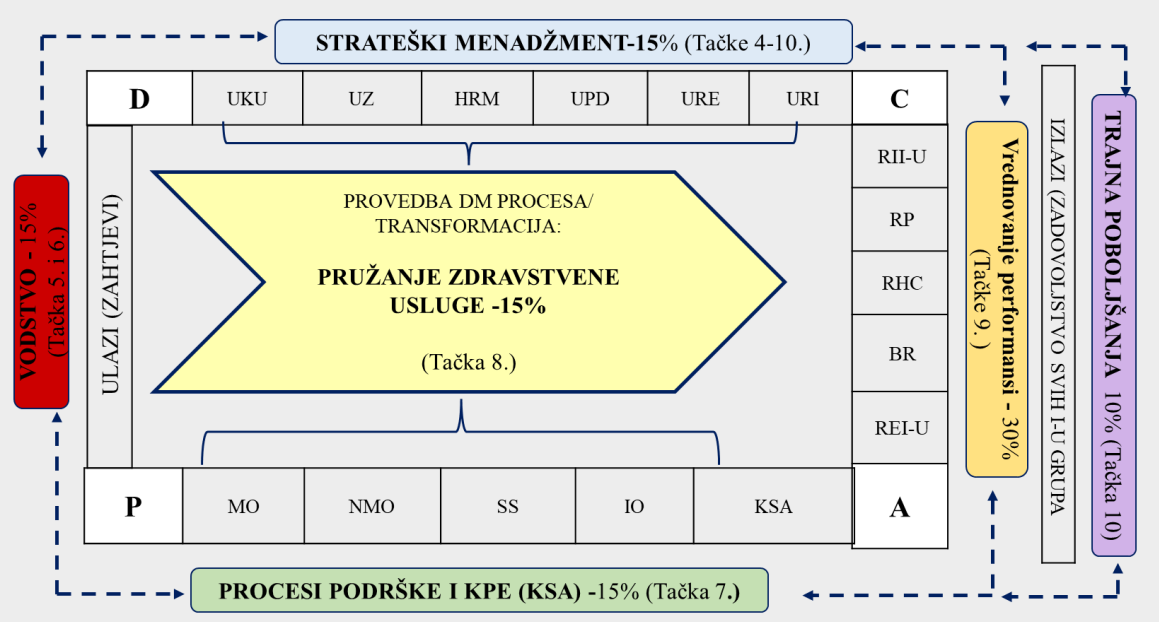
Dakle, SH model se sastoji od šest osnovnih dijelova sadržanih unutar četiri ključna područja, a to su planiranje, razvoj, implementacija i vrednovanje, gdje su dodatna dva dijela sveobuhvatna: strateški menadžment i vodstvo. Također, uključena su i tri procesa: upravljački, temeljni/ključni ili core proces koji se odnosi na pružanje zdravstvenih usluga (namjerno generički, jer u zavisnosti od pripadnosti zdravstvene usluge primarnom, sekundarnom ili tercijarnom zdravstvenom sektoru, čak i fondovima i zavodima, važno je da model bude dovoljno generički, kako bi svaka ustanova mogla unutar ključnog procesa razvijati svoje potprocese). Ovaj dio modela naziva se i dio transformacije, gdje se ulazi pretvaraju u izlaze.



Slika 18.: Prijedlog novog sinergetsko-holističkog modela (SH model)- autor

Procesni model je zamišljen na način da se pod ulazima podrazumijevaju pacijenti, porodica i zajednica (u zavisnosti da li je preventivna ili medicinska usluga), kao i potrebna znanja i vještine, ali i metode i oprema. Izlazima se smatraju zdrava porodica, pacijent, ali i zadovoljna zajednica, u smislu da zahtjevi svih IU strana budu djelimično ili u potpunosti zadovoljeni. Zato u ovom dijelu, a prije samih izlaza, važnu ulogu igra vrednovanje performansi koje se odnosi i na medicinski dio, ali i ukupno poslovanje ustanove.

U područje evaluacije ubrajaju se: rezultati zadovoljstva internih grupa, rezultati zadovoljstva eksternih grupa, rezultati svih procesa unutar ustanove, rezultati medicinskih usluga, te rezultati poslovanja ustanove. Treći proces, proces podrške obuhvata dijelove koji se odnose na dostupne ljudske resurse (medicinsko, nemedicinsko osoblje i stručne službe), infrastrukturu, opremu, te kompetencije. Nakon vrednovanja performansi gore navedenih pet područja, pristupa se trajnim poboljšanjima, koja su određena putem PDCA kruga. U nastavku objašnjen je način provođenja testiranja odnosa na nekoliko primjera iz područja vodstva, poboljšanja, vrednovanja rezultata i funkcija strateškog menadžmenta kako bi se empirijski ispitala vrijednost predloženog SH modela za upravljanje zdravstvenim ustanovama.



Slika 19.: Procentualna raspodjela po područjima modela (autor)

Iz dostupnih primarnih istraživanja, izdvojena su anketna pitanja iz oba dijela strukturisanog anketnog upitnika (KPE i SUK) koja najbolje definišu šest navedenih područja. Unutar modela (a obojeno bojama radi lakšeg razumijevanja), kreiran je i model gdje je 100% podijeljeno, u skladu sa važnošću na ustanovi unutar šest područja i potpodručja, a zatim su se njima dodijelili bodovi koji bi pomogli samoevaluaciji dijelova ustanove od strane top menadžera. Slika 19. pokazuje pojednostavljeni prikaz SH modela, sa podjelama po % u zavisnosti od područja djelovanja (obojeni dijelovi), koji je usklađen sa bodovnom tabelom i tabelom kodova dodijeljenim odabranim elementima analize.

Tabela 32.: Šifrirani elementi modela po područjima (autor)

Vodstvo	Kontekst organizacije	Upravljanje znanjem	Upravljanje ljudskim resursima	Upravljanje partneri /dobavljači	Upravljanje resursima	Upravljanje rizicima	Medicinsko osoblje	Nemedicinsko osoblje	Profesionalne službe i usluge	Infrastruktura i oprema	Kompetencije (KSA)	Temeljni HC proces	Rezultati internih I-U grupa	Rezultati procesa	Rezultati zdravstvenih usluga	Poslovni rezultati ustanove	Rezultati eksternih I-U grupa	Poboljšanja
K1.1.	Q1.3.	Q2.3.	Q4.1.	Q4.9.	Q4.3.	Q2.5.	Q2.6.	Q2.7.	Q5.3.	Q4.6	Q3.11	Q4.11	Q6.1	Q6.2.	Q6.3	Q6.6.	Q6.5.	Q7.1.
K1.2.	Q1.4.	Q4.8.	Q4.2.	Q6.7.	Q4.4.	Q3.5.	Q3.3.	Q4.7.	Q2.8.	Q4.12	Q4.10	Q5.1.	Q6.8.	Q6.9.	Q6.4	Q6.10	K4.7.	Q7.2.
K1.3.	Q1.5.											Q5.2.						Q7.3.
K1.5.	Q1.7.											Q5.4.						Q7.4.
K2.3.	Q1.8.											Q5.5.						K5.2.
K2.4.																		
K3.3.																		
K4.1.																		
K4.6.																		
K5.1.																		
K6.1.6																		
K6.3.1																		
K6.3.4																		
K6.3.5																		
K6.4.5																		
K6.5.3																		
15%	15%						15%					15%	30%					10%

Dakle, radi lakšeg razumijevanja modela, sva područja su obojena različitim bojama, dodijeljeni su im procenti, te u skladu sa procentima, dodijeljeni su im i bodovi uz pitanja koja se koriste u samoevaluaciji ustanove. Područje ***Vodstva*** obuhvata 15 pitanja, ali su sva pitanja izvađena iz 6 područja KPE-a (budući da se radi o samoprocjeni liderstva od strane top menadžera), te svako pitanje sa sobom nosi po 10 bodova, gdje je idealni rezultat u totalu za područje vodstva iznosi 150 bodova. Područje ***Strateškog menadžmenta*** se odnosi na sve upravljačke procese (funkcije su uključene), te se sastoji od šest potpodručja, sa ukupno 15 elemenata ocjene, gdje kontekst ustanove kao prvo potpodručje ima pet elemenata, dok ostala podpodručja sadrže po dva elementa. Svaki element ocjene nosi 10 bodova, a ukupan broj bodova za područje iznosi 150. Područje procesa ***Podrške*** sastoji se od pet podpodručja, sa po dva elementa, u kojem svaki nosi po 15 bodova. Područje ***HC procesa*** (zdravstvene usluge) nema potpodručja i sastoji se od pet elemenata sa po 30 bodova (150 bodova). Područje ***Evaluacije performansi*** ima pet potpodručja, sa 10 elemenata u kojem svaki element nosi po 30 bodova (300 ukupno). Posljednje područje ***Poboljšanja*** sastoji se od pet elemenata, sa po 20 bodova (100 bodova). Bodovni rezultat novog teorijskog SH modela iznosi 1000 bodova (100%).

Nakon obavljenih deskriptivnostatističkih analiza, prikupljeni podaci i model djelimično su testirani i analizirani metodom koeficijenta relacije ranga. Koeficijent relacije ranga Spearmana kao metod je korišten kao najadekvatniji metod analize podataka izraženih u rangovima (1 – 5). Koeficijentom korelacije ranga Spearmana mjeri se stepen i smjer povezanosti dvije pojave koje su predočene parovima rang-varijabli. Spearmanov koeficijent relacije ranga korišten je za analizu načina na koji rezultati/ocjene koreliraju unutar 120 anketnih pitanja i ukupno 59 ispitanika, uz korištenje formule:

$$r_s = 1 - \frac{6\sum_i (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)}$$

Obzirom da je Spearmanova formula bazirana na pretpostavci dodjeljivanja različitih rangova različitim pojedincima, u slučaju vezanih rangova potrebno je primijeniti korekcije. Zbog relativno malog broja rangova i velikog broja odgovora (opservacija pojava) unutar većine rangova, primijenjen je faktor korekcije (*cf*) u kojem *m* predstavlja broj opservacija povezanih sa pojedinačnim rangom. Formula izračuna faktora korekcije data je izrazom:

$$cf = \frac{m(m^2 - 1)}{12}$$

Faktor korekcije (*cf*) zatim je dodat sumi kvadrata razlika rangova $\sum i\ (x_i - y_i)^2$ za svaki vezani rang, čime se dolazi do nove sume kvadrata razlika rangova koja je uvrštena u formulu izračunavanja Spearmanovog koeficijenta relacije ranga (r_s).

Sinergetsko-holistički model (SH model) predložen u ovoj disertaciji u osnovi je sveobuhvatni teoretski upravljački model i može poslužiti kao samoevaluacijski okvir top menadžmentu za sagledavanje trenutnog statusa i razvoja na ustanovi po područjima modela (14 područja uključenih u predloženi model), te definisanju strateških odluka i mjera s ciljem razvoja i poboljšanja pojedinih područja modela ili cjelokupnog modela. Analizom Spearmanovog koeficijenta korelacije ranga obuhvaćen je ukupno 121 element unutar ukupno 14 ispitivanih područja (šest povezanih sa KPE, sedam sa normom, jedno sa DM modelom) koja su analizirana na nivou područja i pojedinačnih elemenata. Iz razloga nemogućnosti obuhvata i predstavljanja svih korelacija između elemenata različitih područja, te između samih područja, u nastavku se analiziraju veze između nekoliko područja/elemenata koje mogu biti ilustrativne za pojašnjenje mogućeg funkcionisanja modela u praksi. Analizirani su odnosi između: vodstva i trajnih poboljšanja, vodstva i vrednovanja performansi, vodstva i strateškog menadžmenta, te strateškog menadžmenta i vrednovanja performansi.

Vrijednosti Spearmanovog koeficijenta relacije ranga (*rs*) kreću se od +1 do -1. Ukoliko je vrijednost koeficijenta 1, to znači da se sva rangiranja svake uključene varijable podudaraju za svaki par podataka. Pri vrijednosti od -1 rangiranja jedne varijable predstavljaju inverziju druge varijable. U ovom slučaju postoji tendencija da visoki rang jedne pojave prati niži rang druge pojave. Vrijednosti koeficijenta bliži vrijednosti 0 ukazuju da rangiranja varijable nemaju

monotonu povezanost, odnosno da je slabija povezanost ili korelacija između rangova (bilo pozitivna bilo negativna). Interpretacija podataka unutar analiza oslanjaće se na opisnu skalu rangova prikazanih u tabeli 33.

Tabela 33.: Interpretacija Spearmanovog koeficijenta relacije ranga (obrada autora)

Rang koeficijenta relacije ranga (rs)	Značenje vrijednosti
-1.0 do -0.7	Snažna negativna (inverzna) povezanost
-0.7 do –0.3	Slaba negativna povezanost
-0.3 do +0.3	Mala ili nepostojeća povezanost
+0.3 do +0.7	Slaba pozitivna povezanost
+0.7 do +1.0	Snažna pozitivna povezanost

Tabela 34.: Rezultati korelacije odnosa vodstva i unapređenja (Spearman koeficijent) - autor

	Improvements_1	Improvements_2	Improvements_3	Improvements_4	Improvements_5
Leadership_1	0.272	0.118	0.192	0.181	0.194
Leadership_2	0.306	0.217	0.232	0.226	0.226
Leadership_3	0.450	0.401	0.376	0.380	0.409
Leadership_4	0.512	0.234	0.234	0.174	0.208
Leadership_5	0.629	0.507	0.555	0.536	0.598
Leadership_6	0.710	0.360	0.382	0.375	0.428
Leadership_7	0.260	0.295	0.295	0.328	0.344
Leadership_8	0.225	0.309	0.309	0.340	0.291
Leadership_9	0.251	0.085	0.072	0.075	0.119
Leadership_10	0.600	0.339	0.334	0.384	0.379
Leadership_11	0.222	0.106	0.086	0.141	0.065
Leadership_12	0.237	0.237	0.081	0.084	0.117
Leadership_13	0.255	0.138	0.072	0.140	0.178
Leadership_14	0.440	0.176	0.121	0.146	0.161
Leadership_15	0.394	0.232	0.178	0.204	0.212
Leadership_16	0.284	0.348	0.335	0.349	0.344

Analiza odnosa između vodstva i trajnih poboljšanja uključuje analizu i izračun koeficijenta relacije ranga na 16 pitanja iz oblasti KPE (vodstvo) i 5 pitanja iz dijela B ankete vezanih za unapređenje perfomansi.

Najsnažnija pozitivna asocijacija vidljiva je na elementu „Leadership_5“ koji odgovara pitanju iz vodstva vezanom za identifikaciju strateških ciljeva u skladu sa dostupnim resursima – ljudskim, materijalnim i infrastrukturni, uz naglašenu razvojnu komponentu. Vrijednosti koeficijenta za ovaj element nalaze se u gornjoj polovini ranga slabe pozitivne povezanosti, u blizini snažne pozitivne povezanosti. Element „Leadership_6“ koji odgovara anketnom pitanju iz vodstva vezanom za rad sa nosiocima procesa na pretvaranju strateških u operativne ciljeve u skladu sa dostupnim kapacitetima unutar pojedinih procesa pokazuje snažnu pozitivnu povezanost (0.710) sa elementom „Improvements_1“ (koji odgovara pitanju iz područja poboljšanja o poboljšanjima kroz sva tri procesa, usluga, te svih poslovnih aktivnosti). Sličnu povezanost (0.600) pokazuje i element „Leadership_10“ koji odgovara anketnom pitanju iz vodstva o podsticanju i osiguravanju razvoja sistema monitoringa na nivou ustanove, ali i svakog procesa i usluge.

Tabela 35.: Rezultati korelacije za interpretaciju odnosa vodstva i vrednovanja (Spearman koeficijent) - autor

	Performance_1	Performance_2	Performance_3	Performance_4	Performance_5	Performance_6	Performance_7	Performance_8	Performance_9	Performance_10
Leadership_1	0.140	0.213	0.199	0.147	0.147	0.169	0.193	0.193	0.178	0.221
Leadership_2	0.303	0.310	0.238	0.289	0.279	0.240	0.268	0.266	0.288	0.284
Leadership_3	0.354	0.369	0.365	0.376	0.368	0.404	0.377	0.398	0.350	0.405
Leadership_4	0.248	0.276	0.240	0.278	0.243	0.244	0.252	0.278	0.245	0.288
Leadership_5	0.390	0.542	0.591	0.603	0.543	0.527	0.576	0.611	0.556	0.592
Leadership_6	0.354	0.376	0.410	0.408	0.383	0.383	0.393	0.407	0.408	0.431
Leadership_7	0.352	0.325	0.296	0.282	0.267	0.267	0.292	0.307	0.319	0.295
Leadership_8	0.400	0.374	0.379	0.339	0.339	0.292	0.330	0.349	0.338	0.328
Leadership_9	0.466	0.151	0.134	0.131	0.143	0.143	0.128	0.134	0.185	0.158
Leadership_10	0.446	0.396	0.396	0.392	0.431	0.382	0.390	0.434	0.458	0.381
Leadership_11	0.407	0.176	0.128	0.115	0.178	0.117	0.138	0.157	0.182	0.118
Leadership_12	0.384	0.384	0.121	0.137	0.144	0.091	0.135	0.145	0.155	0.152
Leadership_13	0.390	0.176	0.106	0.153	0.153	0.140	0.116	0.081	0.212	0.212
Leadership_14	0.275	0.134	0.134	0.155	0.150	0.096	0.102	0.102	0.181	0.190
Leadership_15	0.368	0.241	0.195	0.179	0.257	0.251	0.257	0.200	0.233	0.204
Leadership_16	0.426	0.377	0.343	0.360	0.401	0.401	0.372	0.390	0.393	0.371

Najsnažnija pozitivna asocijacija između vodstva i vrednovanja performansi, kao i u prethodnom slučaju, vidljiva je na elementu „Leadership_5“ (koji odgovara pitanju iz područja vodstva vezanom za identifikaciju strateških ciljeva u skladu sa dostupnim resursima – ljudskim, materijalnim i infrastrukturni, uz naglašenu razvojnu komponentu). Vrijednosti koeficijenta za ovaj element nalaze se u gornjoj polovini ranga slabe pozitivne povezanosti, u blizini snažne pozitivne povezanosti i prilično su ujednačeni i konzistentni.

Naredna najveća pozitivna povezanost bilježi se na elementu „Leadership_10“ iz područja vodstva koji odgovara anketnom pitanju o identifikaciji i dokumentovanju područja poboljšanja unutar sva tri procesa. Vrijednosti koeficijenta za ovaj element nalaze se u gornjoj polovini ranga slabe pozitivne povezanosti i prilično su ujednačeni i konzistentni u odnosu na sve elemente vrednovanja performansi.

Najnižu povezanost pokazuju elementi „Leadership_1“ i „Leadership_14, koji odgovaraju ispitivanju komuniciranja vizije i misije, te pregovara o kompromisima i rješavanjima sukoba sa zainteresiranim stranama (K6.4.5).

Tabela 36.: Rezultati korelacije vodstva i strateškog menadžmenta (Spearman koef.) - autor

	Strategic_1	Strategic_2	Strategic_3	Strategic_4	Strategic_5	Strategic_6	Strategic_7	Strategic_8	Strategic_9	Strategic_10	Strategic_11	Strategic_12	Strategic_13	Strategic_14	Strategic_15
Leadership_1	0.118	0.174	0.183	0.152	0.128	0.207	0.147	0.163	0.163	0.184	0.153	0.118	0.156	0.235	0.130
Leadership_2	0.261	0.202	0.317	0.201	0.248	0.226	0.264	0.210	0.238	0.289	0.252	0.193	0.241	0.319	0.272
Leadership_3	0.394	0.431	0.443	0.378	0.349	0.426	0.353	0.392	0.394	0.381	0.402	0.398	0.398	0.421	0.387
Leadership_4	0.260	0.260	0.291	0.203	0.208	0.221	0.296	0.200	0.188	0.260	0.250	0.250	0.223	0.271	0.297
Leadership_5	0.539	0.550	0.546	0.563	0.500	0.616	0.560	0.535	0.616	0.581	0.581	0.597	0.553	0.612	0.553
Leadership_6	0.342	0.378	0.324	0.401	0.375	0.392	0.365	0.385	0.434	0.408	0.357	0.401	0.371	0.406	0.336
Leadership_7	0.264	0.288	0.292	0.292	0.292	0.353	0.291	0.323	0.306	0.308	0.356	0.356	0.280	0.362	0.307
Leadership_8	0.314	0.324	0.273	0.328	0.306	0.339	0.303	0.302	0.353	0.384	0.332	0.310	0.343	0.391	0.329
Leadership_9	0.048	0.084	0.169	0.107	0.046	0.142	0.116	0.059	0.092	0.141	0.082	0.125	0.125	0.134	0.070
Leadership_10	0.340	0.372	0.316	0.391	0.388	0.365	0.390	0.362	0.372	0.447	0.310	0.387	0.386	0.402	0.342
Leadership_11	0.091	0.091	0.096	0.127	0.124	0.124	0.118	0.091	0.102	0.172	0.111	0.090	0.084	0.163	0.100
Leadership_12	0.086	0.084	0.108	0.092	0.055	0.092	0.094	0.097	0.097	0.131	0.103	0.128	0.076	0.076	0.065
Leadership_13	0.068	0.106	0.155	0.138	0.122	0.108	0.163	0.160	0.097	0.106	0.139	0.119	0.092	0.147	0.094
Leadership_14	0.107	0.074	0.088	0.088	0.179	0.118	0.124	0.175	0.177	0.175	0.151	0.136	0.081	0.144	0.143
Leadership_15	0.233	0.184	0.244	0.221	0.191	0.166	0.198	0.175	0.166	0.183	0.219	0.204	0.165	0.165	0.153
Leadership_16	0.354	0.360	0.387	0.335	0.343	0.346	0.346	0.338	0.354	0.397	0.363	0.360	0.368	0.379	0.334

Najsnažnija pozitivna asocijacija između vodstva i strateškog menadžmenta vidljiva je na elementu „Leadership_5“ koji odgovara pitanju iz područja vodstva vezanom za identifikaciju strateških ciljeva u skladu sa dostupnim resursima – ljudskim, materijalnim i infrastrukturni, uz naglašenu razvojnu komponentu. Vrijednosti koeficijenta za ovaj element nalaze se u gornjoj polovini ranga slabe pozitivne povezanosti, u blizini snažne pozitivne povezanosti, ujednačeni su i konzistentni po svim elementima strateškog menadžmenta.

Najniže ocjene povezanosti zabilježene su po elementu „Leadership_12“ (anketno pitanje iz područja vodstva povezano sa osiguravanjem da rezultati svih analiza i evaluacija u procesu implementacije ciljeva budu korišteni za narednu reviziju strategije, ciljeva i aktivnosti), te element „Leadership_9“ (koji odgovara anketnom pitanju iz područja vodstva vezanom za prepoznavanje odnosa koji utiču na rad Ustanove – unutrašnjih i vanjskih strana, npr. odnosa između odjeljenja, klinika, kolega, zdravstvenih centara i sl). Većina vrijednosti koeficijenata po ovim elementima kreće se u rangu od 0 do +0.17, što pokazuje da su elementi međusobno povezani vrlo malo ili nikako.

Tabela 37.: Rezultati korelacije strateškog menadžmenta i vrednovanja performansi (Spearman koef.)

	Performance_1	Performance_2	Performance_3	Performance_4	Performance_5	Performance_6	Performance_7	Performance_8	Performance_9	Performance_10
Strategic_1	0.090	0.760	0.764	0.757	0.772	0.789	0.772	0.786	0.765	0.748
Strategic_2	0.198	0.765	0.757	0.752	0.764	0.811	0.762	0.774	0.772	0.740
Strategic_3	0.130	0.755	0.738	0.757	0.765	0.765	0.740	0.751	0.779	0.749
Strategic_4	0.162	0.776	0.769	0.778	0.784	0.783	0.789	0.773	0.794	0.766
Strategic_5	0.123	0.813	0.781	0.787	0.810	0.794	0.794	0.774	0.805	0.756
Strategic_6	0.178	0.765	0.775	0.792	0.751	0.748	0.756	0.805	0.776	0.783
Strategic_7	0.104	0.795	0.792	0.813	0.792	0.780	0.785	0.797	0.802	0.761
Strategic_8	0.162	0.795	0.764	0.792	0.787	0.765	0.764	0.757	0.815	0.776
Strategic_9	0.128	0.761	0.786	0.819	0.760	0.735	0.757	0.782	0.780	0.776
Strategic_10	0.203	0.816	0.811	0.801	0.812	0.775	0.794	0.832	0.823	0.815
Strategic_11	0.067	0.778	0.772	0.802	0.764	0.735	0.790	0.773	0.781	0.782
Strategic_12	0.169	0.738	0.785	0.771	0.773	0.782	0.777	0.810	0.771	0.791
Strategic_13	0.103	0.769	0.814	0.769	0.772	0.755	0.791	0.767	0.765	0.770
Strategic_14	0.173	0.825	0.813	0.799	0.809	0.793	0.801	0.797	0.809	0.791
Strategic_15	0.087	0.801	0.760	0.795	0.779	0.740	0.772	0.755	0.762	0.785

Na kraju analize rezultata koeficijenta relacije ranga Spearmana kao metoda analize prikazani su odnosi između strateškog menadžmenta i vrednovanja performansi, kao ključnog područja na nivou rezultata. Za razliku od liderstva koje je pokazalo rezultate u rangu slabe pozitivne povezanosti, područje strateškog menadžmenta i elementi područja vrednovanja performansi pokazuju rezultate snažne pozitivne povezanosti (rang +0.7 do +1.0 prema skali).

Širi obuhvat funkcija strateškog menadžment od funkcija vodstva u velikoj mjeri determiniše ovakvo stanje. Dodatno, a kao vrlo važno je naznačiti da se elementi povezani sa liderščipom u kontekstu SH modela derivišu iz KPE (anketna pitanja za sve ispitanike), te da su kao takvi usmjereni prvenstveno na individualna znanja, vještine i sposobnosti. Nasuprot tome, područje strateškog menadžmenta uključuje polja povezana sa svim funkcijama SM, te pokriva kontekst ustanove, upravljanje znanjem, upravljanje ljudskim resursima, upravljanje odnosima sa partnerima i dobavljačima, upravljanje resursima, kao i upravljanje rizicima, te je kao takvo usmjereno na organizaciona znanja, vještine i sposobnosti i njihovu optimalnu kombinaciju, kao i mjere njihovog čuvanja i unapređivanja.

Na strani slabe povezanosti, element „Performance_1“ (koji odgovara anketnom pitanju iz područja vrednovanja povezanim sa posjedovanjem dokumentovanih mjera nadzora, mjerenja, analize i evaluacije) pokazuje znatno slabije rezultate koeficijenta relacije ranga u odnosu na ostale elemente vrednovanja performansi.

6. DISKUSIJA

Pod uticajem neoliberalizma nastaje i pristup Novog javnog menadžmenta (NPM), koji se u prvom periodu implementirao u Engleskoj, te u Švedskoj krajem ’70-ih godina 20-og vijeka (Bleiklie, 2018). Politički razvoj koji je vodio snaženju neoliberalizma u Švedskoj nastao je kao posljedica ekonomskih teškoća devedesetih godina, koje su dovele i do promjene svijesti o javnom sektoru. Neoliberalizam i globalizacija identifikovani su ključnim procesima koji utiču na slabljenje javne sfere, zajedno sa pratećim procesima privatizacije i tržišne orijentacije (marketizacije), te povećanjem konkurencije (Hammerschmid & Meyer 2005).

Samim tim, različiti mehanizmi i postupci imanentni privatnom sektoru transferisali su se i provodili u javnim institucijama. Bosna i Hercegovina prošla je niz šokova u vremenskom periodu od tri decenije, procesima započetim uvođenjem višepartijskog parlamentarnog sistema, koji su nastavljeni prolaskom kroz ratno i postratno iskustvo. Postratno iskustvo se vremenski poklapa sa tranzicionim i globalizacijskim efektima koji su na socioekonomsku sliku zemlje imali snažan uticaj.

Budući da posebno mjesto unutar reformi javnog sektora zauzima zdravstveni sektor, potrebno je imati u vidu činjenicu da je zdravlje osnova dobrobiti te ključni preduslov za povećanje produktivnosti jedne zemlje (Todaro & Smith 2015). Kako bi se ostvarile koristi razvoja modernih tehnologija i povećanja produktivnosti, zemlje u tranziciji obavezne su prvenstveno reformisati obrazovni i zdravstveni sistem (Barr, 1996). Obrazovanje i zdravstvo predstavljaju osnovne ciljeve razvoja zemalja u tranziciji.

Međuzavisnosti i interakcije strategije (ili strateškog menadžmenta) i kvaliteta u procesima reformi mogu donijeti mnogostruke koristi za javni sektor (zdravstvo), socijalnu i demografsku sliku zemlje (stanovništvo), te ekonomiju zemlje (kroz povećanje produktivnosti radnosposobnog stanovništva). U radu su istražene interakcije strategije i kvaliteta kao važan zadatak sa stanovišta naučne, ali i praktične primjene. Značaj zdravlja na ukupan rast, razvoj te blagostanje i produktivnost države postaje jasno i kroz sagledavanje posljedica pandemije virusne respiratorne bolesti uzrokovana novim koronavirusom SARS-CoV-2 (WHO, 2020) krajem 2019. godine, koja još uvijek nije završena.

Djeluje kao da su menadžerski alati (TQM, benčmarking, autsorsing, reinžinjering) zauzeli mjesto strategije, te da menadžeri posljedično (bavljenjem unapređenjima, a ne strategijom) udaljavaju firme od održive konkurentske pozicije. Efikasno upravljanje javnim sektorom danas, zahtijeva od javnih ustanova razvoj kapaciteta za primjenu strateškog menadžmenta kao centralnog menadžerskog procesa koji integriše sve ključne aktivnosti i funkcije (Poister & Streib, 1999). McBain & Smith (2010) smatraju da je strateški menadžment postao standardno sredstvo kojim menadžeri u javnom sektoru kreiraju vrijednosti i oblikuju organizaciju.

6.1. Sinteza rezultata istraživanja

Veza između strateškog menadžmenta i sistema kvaliteta je definitivno etablirana u '70-im i '80-im godinama prošlog vijeka, a u prethodnim poglavljima predstavljen je istorijski razvoj i različiti koncepti kako funkcija i područja strateškog menadžmenta, tako i kvalitete. Zanimljivo je da su svi dosadašnji teoretski i empirijski modeli sistema upravljanja kvalitetom, te vanjskog ocjenjivanja modela nastali upravo objedinjavanjem postojećih metoda, alata i tehnika iz područja menadžmenta (Weale, 2007; Dominquez-Mayo, 2012), te postojećeg know-how iz područja edukacije (temeljeno na osnovnom Donabedijanovom modelu kvaliteta zdravstvene ustanove). Naravno, pojavljivali su se različiti pristupi i tumačenja kvaliteta, zavisno od pristupa i polja interesovanja autora.

Početak pretvaranja filozofije i koncepta kvalitete u konkretne pokušaje kreiranja modela sistema osiguranja kvaliteta kroz razvoj i implementaciju pojedinih menadžerskih alata unutar zdravstvene ustanove započinju Wowk (1990), Claus (1991) i Batalden (1992). Appel (1991) i Weiner (1992) u teoriji prvi put pokušavaju kreirati zajedničke indikatore kvaliteta zdravstvene usluge putem istraživanja rezultata implementacije unutar bolnica (Weiner et al. 2006). Al-Assaf (1993), a zatim i Nichols i Zallar (1997) počinju se oslanjati na rezultate sistema kvaliteta na američkim zdravstvenim ustanovama primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa. Njihova odrednica implementacije kvaliteta veže se direktno za totalno upravljanje kvalitetom, gdje je u potpunosti preskočen nužni dio implementacije sistema upravljanja kvalitetom. Teškoće u upravljanju i vođenju zdravstvenih ustanova, uzrokovane njihovom kompleksnošću, ali i moći koju stavljaju u ruke pojedinaca, te konflikti interesa internih i eksternih upravljačkih sistema, stvaraju takođe i poteškoće u komuniciranju i provođenju eksplicitnih, koherentnih i jedinstvenih strateških pravaca. Postojeća literatura (akademska, stručna i istraživačke studije) o strateškom menadžmentu u organizacijama/ustanovama javnog sektora često posuđuje teorije, tehnike i alate iz poslovno orijentisanih konteksta. Uticaj NPM-a ogleda se u prenosu instrumenata, tehnika i alata (ali i zahtjeva interesno-uticajnih grupa) iz privatnog u javni sektor. Rad menadžera u javnom sektoru nije adekvatno reflektovan u postojećim upravljačkim okvirima. Postoji realna potreba za boljim konceptualnim okvirom koji će odražavati sve funkcije strateškog javnog menadžmenta.

U posljednjih dvadesetak godina, među akademskim radnicima fokus je stavljen na strateški menadžment unutar organizacija javnog zdravstvenog sektora (Meier et al., 2006). Literatura pokazuje da se tema dalje fokusira na osiguravanje menadžerskih alata za dostizanje boljih performansi, čime se potvrđuje uticaj racionalizma NPM-a u reformama u području zdravstvenog sektora. NPM naglašava da ustanove javnog sektora moraju usvojiti prakse strateškog planiranja kako bi poboljšale dugoročno upravljanje, vođenje javnih ustanova te poboljšale performanse u turbulentnom okruženju (Alford, 2001, Barzelay, 2001).

Kroz prikupljanje, analizu i rezultate provedenih istraživanja, jasno je da konfuzija između neophodnih menadžerskih znanja i razumijevanja konteksta okruženja, te novosti u području same medicine, zbunjuje i kreatore kontinuirane profesionalne edukacije zdravstvenih menadžera. Dakle, poistovjećivanje sistema upravljanja kvalitetom na zdravstvenoj ustanovi (upravljački model) i sistema kvalitete zdravstvene usluge (Donabedijanov model kvalitete zdravstvene usluge), dovodi i do tautologije unutar KPE zdravstvenih menadžera (Fentahun & Molla, 2012), gdje se najčešće miješaju jedinice iz medicine i biomedicine, sa sadržajnim jedinicama strateškog upravljanja, organizacionim performansama i upravljanja kvalitetom.

Kao što je već predstavljeno upravljanje zdravstvenim ustanovama se posmatra pod pojmom menadžerskih znanja i vještina, dok se kvalitet pridružuje isključivo u području zadovoljstva korisnika i monitoringa određenih indikatora direktno vezanih za zdravstvenu uslugu. Jaz koji se može vidjeti jeste potpuno zanemarivanje izgradnje sistema kvalitete u odnosu na zadovoljstvo korisnika, te kreiranje indikatora performansi zdravstvenih usluga i proizvoda, mjerenja, analize i poboljšanja. Pri tome, u cjelosti se zanemaruje procesni model, konzistentnost procesa i jednak razvoj druge dvije vrste procesa – upravljačkog i procesa podrške.

Rad je usmjeren na istraživanje tri glavna elementa. Prvi dio se odnosi na istraživanje znanja i vještina top menadžera zdravstvenih ustanova u području upravljanja kvalitetom i strateškog menadžmenta. Drugi dio se fokusira na nedovoljnu razvijenost i implementaciju sistema upravljanja kvalitetom u zdravstvenim ustanovama, temeljenu na procesnom modelu zahtjeva norme ISO EN BAS 9001:2015 (ISO EN 9001:2015). Treći dio istražuje jaz (gap) između postojećeg sistema kvalitete baziranog na DM modelu kvalitete zdravstvenih usluga i njegove nedostatke u odnosu na SUK. Istraživanja i analize se povezuju u posljednjem dijelu, izgradnjom novog teorijskog sinergetsko-holističkog modela (SH) i analiza korelacije ranga kao verifikacija dijelova modela.

Uvidom u dostupnu literaturu, akademske i stručne članke postaje jasno da se oni bave pojedinačno strateškim menadžmentom, zasebno sistemima upravljanja kvalitetom, totalnim i integrisanim upravljanjem kvalitetom, a posebno zdravstvenim ustanovama. Jedini sublimat ova tri područja moguće je pronaći u manjoj mjeri unutar strategija razvoja zdravstvenih sektora na državnim nivoima, te u određenim zakonskim obavezama (državnim i nadnacionalnim – evropske direktive i WHO) i agencijama za kvalitet u zdravstvu. Izuzev konsenzusa o potrebi postojanja sistema kvaliteta na zdravstvenim ustanovama, te konsenzusa o korištenju kriterija i indikatora za pojedine zdravstvene usluge na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, još uvijek ne postoji zajednički model SUK-a na nivou Evrope. Navedene veze, pomoćne hipoteze, te dodijeljeni indikatori omogućavaju upoređivanje zahtjeva sa zahtjevima strateškog menadžmenta, te konstruisanje novog teoretskog sinergetsko-holističkog modela (SHM), koji objedinjuje SUK i funkcije strateškog menadžmenta u jedinstveni okvir.

U odgovoru na finansijsku krizu 2008. godine, najrazvijenije države svijeta institucijski okupljene i organizovane dogovorile su se da uz mjere za oživljavanje konjukture kroz pružanje *posljednjeg utočišta* nelikvidnim finansijskim institucijama, moraju pripremati i provoditi promjene i reforme koje ostvaruju dugoročne efekte za izlazak iz krize i koje bi jačale konkurentnost na tržištima. Gotovo 15 godina nakon velike finansijske krize, jasno se vide strukturne pukotine unutar neoliberalnog kapitalističkog pristupa i njegovih politika. Pojavom pandemije Covid-a krajem 2019. godine, to se potvrđuje i jasno oslikava jer većina stanovništa nažalost snosi cijenu ovakvih politika i kroz državne zdravstvene sisteme, a snosi je i tržište rada, jer tretiranje individua primarno kao obnovljivih resursa se u 2022. godini oslikava u trendu *velikog otkaza*. Pojava novih ratnih sukoba na području Evrope u 2022. godini doprinosi povratku razvojnih politika prvenstveno u državne okvire (uključujući i ranije ozloglašenu nacionalizaciju velikih energetskih kompanija). Njemačka, kao zemlja sa najjačom ekonomijom u Zapadnoj Evropi, ubrzano pribjegava obnavljanju određenih politika koje ih vraćaju u krilo socijalne države.

Posmatrajući zdravstveni sektor i upravljanje na nivou država, moglo bi se izvesti nekoliko zaključaka koji su važni za dalji razvoj strateškog menadžmenta kao nauke, ali i posebnosti unutar strateškog menadžmenta u zdravstvu. Naime, strateški menadžment se više ne može oslanjati na pojedinačne teorije kao što su npr. teorije bazirane na resursima ili teorija agencija, već složenost i neizvjesnost zahtijevaju veću upotrebu teorija sistemskog pristupa. Neergodički svijet će zahtijevati korištenje više teorija koje holistički i sinergetski obuhvataju sisteme, resurse i vrijednost interesno-uticajnih grupa. Pogrešan pokušaj zadržavanja pretpandemijskog položaja moći i uticaja među državama i korporacijama, bio je vidljiv 2021. godine, kada je globalna nejednakost kroz promovisanje konkurentskog ponašanja i strategija, doveo svijet u još veće probleme i faktički produžio krizni period globalno.

Svjetska zdravstvena organizacija je s ciljem bržeg prevazilaženja pandemije, predlagala da se nakon izuma vakcine za zaštitu i smanjenje smrtnosti od Covid-a dodijeli slobodna licenca i recept za proizvodnju zemljama koje imaju kapacitete za izradu, kao i da se već proizvedene vakcine ne skladište, već šalju u druge manje razvijene zemlje, npr. zemlje Afrike i Azije. Strategija oštre konkurencije, umjesto strategije saradnje i strateških alijansi produžila je trajanje pandemije, te kreirala i nove sojeve virusa koji su bili smrtonosniji (mutacija između prenosa vakcinisanih i nevakcinisanih). Produžavanje vremenskog trajanja pandemije dovelo je do sve većih ekonomskih problema kroz ugrožavanje kontinuiteta lanaca snabdijevanja i smanjenja procesa proizvodnje (što je dovelo do eskalacije gladi i siromaštva širom svijeta: npr. u Kini, afričkim zemljama, Bliskom istoku, Jugoistočnoj Aziji i dr.). Globalna bitka za resurse nasuprot načelu solidarnosti predstavlja jednu od glavnih odlika života u vrijeme pandemije (nadmetanje država za zaštitnu opremu, respiratore za potpomognuto disanje u intenzivnoj njezi oboljelih, te za dostupne vakcine i sl.). Glavni akteri takmičenja u pronalasku vakcina su *Big Pharma* kompanija (Pfizer, Moderna, Gamaleya, Oxford/AstraZeneca, Sinovac) podržane od strane država ili unija (S.A.D., Ruska Federacija, NR Kina, Evropska Unija). Mada je postojala načelna i deklarativna saglasnost da će sve zemlje biti solidarne i podijeliti dostupne zdravstvene resurse, situacija na terenu je bila drugačija.

Ograničene količine stižu do siromašnijih zemalja putem zajedničkog sistema solidarnosti WHO *Covax*, dok se na tržištu odvijaju velike bitke za resurse između različitih zemalja. Vraćanjem na izvorišta strategija (umijeće ratovanja, vođenje vojske) može se utvrditi da današnja globalna situacija u velikoj mjeri podsjeća na sve elemente vođenja ratova, ovaj put u području specifičnih resursa i borbe za živote, te ravnomjernu dostupnost medicinskih resursa.

Strategije velikih i moćnih zemalja se u ovom procesu zasnivaju na očuvanju vlastitog stanovništva i resursa, dok se solidarnost prema drugim državama i njihovom stanovništu često povezuje sa političkim i ekonomskim interesima zemlje donatora. Na primjeru S.A.D. se 2020. godine moglo vidjeti šta pogrešno postavljena konkurencija može značiti za zemlju. Konkurencija među državnim i lokalnim samoupravama između 50 država S.A.D.-a u martu 2020. godine dovela je do nadmetanja za medicinsku opremu i konsekventni rast cijena opreme. Njemačka je takođe podbacila u analizi zdravstvene industrije budući da su medicinsku opremu i sirovine za lijekove do 2020. godine nabavljali najvećim dijelom iz Kine. Važnost analize industrije, postojanje supstituta u državi, ali i konkurencije u kojoj se određena organizacija nalazi, neophodna je ne samo za direktno i neposredno okruženje u kojem posluje, već i na globalnom nivou. Međutim, neophodno je razumijeti da pogrešno postavljena analiza konkurencije može dovesti do pada efikasnosti i efektivnosti, čak i međusobno konkurentnih organizacija (primjer S.A.D), dok pozitivni primjeri javnih i privatnih zdravstvenih ustanova koje su bile konkurenti prije pandemije, u post-pandemijskom vremenu moraju zajednički koordinisati napore i sarađivati u cilju poboljšanja zdravlja ljudi.

Postpandemijski neergodička *nova normalnost* vjerovatno će nastaviti da stvara značajnu složenost i neizvjesnost za menadžere. Potrebno je redefinisati svaki integrativni dio strateškog menadžmenta. Gledano kroz prizmu sistema performansi strateškog menadžmenta, niti jedan dio nije ostao statičan, u prvoj fazi procjene organizacije, u drugoj fazi eksterne i interne analize okruženja, trećoj fazi strateške formulacije kroz strateška usmjerenja i samo kreiranje, četvrte faze strateškog planiranja - strateških planova i strateških operativnih planova, faze pet izvršenja strategije kroz usklađivanje i implementaciju, sve do faze upravljanja performansama kroz mjerenja, učenje i adaptaciju. Strateško planiranje je proces koji uključuje preispitivanje potreba organizacije, uslova u kojima radi, korisnika/ korisnika, organizacionih sposobnosti i slabosti koji su dizajnirani s ciljem odlučivanja o misiji, ciljevima i strategijama organizacije. S ciljem povezivanja novih pandemijskih i post-pandemijskih izazova za sve integrativne elemente, koncepte i alate strateškog menadžmenta, važno je navesti integrativne dijelove, te objasniti probleme sa kojima se suočavaju nakon pandemije. Znanja i vještine, obuhvat funkcija, planiranje, implementacija i monitoring/evaluacija promijenile su svoje prioritete.

Ozbiljne korporacije, kompanije i organizacije imale su razvijene scenarije B, planove za procjenu rizika i mogućih nesreća (prirodnih i poslovnih), ali šta se dešava kada se sve mijenja, okruženje, uposlenici, lokacije obavljanja aktivnosti, potražnja? Šta se dešava kada teorija crnog labuda više nije primjenjiva? Pojava pandemije je u potpunosti poremetila dinamiku i kontinuitet poslovanja.

Jasno je da je došlo i do izmjene prioriteta u budućoj potražnji, uzimajući u obzir da je do početka 2022. godine, oko 5% svjetske populacije zaraženo ovim virusom, preko 6 miliona umrlih, a svjetski zdravstveni autoriteti smatraju da oko 30% onih koji su preboljeli spada u stanovništvo koje se bori sa post-covid simptomima i zdravstvenim posljedicama (cca 115 miliona ljudi do danas). Obzirom da pandemija nije završena, pretpostavka je da će ovaj broj ugroženog stanovništva rasti, te se postavlja pitanje kakvi efekti će biti na samo poslovanje organizacija.

Ova pandemija, kao i dvije prethodno navedene, ozbiljno su izmijenila dinamiku poslovanja, ne samo na nivou organizacije, već i na radne scenarije, emotivnu i psihološku dimenziju uposlenika, ali i korisnika. Mijenjaju se ideje korištenja infrastrukture, distribucije, ali i dobrobiti uposlenika, angažmani korisnika i zadovoljstva tokom ove krize. Naravno, potrebno je uzeti u obzir i količinu izgubljenog znanja, kompetencija i vještina koja se neumitno desila kroz veliki broj smrtnih ishoda ili dugotrajnog Covida u svim segmentima društva. Na planu upravljanja ljudskim resursima, povećava se fluktuacija osoblja i apsentizam usljed bolovanja, profesionalno sagorijevanje (engl. *burnout*) postaje veoma čest razlog odsustva, te se kompanije suočavaju s valom nedostatka motivacije osoblja, popularno nazvanim *veliki otkaz*. Dvije godine nakon što je pandemija koronavirusa dovela do široko rasprostranjenog zatvaranja kancelarija, organizacije ponovo otvaraju svoja vrata i prioriteti su se promijenili za mnoge zaposlene. Neki od navedenih razloga u istraživanjima povezuju se sa mogućnostima rada na daljinu, velikim opterećenjem radnika, preispitivanjima odnosa prema radu i životu uopšte, kao i osjećaja zamjenjivosti i prolaznosti života.

Koliko je velika ova promjena može se vidjeti u učestalim upozorenjima koja stižu iz korporativnog svijeta, u kojima se savjetuje ostanak na istom poslu zbog najavljene inflacije i stagflacije koja će prema predviđanjima pogoditi gotovo sve zemlje svijeta. Pregled i podaci vezani za uticaj pandemije na radnu snagu su od izuzetne važnosti za sve elemente strateškog menadžmenta, jer je jasno da je Covid-19 u svojoj srži ljudska kriza.

Problem neprilagođenosti edukativnih i akademskih programa u području menadžmenta za doktore medicine, leži u rječniku koji se koristi i različitom shvatanju određenih pojmova. Dodatno, problem predstavlja i razumijevanje značaja dobrog upravljanja zdravstvenom ustanovom. Radi boljeg razumijevanja sistema upravljanja kvalitetom dat je kraći osvrt na prikaz koncepata razumijevanja kvalitete u javnom sektoru. Predstavljen je i HLA model liderskih kompetencija u zdravstvu izrađen od strane IHF-a 2015. godine, koji se trenutno koristi u svijetu. QLDC (Quality Leadership Developmental Competency) model liderstva u kvalitetu i razvoja kompetencija uključuje šest područja (Garman, 2011), a pretečom ovog modela može se smatrati NCHL model kompetencija (Krawczyk-Soltys, 2017), sa 26 kompetencija u 3 područja. Sticanje vještina integracije Barker (2010) smatra važnijim od ovladavanja seta znanja unutar programa edukacije iz biznisa. Obzirom da se fokusira primarno na saradnju, a ne na konkurenciju, integracija se više uči nego što se podučava.

Nit vodilja ovog doktorskog rada je da sistem upravljanja kvalitetom (QM) kao model može doprinijeti usaglašavanju terminologije, zajedničkom razumijevanju pojmova, zajedničkom i uključivom definisanju procesa unutar organizacije (ključnih/temeljnih, procesa podrške), definisanju inputa i željenih rezultata procesa itd. Na platformi QM moguće je povezati različite dijelove profesionalne organizacije. Okvir QM potiče intra-organizacionu dinamiku u smjeru donošenja zajedničkih rješenja unutar sistema upravljanje kvalitetom (SUK), čime uklanja barijere između snažno oblikovanih profesionalnih grupa (*bijelih mantila* i *odijela*), te njihovih često suprotstavljenih stavova.

Istorijskom analizom predstavljeni su različiti pristupi tradicionalnog menadžmenta i menadžmenta kvalitete, kao i sistem upravljanja kvalitetom u skladu sa EFQM modelom, usvojenim od strane Evropske fondacije za upravljanje kvalitetom (EFQM, 2012, 2019; Gene Badia, 2001; Kaplan & Lamotte, 2001; Forghani, Barkhordar & Abbas, 2010; Nenadál, Vykydal i Waloszek, 2018), kao i budući trendovi razvoja kvalitete Kvalitet 4.0.

U poglavlju *Analize istraživanja* dat je pregled analiza i studija koje analiziraju komparativni pristup ISO 9001 i EFQM modelu. Rezultati studijskih istraživanja pokazuju da je korištenje EFQM modela i ISO 9001 u bolnicama povezano s poboljšanjem stope zadovoljstva ambulantnih klinika i odjela hitne pomoći, smanjenjem prosječne dužine boravka u bolnicama za akutnu njegu, smanjenjem kašnjenja (Yousefinezhadi, 2015). Naravno, rezultati su predstavljeni isključivo unutar kvalitete i ishoda ključnog procesa transformacije, tj. pružanje medicinske usluge i rezultate liječenja.

S ciljem povezivanja novih pandemijskih i post-pandemijskih izazova za sve integrativne elemente, koncepte i alate strateškog menadžmenta, važno je bilo navesti integrativne dijelove, te objasniti probleme sa kojima se suočavaju nakon pandemije. Top menadžer koji upravlja zdravstvenom ustanovom mora imati određena znanja i vještine, kako bi ih pretvorio u kompetencije, neophodne za uspješno vođenje organizacije. Iako se čini da su i znanje, sposobnosti, vještine i kompetencije veoma slični pojmovi, posebno je definisan svaki pojedinačni pojam, radi boljeg razumijevanja kompetentnosti strateškog lidera.

Pomoćna hipoteza H1a

H1a

KPE top menadžera ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta , a time i sistema upravljanja kvalitetom.

Analiza prikupljenih podataka iz područja znanja, vještina i sposobnosti unutar šest područja u oblasti upravljanja zdravstvenom ustanovom pokazala je da su operativni, srednji i top menadžeri upoznati sa pojmovima koji se odnose na kontekst ustanove, viziju, misiju, vrijednosti i principe, te analizu okruženja (kroz proces strateškog planiranja).

Za prvo područja većina ispitanika je sebe ocijenila ocjenom od 2.56 do 3.97. Prihvatljivost znanja iz ovog područja iznosi ocjenu od 3.5 gdje su ispitanici i upoznati sa konceptom, ali i znaju načine njihove implementacije uz podršku. Loše ocijenjeno područje prosječnom ocjenom 2.81 je područje alata za analizu (SWOT i PESTEL), dok su u samoocjenjivanju ispitanici naveli prosječnu ocjenu od 2.56 za provođenje analiza okruženja i ustanove.

Takođe, ispod prihvatljive ocjene od 3.5 nalazi se i područje učešća nosioca procesa u strateškom planiranju (3.03). Područje u kojem su pokazali najslabije znanje i sebe ocijenili na nivou ograničenog iskustva i praktične primjene (djelimično) su područja analize okruženja (što uključuje i analizu zahtjeva direktnih i indirektnih IU grupa), ali i sve druge analize koje se tretiraju izlaznim, a koriste se kao ulazni elementi za definisanje ili redefinisanje strategije i ciljeva. Budući da su najbolje samoevaluirali svoja znanja i vještine iz područja komuniciranja misije, vizije i vrijednosti ocjenivši se prosječnom ocjenom iznad vrijednosne skale 3.5, sebe su pozicionirali između praktične primjene i primijenjene teorije. Jasno se vidi nerazumijevanje povezanosti elemenata vizije, misije i vrijednosti sa analizom okruženja. Dakle, smatraju elemente vizije i misije zasebnim dijelom, koja ne trebaju biti povezane niti odražavati zahtjeve svih interesno-uticajnih strana i rezultata poslovanja ustanove.

Drugo područje u kojem su ispitanici samoocjenivali svoja znanja i vještine je područje kreiranja i (re)definisanja strategije, ciljeva (strateških i operativnih), resursa (materijalni, infrastrukturni, ljudski), planova aktivnosti sa vremenskom odrednicom. U tom području niti jedan element samoocjene ne prelazi vrijednosnu skalu prihvatljivosti od 3.5, što znači da se ispitanici nalaze na skali između praktične primjene i primijenjene teorije. Vidljivo je nedovoljno znanje u kreiranju osnovnih strateških dokumenata, pa čak ukoliko se isti i preuzimaju iz dokumenata nadležnih tijela, može se zaključiti da nisu usklađena sa radom i mogućnostima same ustanove. Treće područje se odnosi na znanja i vještine vezane za implementaciju strategije, kroz implementaciju aktivnosti i alokaciju resursa (prekretnice na implementacionim čvorištima).

Rezultati analize pokazuju da element povezan sa kreiranjem i pomaganjem procesa alokacije resursa potrebnih za provedbu ciljeva za svaki proces ocijenjen najbolje u odnosu na ostale (3.81), te je jedini iznad prosjeka područja (3.34) i vrijednosne skale prihvatljivosti od 3.5. Ispitanici su sigurno iskusni u alokaciji resursa, iako je moguće da su se u ovom pitanju više fokusirali na alokaciju resursa nego na dio „za svaki proces“ (što bi podrazumijevalo da ustanove djeluju na principima procesnog pristupa.

Kod ostalih elemenata ove oblasti ocjene su prilično ujednačene i vrlo blizu samom prosjeku oblasti, te se ne primjećuje da je neki element značajno slabije ocijenjen. Relativno visoka disperzija unutar različitih nivoa znanja, vještina i sposobnosti (od bazičnih znanja do stručnjaka) ukazuje na nedovoljna znanja i vještina za pojedinačne elemente u području implementacije. Obzirom da je većina ispitanika obavljala menadžerske pozicije u posljednjih 10 godina, relativno visoka zastupljenost ocjena nivoom napredni i stručnjak (40% kumulativno) u području je logična.

Četvrto područje od ukupno sedam elemenata obuhvata rezultate analize znanja, vještina i sposobnosti iz sistema monitoringa, praćenja implementacije aktivnosti, indikatora uspjeha, provođenja internih audita i drugih tehnika evaluacije dijelova i cjelokupne ustanove. Osim implementacije i monitoringa, važna je i disperzija rezultata koju vrše top menadžeri interno i eksterno sa definisanim interesno-uticajnim grupama, te njihovo korištenje za buduća planiranja. Rezultati samoevaluacije prikazuju da samo dva područja prelaze prag prihvatljivosti od 3.5 na vrijednosnoj skali, a to su područje razvoja sistema monitoringa i područje rezultata korištenja dostupnih evaluacija. Kontrolna pitanja pokazuju da se i ove ocjene temelje isključivo na njihovoj usmjerenosti na proces pružanja zdravstvene usluge, tj. temeljni proces. Iako su ispitanici upoznati sa pojmovima, ne provode niti jednu tehniku ili alat za obuhvat monitoringa cijele ustanove. Po pitanju disperzije pojedinačnih samoevaluacija, kumulativnih 50% ocijenjenih nivoom početni i srednji ukazuju na razvijenu svijest ispitanika o potrebi stalnog usavršavanja, ali i primjene stečenih znanja i vještina o monitoringu, evaluaciji, te analizi i korištenju podataka unutar ustanove.

Peti dio rezultata ispitivanja iz područja analiza poboljšanja sva tri procesa na ustanovi predstavlja najlošiju ocjenu KPE ispitanika u odnosu na njihova znanja, vještine i sposobnosti. Niti jedna ocjena iz područja koja se odnose na poboljšanja unutar procesnog modela, ne doseže prihvatljivu vrijednosnu ocjenu 3.5. Rezultati samoevaluacije top menadžera koji obuhvataju procjenu nivoa diseminacije alata i metodologije za trajna poboljšanja unutar ustanove, distribucija rezultata mjerenja na relevantne adrese (unutar i van ustanove), praćenje korektivnih radnji, te dokumentovanje poboljšanja unutar sva tri procesa, pokazuju nizak prosjek na vrijednosnoj skali gdje se menadžeri u osnovi nalaze na nivou ograničenog iskustva, tj. posjeduju teoretska znanja o potrebi poboljšanja ovih područja.

Navika zdravstvenih radnika da o zdravstvu razmišljaju prvenstveno u kontekstu pružanja zdrastvene usluge i na ovaj način se potvrđuje, obzirom da ispitanici prepoznaju vlastite nedostatke u ovom specifičnom području rada. Po pitanju distribucije pojedinačnih samoocjena 42% ocjena se svrstava među bazične i početne nivoe, što ukazuje da ispitanici nisu obučeni za primjenu područja na ustanovi. Ipak, prednost rezultata leži u činjenici da su ispitanici teoretski savladali elemente, ali da nisu bili u mogućnosti implementirati ih na ustanovama iz različitih razloga, koja nisu uvijek temeljena na njihovim znanjima i vještinama.

Šesti dio KSA upitnika je najsubjektivniji dio ocjene, budući da se ne temelji na korištenju određenih alata i dokumenata, već daje prikaz samorefleksije top menadžera. Potpodručja koja prelaze prihvatljivu vrijednosnu ocjenu od 3.5. su izvorni pristup, saradnju i razvoj jednakosti, dok su potpodručja komunikacije i kulturalne osjetljivosti malo ispod vrijednosnog praga od 3.5.

Pomoćna hipoteza H1b

H1b

Zadovoljavanje zahtjeva norme ISO 9001 unutar zdravstvene ustanove ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta.

U području zahtjeva tačke 4. norme ISO 9001:2015. pod dijelom kontekst organizacije (skeniranje okoline) analizirane su prakse ustanova u odnosu na skeniranje i procjene okruženja, definisanje interesno-uticajnih strana ustanove, te osnovne dokumentacije kvaliteta. Rezultati elemenata ukazuju na relativnu ravnotežu postojanja i nepostojanja praksi analiza okruženja unutar ustanove. Prosječna ocjena elemenata faktora PESTEL analize iznosi 3.21, kontrolnim pitanjima je utvrđeno da najveće negativne razlike u odnosu na prosječnu ocjenu izražene su kod elemenata političke (2.90; 0.31 razlike u ocjeni), ekološke (0.21 razlike), te tehnološke analize (0.05 razlike), koje su prikazane plavom linijom.

Ovi podaci ukazuju na nedovoljno sagledavanje ovih elemenata u praksi institucija, iako je njihovo poslovanje u velikoj mjeri povezano upravo sa ovim aspektima okruženja. Jedan od mogućih razloga mogao bi biti već pomenuto preuzimanje analize sa nivoa ministarstva. Niska samoocjena primjene političke analize stoji u djelimičnoj kontradikciji sa opštom percepcijom političkih uticaja na sektor. Top menadžeri ne rade analizu vanjskog okruženja, budući da smatraju da su za to zadužene nadležne institucije. U dodatnoj analizi, utvrđeno je da ne postoji značajna razlika u samoocjeni primjene analize okruženja (SWOT, PESTEL) između cijele grupe ispitnika i podgrupe top-menadžera. Kontrolnim pitanjima je takođe utvrđeno da, mada je 62% top menadžera zdravstvenih ustanove odgovorilo da koristi PESTEL analizu vanjskog okruženja na ustanovama u kojima rade, njih 55% vrši analizu političkog okruženja, 68% ekonomskog, društvenog 65%, tehnološkog 45%, ekološkog 39%, a pravnog 65%. Dakle jasno je da su teoretski upoznati sa alatom PESTEL, kao što je jasno da ga ne koriste na ustanovama ili ga koriste samo parcijalno.

Drugo područje odnosi se na rezultate Tačke 5. Vodstvo. Najlošije ocjenjeni elementi su dijelovi koji bi trebali biti dokazivi, tj. njihovo postojanje prisutno na ustanovi, a to su postojanje analiza i prilika na nivou ustanove (2.55), te dokumentovane podjele odgovornosti i ovlasti svakog zaposlenika u području SUK-a (2.65). Kontrolna pitanja se odnose na subjektivne ocjene vezane za diseminaciju podataka, te su se tu visoko ocijenili prosječnom ocjenom 4.45, te ocjenom 3.00 u području prikupljanja relevantnih informacija (subjektivna procjena ispitanika). Nažalost, u područjima u kojima bi postojeća dokumentacija trebala biti dokaziva, ocjenili su se nižim ocjenama. Vrijednosna skala je zadovoljena samo u postojanju definisane misije i vizije (dokazivo), te subjektivnom pitanju diseminacije informacija i podataka učesnicima u procesu. Nisko su ocijenjeni elementi 5. i 7. o dokumentovanim analizama rizika i prilika, kao i uloga, odgovornosti i ovlasti svakog zaposlenika u području SUK. Obzirom da analiza rizika i prilika čini integralni dio prethodno analizirane analize konteksta (kao dijela strateškog planiranja), ovaj nalaz dodatno potvrđuje nepotpuno razumijevanje cjelokupnog procesa strateškog planiranja i menadžmenta, te sistema upravljanja kvalitetom ustanove od strane menadžmenta.

Treće područje odnosi se na rezultate pod Tačkom 6. Planiranje. Niti jedan element područja ne prelazi vrijednosnu oznaku 3.5. Najlošije ocijenjeni element, sa prosječnom ocjenom 2.42 je dio koji se odnosi na postojanje razvijenih gantograma, tj. plana aktivnosti u koji su uključene aktivnosti po operativnim ciljevima zajedno sa pridruženim resursima, rizicima, odgovornosti i ovlasti, rok završetka, kao i način vrednovanja izvedbe). Po pitanju distribucije samoocjena, može se vidjeti da su ispitanici svjesni kompleksnosti planiranja kao strateške funkcije, te da većinom ne smatraju svoje ustanove dovoljno obučenima da samostalno provode ove procese, bez vanjske podrške. Iz rezultata analize elemenata vezanih za element 5 otkriva se nerazumijevanje procesnog modela, kao i navika da se na upravljanje kvalitetom u zdravstvu gleda gotovo isključivo kroz prizmu upravljanja kvalitetom pružene medicinske usluge. Kao što je SH model pokazao, kvalitet u zdravstvu treba biti posmatran puno šire od kvaliteta pružanja medicinske usluge kao temeljnog procesa.

Četvrto područje odnosi se na rezultate pod Tačkom 7. Podrška. Najbolje ocijenjeni su elementi obavezne dokumentacije, organizacionog znanja i zahtjeva za resurse. Ovi elementi mogu se percipirati i kao imanentni većini organizacija, bilo da imaju SUK ili ne, tako da su prakse često u saglasnosti sa zahtjevima norme. Dublja kvalitativna terenska procjena bi mogla otkriti da li su dokumenti u potpunosti u skladu sa zahtjevima i preporukama norme, odnosno da li su svi preporučeni elementi inkorporisani u obaveznoj dokumentaciji. Dodatnom analizom odgovora na dihotomna pitanja po oblastima funkcionisanja ustanove primijećeno je da se područja neprimjene odnose primarno na definisanje nemedicinskih dijelova aktivnosti ustanova, zatim na postupke monitoringa i evaluacije, te na faktore upravljanja radnom okolinom (interno i eksterno).

Peto područje odnosi se na rezultate pod Tačkom 8. Provedba/ implementacija. Iz analiziranih podataka jasno je da zdravstvene institucije veoma dobro poznaju svoj ključni proces – pružanje zdravstvene usluge. Preko 80% samoocjena odnose se na najviše ocjene na skali. Pri definisanju i implementaciji upravljačkih, a posebno procesa podrške primijećeni su izazovi, što ukazuje na niži nivo upoznatosti sa načelima i pravilima procesnog pristupa. Unutar ovog područja svi elementi su ocjenjeni visokom prosječnom ocjenom, izuzev elementa identifikovanja i dokumentovanja procesa podrške, što može ukazivati na nedovoljnu integraciju procesa podrške sa druga dva procesa.

Šesto područje odnosi se na rezultate pod Tačkom 9. Vrednovanje performansi. Natprosječno su ocijenjeni elementi vezani za mjere nadzora, indikatore performansi u medicinskim uslugama, te mjerenje zadovoljstva korisnika u medicinskim i u nemedicinskim uslugama. Iako su su elementi internog audita i radnji za obradu rizika ocijenjeni visoko prosječnom ocjenom 3.55, ako se uporede ocjene iz prethodnih područja, gdje većina ispitanika tvrdi da nema metodologiju izrade rizika za cijelu ustanovu, jasno je da se analiza rizika i audita provodi samo u području ključnog procesa, pružanja medicinskih usluga, što korespondira sa tvrdnjom da se sistem poboljšanja kvalitete na zdravstvenim uslugama dešava samo u ovom procesu.

Sedmo i posljednje područje odnosi se na rezultate pod Tačkom 10. Poboljšanja. Analiza ispunjavanja zahtjeva tačke 10. odnosno pojedinačnih elemenata strateškog menadžmenta pokazuje da ispitanici smatraju značajnim da ustanova provodi poboljšanja na temelju prethodnih mjerenja. Prosjek ovog područja je 3.03, i niti jedan element ne zadovoljava vrijednosnu ocjenu od 3.5. Moguće je da je u pitanju nedovoljno razumijevanje pojmova alata i metodologija vezanih za ISO normu ili selektivan pogled, odnosno razumijevanje da se alati i metodologije odnose isključivo na ključni proces. Analizirani podaci daju indikaciju o pravilnom prepoznavanju ispitanika o potrebama bolje afirmacije nemedicinskih aktivnosti zdravstvenih ustanova, interno ali i kao veoma značajno eksterno prema interesno-uticajnim grupama. Takođe, ispitanici su svjesni nedostataka u primjeni elemenata koji podržavaju funkcije strateškog menadžmenta, kroz sve ispitivane tačke zahtjeva norme ISO 9001:2015. Cjelovita analiza po svim tačkama norme koje su posmatrane vrlo jasno prikazuju da zdravstvene institucije odlično poznaju vlastiti temeljni proces – pružanje zdravstvene usluge. Ipak, primijećeni su izazovi pri definisanju i implementaciji upravljačkih i procesa podrške. Ovo ukazuje na relativno nizak nivo upoznatosti sa načelima i pravilima procesnog pristupa.

Pomoćna hipoteza H1c

H1c

Implementacija zahtjeva DM kvalitete unutar zdravstvene ustanove fokusira se na temeljne procese, te ima djelimično pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta.

Tokom intervjua ispitanici su se izjašnjavali o balansu njihove dvije osnovne funkcije unutar ustanove: upravljačke i profesionalne. Istraživanjem distinkcije uloge doktora, tj. zdravstvenog profesionalca i uloge top menadžera u svakodnevnom radu i radnom opterećenju nastojalo se utvrditi u kojoj mjeri se menadžeri (koji po zakonskom rješenju mogu biti isključivo doktori) nalaze u procjepu između prioriteta dvije vrste aktivnosti. Najveći broj intervjuisanih menadžera procijenio je da im aktivnosti vezane za menadžerske aktivnosti uzimaju preko 80% vremena, dok im uloga doktora uzima do 20% vremena. Ovaj odnos je različit kod menadžera apoteka i manjih organizacionih jedinica uopšte (npr. manji domovi zdravlja ili ambulante), slučaj u kojem se aktivnosti upravljanja smanjuju na 30-40% vremena top menadžera. DM model koji se implementira kao sistem kvaliteta od strane AKAZ-a, kroz analize i ocjene ispitanika označen je nedovoljnim upravo u gore navedenim dijelovima iz čega postaje jasno da je ovaj sistem obuhvatom nedovoljan. Iako je temeljni proces gotovo u cjelosti implementirao SUK, ostala dva procesa nisu razvijena, tj. na dijelu upravljačkog procesa pokušavaju se dodavati funkcije strateškog menadžmenta (umjesto da su integrisane kroz cijelu organizaciju). Funkcije se takoreći *lijepe* putem menadžerskih alata, kojima zdravstvene ustanove u poslovanju zaista ne razumiju svrhu. Svim ispitanicima je bilo potpuno jasno zašto je potrebna strategija ustanove, ali samo ako uključuje ciljeve npr. kupovine novih instrumenata ili aparata, edukaciju iz područja medicine ili zapošljavanje novih kadrova. Kreiranje horizontalnih procesa u kojima podjednako i isto važne učesnike čine direktor, šef opšte službe i medicinska sestra, nije način razumijevanja SUK-a unutar DM modela. Njihov fokus, kod 100% intervjuisanih leži isključivo na medicinskoj usluzi, budući da su oni primarno profesionalci u zdravstvu.

Rezultati obavljenih analiza i pregleda procesa sistema poboljšanja kvalitete kroz dostupne dokumente (Savjet Evrope, Evropska komisija, Institut za medicinu i Svjetska zdravstvena organizacija), ukazuju na to da je moguće nepobitno ustvrditi da DM model predstavlja nadnacionalni, ali svakako državni javni model za poboljšanje kvalitete. Rezultati analize pokazuju da ispitanici, izvan temeljnog procesa nemaju razumijevanje elemenata strateškog menadžmenta na druga dva procesa. Međutim u nedostatku implementacije svih funkcija strateškog menadžmenta i integrisanja sistema rada u svim procesima mogu se utvrditi dvojaki razlozi: okvir koji im je nametnut fokusira se isključivo na temeljni proces pružanja zdravstvene usluge, dok sa druge strane motivacija za implementaciju SUK-a nedostaje iz razloga nerazumijevanja prednosti integrisanih sistema kvalitete. Nakon analize tematskih jedinica metačvorišta T11-T66 u skladu sa šest područja, te prethodno obavljene komparativne i sadržajne analize sekundarnih istraživanja (izvještaji WHO, EU i dr.), uočeno je da se čitav zdravstveni model poboljšanja u osnovi temelji na samo jednom procesu (zdravstvene usluge), dok ostala dva procesa, djelimično razvijena, još uvijek nisu povezana u jedan horizontalni niz. Upravo u tim područjima nastaje nekvalitet i opasna mogućnost grešaka, naročito u ovim kompleksnim i za ljudske živote najvažnijim ustanovama.

Širi obuhvat funkcija strateškog menadžment od funkcija vodstva u velikoj mjeri determiniše ovakvo stanje. Dodatno, a kao vrlo važno je naznačiti da se elementi povezani sa liderišipom u kontekstu SH modela derivišu iz KPE, te da su kao takvi usmjereni prvenstveno na individualna znanja, vještine i sposobnosti. Nasuprot tome, područje strateškog menadžmenta uključuje polja povezana sa svim funkcijama SM, te pokriva kontekst ustanove, upravljanje znanjem, upravljanje ljudskim resursima, upravljanje odnosima sa partnerima i dobavljačima, upravljanje resursima, kao i upravljanje rizicima, te je kao takvo usmjereno na organizaciona znanja, vještine i sposobnosti i njihovu optimalnu kombinaciju, kao i mjere njihovog čuvanja i unapređivanja. DM model je takođe procesni, ali iz analiza se vidi da se fokusira isključivo na temeljni proces. Na strani slabe povezanosti, element „Performance_1“ (koji odgovara elementima iz područja vrednovanja povezanim sa posjedovanjem dokumentovanih mjera nadzora, mjerenja, analize i evaluacije) pokazuje znatno slabije rezultate koeficijenta relacije ranga u odnosu na ostale elemente vrednovanja performansi.

Na temelju provedenog primarnog (empirijskog) istraživanja, te uporedbe sa zahtjevima strateškog menadžmenta kreiran je novi teorijski SH model, koji objedinjuje SUK i SM, te doprinosi razumijevanju i poboljšanju upravljanja zdravstvenim ustanovama. Kreirani konceptualni model se može posmatrati kao sveobuhvatni okvir i ključni naučni doprinos u području istraživanja strateškog menadžmenta i sistema upravljanja kvalitetom. Model unosi novu perspektivu unutar područja kvalitete zdravstvenih ustanova, uz pomjeranje fokusa sa kvalitete zdravstvene usluge na sistem upravljanja kvalitetom organizacije u cjelosti.

7. ZAKLJUČAK

Tres faciunt collegium

Sve snažnija orijentacija zdravstvenih sistema zapadnih zemalja na tržišne principe dešavala se na talasu politika i regulative pristupa *Novog javnog menadžmenta* (NPM). Teoretičari i praktičari pristupa, kao i u drugim društvenim i socijalnim oblastima (obrazovanje, javne usluge), polazište su nalazili u navodnoj neefikasnosti i neefektivnosti zdravstvenih sistema. Popisu uzroka problema dodaju se ubrzano starenje stanovništva zapadnih zemalja, povećanje vrsta i tipova hroničnih bolesti i stanja koja zahtijevaju dugotrajno liječenje (dijabetes, gojaznost itd.). Nove tehnologije liječenja i nova oprema pominju se istovremeno, u kontekstu navodne zastarjelosti postojećih usluga ali i prilika koje pružaju u liječenju. Kao *panacea* na unaprijed utvrđenu dijagnozu (indikativno gotovo identičnu za više zemalja, čak i kada te zemlje imaju veoma različite zdravstvene sisteme) nudi se instrumentarij poslovanja institucija na način sličan poslovanju biznisa (pri čemu se najčešće upravo privatni uzimaju kao primjeri „dobrih praksi“). Zamah NPM-a i pridruženih tehnika u velikoj mjeri se može tumačiti kao konačni obračun neoliberalne misli sa ostacima *socijalne države* (države blagostanja) kao dominantne u drugoj polovini 20. vijeka, posebno u EU.

Prvobitno, velika finansijska kriza 2008. godine nagovijestila je strukturne probleme kapitalističkog sistema, posebno njegove neoliberalne verzije, koja se zalaže za maksimalnu deregulaciju i slobodno kretanje kapitala uz minimalnu intervenciju države na finansijskim tržištima, dok je država zadržavala pravo intervencije u cilju održavanja sigurnosti svojih građana, tj.u sektorima kao što su odbrana, sudstvo i policija. Upravo je intenzivna deregulacija finansijskih tržišta, ideološki i praktično zasnovana na neoliberalnom učenju, omogućila preduslove za neodgovorno poslovanje i zloupotrebu osnovnih postulata procjene rizika od strane vodećih finansijskih institucija koji su u konačnom i doveli do razvoja ove krize, a kasnije problema i izazova u području zdravstvenih sistema i u pandemijskom i postpandemijskom periodu.

7.1. Glavni zaključci istraživanja

U dijelu sinteze svih analiza i diskusija u radu, neophodno se osvrnuti na postpandemijski period koji je nastupio, u kojem svi značajniji stručnjaci i akademici, ali i entiteti koji važe za lidere u području menadžmenta (HBR, McKinsey, BCG) pokušavaju pronaći što brži i sigurniji način povratka na pretpandemijski način funkcionisanja strateškog menadžmenta. Pominju se četiri strateška područja na koja se treba fokusirati: vraćanje prihoda, obnavljanje operacija, ponovno promišljanje organizacije i ubrzavanje usvajanja digitalnih rješenja. Takođe, savjetuje se fokus na strukturu troškova, digitalnu transformaciju, nove tokove prihoda, radnu snagu i unapređenje efikasnosti uloženog kapitala. Međutim, pojam neergodičkog svijeta u kojem se svijet trenutno nalazi, govori o tome da se nova ravnoteža nakon velikih poremećaja nastavlja mijenjati, slično dinamičkoj ravnoteži u otvorenim sistemima. Dakle, mala je vjerovatnoća povratka na pretpandemijski način funkcionisanja.

Nova normalnost je postala sadašnjost, a već se govori o narednoj normalnosti (*the next normal*). Postpandemijski neergodička *nova normalnost* vjerovatno će nastaviti da stvara značajnu složenost i neizvjesnost za menadžere. Potrebno je redefinisati svaki integrativni dio strateškog menadžmenta. Pregled i podaci vezani za uticaj pandemije na radnu snagu su od izuzetne važnosti za sve elemente strateškog menadžmenta.

Zdravstveni sektor je takođe pretrpio velike posljedice ovih trendova, (primijećeno i pri provođenju istraživanja i prikupljanja primarnih podataka, op.a.), te se pojavljuje kao jedan od sektora u kojima je zabilježen veliki odliv kadrova (uočeno i u drugim dostupnim istraživanjima). Organizacije suštinski ne razumiju zašto njihovi zaposleni odlaze jer se bave isključivo kvantifikacijom, te dodatnim finansijskim benefitima i fleksibilnim radnim vremenom. Nažalost, ovaj transkcijski odnos koji je dugi niz godina vladao na tržištu rada postaje potpuno izlišan, jer zaposleni žele osjećaj svrhe u svom radu, društvene i međuljudske veze sa svojim kolegama i menadžerima. Moderni trendovi u zdravstvu su naglašavali međuzavisnost globalizacije, obrazovanja i konkurentnosti. Smatra se da je u globalnoj mreži društva današnjice organizacija efektivnog kontinuiranog obrazovanja ključni faktor ekonomskog razvoja, te da su ljudski resursi daleko značajniji od drugih resursa, tj. da su odlučujući faktor kada su u pitanju inovacije i prilagođavanje javnih djelatnosti i institucija novim uslovima.

Uprkos brojnim međunarodnim primjerima dobre zdravstvene prakse koja upravljanje kvalitetom stavljaju na zasluženo mjesto funkcije od strateškog značaja, u Bosni i Hercegovini se ova menadžerska funkcija pojavljuje tek kao izuzetak i često na organizacionim marginama. U suočavanju sa već pomenutim izazovima šokova (tranzicioni, ratni, post-ratni, globalizacijski, recesijski, pandemijski, inflacijski), BiH je morala posvetiti veću pažnju oblasti zdravstva, te omogućiti kritičku raspravu o budućim pravcima i modelima razvoja zdravstvenog sektora. Posmatranjem međupovezanosti ustavno-pravne strukture BiH i zdravstvenog sistema u zemlji, prva asocijacija koja se nameće je *kompleksnost*. Kompleksnost uređenja zemlje ostvaruje veoma negativne uticaje na oblast zdravstvenih sistema. Problemi zdravstvene zaštite u našoj zemlji u pravilu proizilaze iz neupućenosti u procese upravljanja profesionalnim organizacijama (kakva zdravstvena ustanova jeste), manifestirajući se kroz obimnu dokumentaciju i administraciju, neadekvatnu opremljenost, stalni rast radnog opterećenja zaposlenih zdravstvenih radnika, pad motivacije zaposlenih, nedovoljnu posvećenost stručnom i profesionalno usavršavanju radnika sl.

Neadekvatna materijalna opremljenost (npr. nedostatak opremljenih vozila hitne pomoći, medicinskih helikoptera, motornih sanki za spašavanje i situacije otežanog pristupa lokalitetima) otežavaju pružanje hitne asistencije pacijentima, posebno u opštinama u ruralnim predjelima. U komparativnom smislu, odgovor zemlje nije bio adekvatan. Ovo potvrđuju podaci po indikatoru prosjek smrtnosti na 100 000 osoba, koji BiH svrstavaju među države sa najvećom smrtnošću od posljedica Covid-19 (izračuni rađeni na podacima o broju stanovnika iz 2013. godine, te se smatra da je smrtnost čak i veća).

Ranije navedene vanjske prijetnje, uz izuzetno komplikovan zdravstveni sistem u FBiH i njenim kantonima, predstavlja neke od mogućih uzroka loših performansi. Snažno zalaganje medicinskih radnika u uslovima nedovoljne materijalne i tehničke opremljenosti doprinosi smanjenju negativnih efekata neadekvatne organizacije sektora.

Na osnovu svih izvršenih analiza, ponuđen je novi sinergetsko-holistički (SH) model upravljanja zdravstvenim ustanovama. U doktorskoj disertaciji definisane su i pomoćne hipoteze čijim testiranjem dolazi do prihvatanja ili opovrgavanja glavne hipoteze.

Glavna tj. radna hipoteza H1 glasi:

H1

Objedinjavanje funkcija strateškog menadžmenta i sistema upravljanja kvalitetom ima direktan pozitivni uticaj na poboljšanje upravljanja zdravstvenim ustanovama.

Testiranje glavne i pomoćnih hipoteza uključilo je nekoliko međuzavisnih instrumentarija.

1. Kreiran je jedinstven pojmovnik pomoću komparativne analize i evaluacije ponuđenih definicija u okviru DM modela i u skladu sa tačkama norme ISO 9001:2015.
2. U skladu sa navedenim pojmovnikom, metodom dokumentacione analize, istorijske analize, analize sadržaja, kao i procesnog modela kreirani su upravljački modeli, dva osnovna (DSM i MM) sa izvedenim novim teorijskim modelom (SH)
3. Metod studije slučaja uključio je polaznike KPE programa, top menadžere zdravstvenih ustanova, te top menadžere čije su ustanove akreditovane od strane AKAZ-a. Analizirani su osnovni elementi sistema upravljanja kvalitetom na ustanovama koje su sada ili su bile akreditovane od strane AKAZ-a. Analiziran je i pravni okvir, kao i zahtjevi koji se odnose na strateški menadžment, a sadržani su u pojedinim procesima zdravstvene ustanove. Osim sekundarnih podataka dobivenih dokumentacionom analizom, pristupilo se i prikupljanju primarnih podataka u vidu stukturisanih anketnih upitnika (dva dijela za KPE i za SUK), te obavljanja dubinskih polustrukturiranih intervjua.
4. Metodom polustrukturisanog dubinskog intervjua intervjuisani su predstavnici top menadžmenta/ rukovodstva zdravstvenih ustanova akreditovanih od strane AKAZ-a (DM model).
5. Na osnovu provedenih anketa i dubinskih intervjua po navedenim elementima, kreirana su čvorišta i metačvorišta funkcija strateškog menadžmenta i njihove ispunjenosti na zdravstvenim ustanovama primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa. Izvršena je kvalitativna analiza metodom analize sadržaja, pomoću unaprijed određenih čvorišta i metačvorišta.
6. Komparativnim pristupom mjerenja čvorova i metačvorova, u smislu zahtjeva KPE, SUK-a, SM-a i DM-a razvijali su se i kreirali dijelovi elemenata, koji će ući u kasniji finalni predloženi teorijski SH model.

7. Kvalitativna analiza je omogućila dublje razumijevanje problema i razloga slabo razvijenih funkcija strateškog menadžmenta na zdravstvenim ustanovama, kao i način gledanja medicinske struke na kontinuiranu profesionalnu edukaciju iz ovog područja (KPE), zahtjeve norme ISO (SUK), ali i kontekst društva i pritiske koje medicinsko osoblje doživljava u svom radu.
8. Kvantitativna analiza omogućila je uvid u upravljačke prakse, te utvrđivanje osnovnih područja znanja, vještina i praksi upravljanja koja su smatrana problematičnim. Definisanje procesnog modela i sistema upravljanja kvalitetom koje su provodili top-menadžeri i.e. ispitanici na zdravstvenim ustanovama, pridruženi su kreiranim upravljačkim modelima. Analizirane su neusklađenosti provođenih praksi različitih pripadajućih modela unutar pojedinih ustanova, a zatim i neusklađenosti politika kvaliteta.
9. Za izgradnju predloženog teorijskog SH modela korištena je i analiza Spearmanovog koeficijenta korelacije ranga unutar ukupno 14 ispitivanih područja (šest povezanih sa KPE, sedam sa normom, jedno sa DM modelom) koja su analizirana na nivou područja i pojedinačnih elemenata.
10. Ostali korišteni instrumentarij uključuje korištenje istorijske metode, metodu analize narativa (pojmovnog aparata, zdravstvenih i edukativnih politika), komparativnu analizu, dokumentacionu analizu, te metodu studije slučaja.

Kvalitet edukacije zaposlenih i njihova sposobnost da budu odgovorni za sopstveni profesionalni razvoj smatra se ključem uspjeha svake organizacije. Područja obrazovanja i zdravstva naglašena su u programima globalnih organizacija kao pitanja od primarnog interesa za očuvanje i razvoj čovječanstva. Posebno se naglašava značaj međupovezanosti ove dvije oblasti, u kojoj razvoj jedne doprinosi razvoju druge i obrnuto, dok obje dimenzije zajedno doprinose društvenoj dobrobiti, uključujući i ekonomiju. Univerzalni problemi zdravstvene zaštite odnose se na pristup i kontinuitet zdravstvene zaštite, kliničku efikasnost, sigurnost pacijenata, zadovoljstvo korisnika primljenom uslugom i javnu odgovornost, zbog čega je unapređenje kvaliteta nosilac reformi zdravstvenog sistema u većini zemalja. Sve je prisutnija potreba za izdiferenciranom funkcijom menadžmenta kvaliteta (a time i menadžmenta ljudskih resursa kao neodvojive komponente) u zdravstvu koji će stvoriti ambijent unaprijeđenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Dakle, prethodne analize i diskusije rezultata svih područja i potpodručja KPE vezanih za funkcije strateškog menadžmenta pokazuju konzistentne trendove unutar većine posmatranih oblasti. Prilikom samoprocjene stečenih znanja putem KPE edukacije vidljivo je da su se operativni, srednji i top menadžeri ocijenili prosječnim srednjim ocjenama unutar većine navedenog područja. Može se zaključiti da su usvojili dovoljna znanja i vještine koje su im potrebne za početak provedbe nekih funkcija strateškog menadžmenta, uključujući pojmove, procese i aktivnosti.

Govoreći o odnosu doktora prema nauci iz područja strateškog menadžmenta potrebno je uzeti u obzir nekoliko stvari. Prvenstveno, zapisi o nauci o medicini postoje već u starom Egiptu, dok je nauka o menadžmentu stara tek nekih 80-ak godina. Slušajući predavače iz područja menadžmenta i upravljanja organizacijom, doktori ih često doživljavaju kao osobe koje se bave transferom znanja i vještina koja su u osnovi „manje važna“ nego što je zaštita ljudskih života ili njihovo spašavanje. Postoje dva problema unutar kontinuirane profesionalne edukacije doktora u području menadžmenta u zdravstvu globalno, prvi je način znanja i vještina koje se prenose, a drugi je vezan za sadržaj znanja i vještina koje se prenose. Naime, ako se uzme u obzir da svaki doktor ljudski organizam razumije kao živi sistem, te kao skup elemenata koji su međupovezani tako da uticaj na jedan, automatski izaziva reakciju kod drugog, a imajući u vidu da se u menadžmentu organizacija posmatra na isti način, bilo je veoma zanimljivo istraživati zašto transfer primljenog znanja u osnovi ipak nije na zadovoljavajućem nivou. Tu se uključuje problem sadržaja edukacije, gdje se profesori ili profesionalci bave transferom znanja i vještina koja se malo ili nikako odnose na filozofska shvatanja upravljanja, već isključivo na praktičnu upotrebu određenih alata i matrica. Drugi problem koji je evidentan nakon analize istraživanja jeste mogućnost koju nadležne institucije daju top menadžerima pri izmjeni elemenata sistema. Činjenice da su ispitanici upoznati i razumiju pojmove strateškog menadžmenta i SUK-a, ali da iste ne primjenjuju u adekvatnoj mjeri, dovode do djelimičnog ispunjavanja predložene podvarijable H1a.

U zaključku obavljenih kvalitativnih i kvantitativnih analiza, može se zaključiti da se pomoćna hipoteza H1a "KPE top menadžera ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta , a time i sistema upravljanja kvalitetom" **djelimično prihvata.**

Rezultati provedenih analiza tačke 4. ukazuju na nedovoljno sagledavanje elemenata SUK-a u praksi institucija, iako je njihovo poslovanje u velikoj mjeri povezano upravo sa ovim aspektima okruženja. Rezultati analize tačke 5. dodatno potvrđuju nepotpuno razumijevanje cjelokupnog procesa strateškog planiranja i menadžmenta, te sistema upravljanja kvalitetom ustanove od strane menadžmenta. Rezultati analize tačke 6. pokazuju da je riječ o najlošije ocijenjenom području. Ispitanici su svjesni kompleksnosti planiranja kao strateške funkcije, te da većinom ne smatraju svoje ustanove dovoljno obučenima da samostalno provode ove procese, bez vanjske podrške. Iz rezultata analize elemenata vezanih za navedena područja otkriva se nerazumijevanje procesnog modela, kao i navika da se na upravljanje kvalitetom u zdravstvu gleda gotovo isključivo kroz prizmu upravljanja kvalitetom pružene medicinske usluge.

Kao što je SH model pokazao, kvalitet u zdravstvu treba biti posmatran puno šire od kvaliteta pružanja medicinske usluge kao temeljnog procesa. Dublja kvalitativna terenska procjena bi mogla otkriti da li su dokumenti (zahtjevi tačke 7.) u potpunosti u skladu sa zahtjevima i preporukama norme, odnosno da li su svi preporučeni elementi inkorporisani u obaveznoj dokumentaciji. Dodatnom analizom odgovora na dihotomna pitanja po oblastima funkcionisanja ustanove primijećeno je da se područja neprimjene odnose primarno na definisanje nemedicinskih dijelova aktivnosti ustanova, zatim na postupke monitoringa i evaluacije, te na faktore upravljanja radnom okolinom (interno i eksterno).

Iz analiziranih podataka tačke 8. jasno je da zdravstvene institucije veoma dobro poznaju svoj ključni proces – pružanje zdravstvene usluge. Unutar ovog područja svi elementi su ocjenjeni visokom prosječnom ocjenom, izuzev elementa identifikovanja i dokumentovanja procesa podrške, što može ukazivati na nedovoljnu integraciju procesa podrške sa druga dva procesa. Analizom tačke 9. jasno je da se analiza rizika i audita provodi samo u području ključnog procesa, pružanja medicinskih usluga, što korespondira sa tvrdnjom da se sistem poboljšanja kvalitete na zdravstvenim uslugama dešava samo u ovom procesu. Analiza ispunjavanja zahtjeva tačke 10. pokazuje da ispitanici smatraju značajnim da ustanova provodi poboljšanja na temelju prethodnih mjerenja. Analizirani podaci daju indikaciju o pravilnom prepoznavanju ispitanika o potrebama bolje afirmacije nemedicinskih aktivnosti zdravstvenih ustanova, interno ali i kao veoma značajno eksterno prema interesno-uticajnim grupama. Ispitanici su svjesni nedostataka elemenata koji podržavaju funkcije strateškog menadžmenta, kroz sve ispitivane tačke zahtjeva norme ISO 9001:2015. Cjelovita analiza po svim tačkama norme koje su posmatrane vrlo jasno prikazuju da zdravstvene institucije odlično poznaju vlastiti temeljni proces – pružanje zdravstvene usluge. Ipak, primijećeni su izazovi pri definisanju i implementaciji upravljačkih i procesa podrške. Ovo ukazuje na relativno nizak nivo upoznatosti sa načelima i pravilima procesnog pristupa.

Doktorima se često pripisuje i tzv. sindrom Boga, te je u samom pristupu edukaciji i implementaciji elemenata koji podržavaju funkcije strateškog menadžmenta važno usvojiti pravi pristup i razumijevanje doktorske perspektive upravljanja. Objektivno gledajući, doktori su zahvaljujući vrsti posla koju obavljaju moglo bi se reći predodređeni da brzo i jasno prihvate postulate strateškog menadžmenta i kvalitete. U svom pristupu prema pacijentima oni ispunjavaju svih osam principa strateškog upravljanja i sistema upravljanja kvalitetom. Naime u pristupu prema pacijentu, oni su fokusirani na korisnika, vode (npr. odluka o operaciji, odstranjivanju malignih dijelova, odabiru metoda i instrumenata), oni uključuju druge ljude (uvijek rade u timu i na povjerenju kako između pacijenta i sebe, tako i između članova tima), imaju sistemski pristup upravljanju u procesu liječenja, donose odluke na temelju činjenica (rade se sve moguće analize, skrining, i sve ostale metode prije donošenja same odluke o operaciji), te imaju međusobno korisne odnose sa dobavljačima (u smislu obuke na određenim aparatima i instrumentima, kao i sa farmakološkim sektorom).

U zaključku obavljenih analiza, ukoliko se raščlani pomoćna hipotezu o usmjeravanju ustanova na zahtjeve norme ISO 9001:2015 i funkcije strateškog menadžmenta vidljivo je selektivno provođenje određenih zahtjeva i funkcija, te se može zaključiti da se pomoćna hipoteza H1b „Zadovoljavanje zahtjeva norme ISO 9001 unutar zdravstvene ustanove ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta“, u **potpunosti prihvata.**

Dubinski intervju obavljen je se sa top menadžerima zdravstvenih ustanova akreditovanih od strane AKAZ-a, tj. onih ustanova koje su implementirale DM model kvalitete zdravstvene usluge. Budući da se Donabedijanov model temelji također na procesnom pristupu kroz povezanost strukture, procesa i ishoda liječenja, u razgovoru sa top menadžerima zdravstvenih ustanova koje su implementirale sistem poboljšanja kvalitete, bez implementiranja sistema upravljanja kvalitetom na cijeloj ustanovi, postaje jasno da oni shvataju i razumiju proces SUK-a, ali samo za

područje temeljnih procesa. Po pitanju funkcija koje su izvedene iz područja strateškog menadžmenta, kao i zahtjeva tačke norme ISO 9001:2015 (područja analize, planiranja, izrade, implementacije, mjerenja i evaluacije i poboljšanja), jedina kontinuirana poboljšanja provode se u području zdravstvenih usluga. Ukoliko bi se procesi vezali isključivo za temeljni proces, čak i upravljački i procesi podrške, zdravstvene ustanove bi bile na 100% provedbe. Nažalost, dok se na instituciji provodi sistem osiguranja kvalitete, neujednačen sa sistemom upravljanja kvalitetom unutar temeljnog procesa, teško je držati poslovni balans ustanove. Komunikacija u takvom okruženju takođe postaje problem zbog različitih sistema mjerenja i evaluacije zaposlenika (top, srednjeg i operativnog menadžmenta) u medicinskim i nemedicinskim područjima. Problemi koji top menadžeri navode posebno su vezani za sljedeće oblasti: upravljanje ljudskim resursima; finansiranje; komunikacija i odnosi sa donosiocima odluka (ministarstva, zavodi zdravstvene zaštite); funkcionisanje javnih nabavki; nedostatak kadrova (uključujući i nemedicinski kadar); slabosti informacionog sistema u zdravstvu (medicinske ustanove, apotekarska djelatnost). Dodatno, top menadžeri iz apotekarske djelatnosti kao probleme navode i neujednačenost cijena proizvoda i izmjene esencijalne liste lijekova.

U ovom području ispitivanja znanja, vještina i implementacije zahtjeva DM-a, važno je razumjeti i način na koji se društvo odnosi prema medicinarima u svom podtekstu. Medicinski radnici trpe više tipova pritisaka kojima su izloženi. Od doktora se zahtijeva isključivo fokus na proces pružanja medicinske usluge kroz otvoren, nediskriminacijski i pozitivan pristup pacijentu, dok ih istovremeno društvo optužuje za nedostatak upravljačkih vještina (zakonom obavezujući), neznanje, mito i korupciju (npr. bedževi na kojim je pisalo *Ne primam mito*). Uz navedeno, budući da zdravstvene ustanove ne pokazuju (naročito primarno i sekundarno zdravstvo) da imaju razvijen menadžment znanja (razvijen na pojedinim ustanovama tercijarnog nivoa), oni su osuđeni na individualne inicijative na koje su primorani slovom zakona. Ustanove im ne omogućavaju uštede vremena i transfer stečenih znanja i vještina, ali i implementacije i izmjene sistema unutar ustanova. Prilikom pohađanja edukacije i implementacije zahtjeva standarda AKAZ iz područja kvaliteta, doktori u osnovi imaju potpuno proturječno razumijevanje pojmova efikasnosti, efektivnosti, te konkurentskih strategija. Medicinari (naročito u pojedinim područjima kao što su internisti, endokrinolozi, hirurzi, kardiohirurzi, neurohirurzi) smatraju da je metodom eliminacije najbolje utvrditi dijagnozu pacijenta, i izbjeći moguće greške pogrešne dijagnoze i liječenja, provodeći i obavljajući što veći broj testova, analiza i skrininga. Istovremeno, ekonomisti i menadžeri pokušavaju maksimizirati profit kroz smanjenje troškova medicinskih procedura, analiza i svih ostalih dijelova postupka koji izazivaju troškove.

U zaključku obavljenih kvalitativnih i kvantitativnih analiza, može se zaključiti da se pomoćna hipoteza H1c " Implementacija zahtjeva DM kvalitete unutar zdravstvene ustanove fokusira se na temeljne procese, te ima djelimično pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta u **potpunosti prihvata.**

Glavna hipoteza H1:

H1

Objedinjavanje funkcija strateškog menadžmenta i sistema upravljanja kvalitetom ima direktan pozitivni uticaj na poboljšanje upravljanja zdravstvenim ustanovama.

U zaključku testiranja, pored odbacivanja ili prihvatanja pomoćnih hipoteza neophodno je testirati i aspekte glavne hipoteze, kako bi se došlo do zaključka doktorske disertacije, odnosno odbacivanja ili prihvatanja glavne hipoteze. Prethodno testirane pomoćne hipoteze su prihvaćene ili djelimično prihvaćene. Testirana Hipoteza **H1a**: KPE top menadžera ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta, a time i sistema upravljanja kvalitetom ***je djelimično prihvaćena*****.** Testirana hipoteza **H1b**: Zadovoljavanje zahtjeva norme ISO 9001 unutar zdravstvene ustanove ima direktan i pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta ***je prihvaćena*****. H1c**: Implementacija zahtjeva DM kvalitete unutar zdravstvene ustanove fokusira se na temeljne procese, te ima djelimično pozitivan uticaj na funkcije strateškog menadžmenta ***je prihvaćena*** i to isključivo u dijelu gdje se strateški procesi vežu za medicinske usluge. Dakle, rad prikazuje povezanost svih dijelova elemenata nezavisnih podvarijabli koje uključuju KPE, zahtjeve SUK-a, te upravljački model DM-a temeljen na ključnom procesu. Objedinjavanjem svih elemenata pomenutih podvarijabli, te njihovom analizom, bilo je moguće napraviti novi teorijski sinergetsko-holistički upravljački model (SHM).

Sinergetsko-holistički model (SH model) predložen u ovoj disertaciji u osnovi je sveobuhvatni teoretski upravljački model i može poslužiti kao samoevaluacijski okvir top menadžmentu za sagledavanje trenutnog statusa i razvoja na ustanovi po područjima modela (14 područja uključenih u predloženi model), te definisanju strateških odluka i mjera s ciljem razvoja i poboljšanja pojedinih područja ustanove ili svih procesa na ustanovi. Takođe, model može pomoći i boljem obuhvatu, sagledavanju i razumijevanju integrisanja funkcija strateškog menadžmenta i menadžmenta upravljanja kvalitetom. Analizom koeficijenta korelacije ranga obuhvaćen je ukupno 121 element unutar ukupno 14 ispitivanih područja (šest povezanih sa KPE, sedam sa normom, jedno sa DM modelom) koja su analizirana na nivou područja i pojedinačnih elemenata. Iz razloga nemogućnosti obuhvata i predstavljanja svih korelacija između elemenata različitih područja, te između samih područja, analizirane su veze između nekoliko područja/elemenata koje mogu biti ilustrativne za pojašnjenje mogućeg funkcionisanja modela u praksi.

Budući da je SHM prvenstveno teorijski model, u dijelu testiranja obavljena su ispitivanja korelacija područja modela (vodstvo, strateški menadžment, vrednovanje performansi i poboljšanja), metodom Spearmanovog koeficijenta korelacije ranga, uz korištenje faktora korekcije za vezane rezultate. Potvrđivanje H1 u najvećoj mjeri odnosi se na teorijsko-referentni model i okvir za koji je moguće upoređivanje i empirijska potvrda kroz puni pristup zdravstvenim ustanovama, u svim segmentima njihovog rada (pregled dokumentacije, te analize i praksi) u pojedinačnim dijelovima SH modela. Kvantitativnim metodama je testirana korelacija između više područja upravljačkog procesa (vodstvo, strateški menadžment) sa područjima rezultata (vrednovanja performansi i poboljšanja).

Kao što je već predočeno, testirana pomoćna hipoteza **H1a** je djelimično prihvaćena, pomoćna hipoteza **H1b** je prihvaćena i pomoćna **H1c** je prihvaćena, te je testiran novi teorijski SH model, kroz ispitivanje korelacije njegovih elemenata vezanih za funkcije strateškog menadžmenta. Dakle, glavna hipoteza **H1** *Objedinjavanje funkcija strateškog menadžmenta i sistema upravljanja kvalitetom ima direktan pozitivni uticaj na poboljšanje upravljanja zdravstvenim ustanovama* **se prihvaća.**

Na samom kraju, važno je podcrtati da ljudski život mora biti u centru zajedničkih ljudskih vrijednosti, u trenutnom neergodičkom svijetu. Veliko je nerazumijevanje u filozofiji i pristupima koje njeguju doktori, gdje je eksplicitna humanistička crta i vrijednost ljudskog života, dok neoliberalni i kapitalistički pristup pojedinih ekonomista i menadžera u prvi plan stavlja efikasnost, efektivnost i maksimizaciju profita. Jaz i prisutno nerazumijevanje između doktora (*bijelih mantila*), kao etablirane i društveno cijenjene profesionalne grupe, i menadžera (*odijela*), kao nosilaca znanja iz menadžmenta i nove, rastuće profesionalne elite u zdravstvu, postavlja se kao izazov upravljanje zdravstvenim sistemom i organizacijama, ali i sistema upravljanja kvalitetom. Modeli koji potiču razumijevanje i shvatanje organizacije kao živog sistema, u kojem su dijelovi međupovezani i međuzavisni jesu ontološki smjerovi u kojem se buduće teorije i funkcije strateškog menadžmenta trebaju razvijati.

7.2. Ograničenja istraživanja

Za vrijeme trajanja izrade doktorske disertacije, te provođenja primarnih i sekundarnih istraživanja, uočeni su sljedeći nedostaci i ograničenja istraživanja: pri odabiru namjernog kvotnog uzorka, prvobitno je bilo zamišljeno istraživanje od ukupne populacije od 613 aktivnih top menadžera zdravstvenih ustanova (javnih i privatnih), te je planirani uzorak 2013. godine iznosio 250 top menadžera tj. 40.8%. U međuvremenu, godine 2014.-te, KPE program je pretrpio značajne izmjene i kvalitet se više nije izučavao kao posebna tematska cjelina, već isključivo kao tematska jedinica TQM-a unutar menadžmenta (cca 45 minuta), jer su u program dodatno uvršteni predmeti iz biomedicine, farmakologije i drugih medicinskih područja. U prethodnoj strukturi nastavnog plana i programa, kvalitet se izučavao kao poseban predmet na sva tri nivoa edukativnog programa. Time je istraživač bio ograničen na populaciju od 182 top menadžera koji su od 2011.-2014. godine pohađali kontinuiranu profesionalnu edukaciju iz ove oblasti. To se također odrazilo i na drugi nivo istraživanja nezavisne podvarijable sistema upravljanja kvalitetom kao funkcija strateškog menadžmenta, te se u skladu sa navedenim moralo pristupiti smanjenju broja aktivnih top menadžera sa 280 na 89, koji su u navedenom periodu pohađali KPE.

Drugo ograničenje studije ogledalo se u anketnim listićima i dubinskim nestrukturisanim intervjuima, budući da su se ispitanici samoocjenjivali (podložniji subjektivnoj procjeni), dok istraživač nije imao priliku da ih posjeti na terenu (unutar zdravstvenih ustanova, kako bi pojasnio određena pitanja i/ili se uvjerio u postojanje određene dokumentacije, procedura, postupaka i aktivnosti).

Dubinski nestrukturisani intervjui su obavljeni telefonskim putem, budući da zdravstveni radnici nisu bili u prilici obaviti lično intervjue (zdravstvena sigurnost istraživača i ispitanika), niti su ustanove dopuštale posjete. Samim tim, predloženi model SH je temeljen na samoevaluaciji (ličnoj i institucionalnoj), bez mogućnosti provjere na terenu, izuzev na temelju ponuđenih odgovora.

Treće ograničenje ogleda se u pojmovnicima koji su usvojeni od strane AKAZ-a, gdje postoji razmimoilaženje u definisanju i razumijevanju osnovnih pojmova kvalitete. Ovo je naročito bilo vidljivo u nestrukturisanim intervjuima, gdje se npr. razgovorom o indikatorima kvalitete na ustanovi, poboljšanjima ili akreditaciji i sertifikaciji, govorilo o različitom viđenju obima i shvatanja pojmova između ispitanika i istraživača.

Četvrto ograničenje predstavlja politički uticaj, gdje su zbog preuzimanja javnih zdravstvenih ustanova, top menadžeri bili prisiljeni povući se, iako su obnašali funkciju tek nekoliko mjeseci, te time nisu bili relevantni za kvotni uzorak ovog istraživanja. U taj dio se također može uvrstiti i dug vremenski razmak od pohađanja programa 2011.-2014., do stupanja na rad na funkciju nakon pet ili više godina, gdje je većina znanja bila izgubljena usljed nekorištenja u praksi i primjeni na ustanovi.

I naravno, na samom kraju, u dijelu kvalitativne analize postoji mogućnost greške autora kao instrumenta u tumačenju određenih pojavnosti i veza. Treba imati u vidu da je istraživač u nekim elementima podložan subjektivnim stavovima, budući da je bio jedan od kreatora KPE, predavač i implementator SUK-a, te privremeni član upravnog odbora AKAZ-a. Upravo iz tog razloga, s ciljem smanjenja mogućnosti greške i objektivizacije procesa, isti problemi su istraženi i analizirani uz pomoć više metoda i instrumentarija.

7.3. Naučni i pragmatični doprinos provedenog istraživanja

Na temelju provedenog primarnog (empirijskog) istraživanja, te uporedbe sa zahtjevima strateškog menadžmenta kreiran je novi teorijski SH model, koji objedinjuje SUK i SM, te doprinosi razumijevanju i poboljšanju upravljanja zdravstvenim ustanovama. Kreirani konceptualni model se može posmatrati kao svobuhvatni okvir i ključni naučni doprinos u području istraživanja strateškog menadžmenta i sistema upravljanja kvalitetom. Također, model unosi novu perspektivu unutar područja kvalitete zdravstvenih ustanova, uz pomjeranje fokusa sa kvalitete zdravstvene usluge na sistem upravljanja kvalitetom organizacije u cjelosti. Potvrđivanjem glavne hipoteze prikazani su novi međuodnosi kreiranja i implementacije funkcija strateškog menadžmenta uz pomoć SUK-a, ali i razumijevanje specifičnih znanja i vještina top menadžera unutar javnog sektora. Naučni doprinos ovog modela ogleda se posljedično i u njegovoj praktičnoj primjeni koja bi osigurala izvrsnost u upravljanju zdravstvenim ustanovama u svijetu.

Procjena očekivanog naučnog doprinosa daje rezultat u sljedećim oblastima:

- Proširene upravljačke funkcije strateškog menadžmenta (planiranje i implementaciju) sa sistemom mjerenja, analize i poboljšanja, tako da se sve buduće menadžerske odluke zapravo temelje na činjenicama.
- Obogaćena teorijska saznanja vezana za reforme javnog zdravstvenog sektora u zemljama u tranziciji.
- Kreiran jedinstveni pojmovnik kvalitete u zdravstvu, otklanjajući nerazumijevanje nastalo usljed različitih definicija istih pojmova i pojava.
- Evaluiran KPE zdravstvenih menadžera kroz koncipiranje osnovnih znanja i vještina koje trebaju posjedovati.
- Popularisan procesni model i pripadajući alati kao upravljački model koji istovremeno zadovoljava SUK i sve funkcije strateškog menadžmenta.
- Kreiran novi sinergetsko-holistički model (SHM) sistema upravljanja zdravstvenim ustanovama, kao teorijski model za strateško upravljanje javnim zdravstvenim ustanovama.
- Brojna buduća istraživanja mogu biti obavljena u daljim razradama i nadogradnji modela, kako bi se više približili različitim tipovima institucija zdravstvenog sektora.

U skladu sa definisanim naučnim ciljevima, istraživanjem su produbljena naučna saznanja o strateškom i operativnom menadžmentu. U novim okolnostima SUK se posmatrao kao model strateškog upravljanja, na taj način objedinjujući funkcije strateškog menadžmenta sa unapređenjem sistema upravljanja kvalitetom (ispitivanjem tri nivoa novog predloženog modela u odnosu na funkcije strateškog menadžmenta), kreirajući novi sveobuhvatni SH model.

Naučni doprinos provedenog empirijskog istraživanja ogleda se i u kreiranju teorijskog generičkog modela SH koji se može primjenjivati na svim nivoima zdravstvenog sektora. Sinergetsko-holistički model sistema upravljanja zdravstvenim ustanovama pozicionirao bi se kao teorijski okvir novog, strateškog pristupa upravljanja zdravstvenim ustanovama, što je posebno važno u javnom sektoru. Očekuje se da bi novi, hibridni model konsekventno u praksi pospješio djelovanje javnog sektora i unaprijedio poslovno upravljanje u zdravstvenom sektoru.

Očekivani pragmatični doprinos istraživanja može se posmatrati na tri nivoa: uticaj na pojedinca – uposlenika u zdravstvenom sektoru, uticaj na nivo organizacije – zdravstvene ustanove, te uticaj na zdravstveni sistem (na nivou zajednice, zemlje ili nadnacionalnom nivou). Top menadžment i uposlenici zdravstvenih institucija dobivaju mogućnost edukacije unutar okvira koji omogućuje integrisanost strateške orijentacije i sistema upravljanja kvalitetom tokom cijelog procesa. Ovim se u osnovi stvaraju pretpostavke direktne uzročno-posljedične veze između inicijativa poboljšanja i njihovog praktičnog vidljivog impakta na kvalitet rada zdravstvene ustanove. Dodatno, postojanje jasnog okvira novog upravljačkog modela i dijela edukacije daje prostor za unapređenje vještina i znanja top menadžmenta i zaposlenih.

Na organizacionom nivou, ovim se smanjuje mogući otpor zaposlenih prema promjenama. Promjene se često percipiraju prijetnjama po vlastiti opstanak ili opstanak organizacije, te je neophodno posvetiti pažnju potencijalnim problemima u procesu promjena. Još jedna od prednosti ogleda se u kreiranju organizacije kulture kvaliteta, čime se pitanje kvaliteta stavlja u fokus pažnje, te se integriše u sve procese i na sve nivoe organizacije. Kvalitativni pomak ovog istraživanja jeste pomjeranje sa razumijevanja kvaliteta kao operativne funkcije, ka razumijevanju sveobuhvatnog okvira strateškog menadžmenta, te razumijevanju SH modela kao strateškog modela primjenjivog za zdravstveni sektor. Zdravstvene ustanove mogu koristiti SH model kao prilično jednostavan i sveobuhvatan upravljački model u kojem je SUK integrisan u sve funkcije strateškog menadžmenta i ne posmatra se kao zasebni sistem.

Na nivou zdravstvenog sistema, istraživanje bi moglo imati za rezultat usvajanje novog jedinstvenog upravljačkog modela, što bi moglo direktno koristiti zdravstvenim ustanovama, pacijentima, osnivačima, partnerima i dobavljačima, a indirektno i cijeloj društvenoj zajednici. Novi model poboljšava društveno odgovorno poslovanje javnih zdravstvenih ustanova, na način da se povećava efikasnost upotrebe sredstava iz javnih fondova, čime se učvršćuje uloga sistema zdravstva unutar zemlje. Takođe, obavljeno istraživanje pomaže u promociji novog modela širom Evrope i njegovom usaglašavanju na nivou preporuka Svjetske zdravstvene organizacije i Evropske komisije. Kao zaključak diskusije o naučnom i pragmatičnom doprinosu, istraživanje je doprinijelo kreiranju praktičnog modela i bodovnog sistema kojima se organizacijama omogućava samoevaluacija, te određena vrsta obrasca, okvira (*blueprinta*) prema kojem mogu poticati dalji razvoj dijelova organizacije, koji se pokažu manje razvijenim. Istraživanje je doprinijelo i unapređenju teorijskih spoznaja o strateškom upravljanju organizacijama javnog zdravstvenog sektora, uz istovremeno predlaganje praktičnog modela čijom bi se implementacijom na svim nivoima mogli dosegnuti pragmatični ciljevi zdravstvenog sektora (u sferi prakse).

KNJIGE, UDŽBENICI I MONOGRAFIJE

1. Ackoff, R.L. (1981). Creating the Corporate Future. New York: Wiley.
2. Adižes, I. (1979). Dijagnoza stilova upravljanja. Novi Sad: Prometej.
3. Aguilar, F.J. (1967). Scanning the business environment. New York: McMillan.
4. Akao, Y. (1991). Hoshin Kanri - policy deployment for successful TQM. Cambridge: Productivity Press.
5. Alfirević, N. et al. (2013) Osnove marketinga i mgmt nepofitnih organizacija, Zagreb: Školska knjiga.
6. Andrich, D. (1988). Rasch Models for Measurement, Newbury Park: Sage Publications.
7. Arrowsmith, S., Linarelli, J. & Wallace, D. (2000). Regulating Public Procurement: National and International Perspectives. London: Kluwer Law International.
8. Ateljević, J. i Kulović, Dž. (2015). Razumijevanje Michaela Portera: doprinos strategijskom menadžmentu. Sarajevo: Perfecta.
9. Bahtijarević – Šiber, F., Sikavica, P., Pološki Vokić, N. (2008). Suvremeni menadžment. Zagreb: Školska knjiga.
10. Bašić, M. (2005). Ekonomija BiH. Sarajevo: Ekonomski fakultet u Sarajevu.
11. Becker, G.S. (1964). Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education. New York; London: The National Bureau of Economic Research.
12. Bertalanffy, L. (1969). General System Theory; Foundations, Development, Applications. New York: Braziller.
13. Blair, T. (2000) Treći put – Nova politika za novo stoljeće. Zagreb: Jesenski i Turk.
14. Blake, R. & Mouton, J. (1964). The Managerial Grid: The Key to Leadership Excellence. Houston: Gulf.
15. Boccaccio, G. (1351). Decameron : Prince Galehaut. Venice: s.n.
16. Bolman, L.G. and Deal, T.E. (1997). Reframing organizations: artistry, choice and leadership. 2nd ed. San Francisco: John Wiley and Sons.
17. Bond, T.G. and Fox, C.M. (2007). Applying the Rasch Model: Fundamental Measurement in the Human Sciences. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
18. Bosilj Vukšić, V. and Kovačić, A. (2004) Upravljanje poslovnim procesima, Zagreb: Sinergija nakladništvo.
19. Bradberry, T. i Greaves, J (2006). Emocionalna inteligencija. Beograd: Sezam book.
20. Bradford, L., Gibb, J. & Benne, K. (1964). T-Group theory and labarothory method. New York, John Wiley & Sons.
21. Buble, M. (2005). Strateški menadžment. Zagreb: Sinergija.
22. Burns, J.M. Leadership (1978). New York: Harper & Row.
23. Buzzell, R.D. and Gale, B.T. (1987) The PIMS Principles: Linking Strategy and Performance. Free Press, New York.
24. Carlyle, T. (1841). On heroes, hero-worship & the heroic in history. UK, London: James Fraser.
25. Carney, M. (2006) Health Service Management. Culture, Consensus and the Middle Manager, Cork: Oak Tree Press.
26. Carney, M.T. (2002) A Strategic Consensus Model for Not-for-Profit Organisations. Uni College Dublin.
27. Cellucci, L.W & Wiggins, C. (2010). Essential techniques for healthcare managers. Chicago: American College for Healthcare Executives.
28. Certo, S.C. and Paul, P.J. (1993) The strategic management process. USA: Irwi
29. Chandler, A.D. (1962). Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise. Massachusetts: Beard Books.
30. Chletsos, M., and Saiti, A. (2019). Strategic management and economics in health care. Switzerland: Springer. E-book
31. Cowley, M. and Domb, E. (1997). Beyond strategic visioneffective corporate action with Hoshin planning. Boston: Butterworth-Heinemann.
32. Crosby, P.B. (1979). Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain. New York: McGraw-Hill.
33. Daft, R.F. (2004). Management. 7th edition. St. Paul: Southwestern College.
34. David, F.R. and David, F.R. (2016). Strategic Management: A Competitive Advantage Approach, Concepts and Cases, Global Edition (16th).
35. Deming, W.E. (1986). Out of the Crisis. Melbourne: Cambridge University Press.
36. Dess, G.G., Lumpkin, G.T. and Eisner, A.B. (2007) Strategijski menadžment (3. izdanje). Beograd: Data.
37. Donabedian, A. (2003). An introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press. Oxford.
38. Drucker, P. (1954). The Practice of Management: a study of the most important function in American Society. New York, Harper & Brothers Pub.
39. Drucker, P. (1999). Management challenges for the 21st century. New York: Harper Business.

40. Drucker, P. (2003) Moj pogled na menadžment: izbor iz dela o menadžmentu Pitera Drakera. Novi Sad: Adižes.
41. Đukić, M. (2021). Strategijski menadžmet. Beograd: Srpska kraljevska akademija naučnika i umetnika.
42. Đuričin, D.N., Janošević, S.V. and Kaličanin, Đ.M. (2013) Menadžment i strategija (8. izd.), Beograd: Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta u Beogradu.
43. Eder, D. (2018). Qualitätsmanagement-Systeme in der Altenpflege Wirksamkeit und Aufrechterhaltung. Enterprise. Cambridge: M.I.T. Press.
44. Erlich, V. (1955). Russian Formalism. The Hague: Mouton Publishers.
45. Esping-Andersen, G.(1990). The three worlds of Welfare Capitalism. New Jersey: Princeton University.
46. Evans, T., et al. (2001). Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press.
47. Fiedler, F. (1967). A theory of leadership effectiveness. New York: McGraw-Hill.
48. Filipović, V. (1965). Filozofski rječnik. Zagreb: Matica Hrvatska.
49. Gardner, J.W. (1990). On Leadership. New York: Free Press.
50. Garvin, D.A. (*1988*). Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge. New York: The Free Press.
51. GCD. Carney, M.T. (2002). A Strategic Consensus Model for Not-for-Profit Organisations. Dublin, Ireland: University College Dublin.
52. Ginter, P., Duncan, J.& Swayne, L. (2018). The Strategic Management of Health Care. John Wiley & Sons.
53. Goetsch, D.L. and Davis, S. (2006). Quality Management: Introduction to Total Quality Management for Production, Processing and Services. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
54. Goleman, D. (1995). Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. New York: Bantam Books.
55. Goleman, D. (1997). Emocionalna inteligencija. Beograd: Geopolitika.
56. Grant, R.M. (2002). Contemporary Strategy Analyis. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
57. Gravin, D. (1988). Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge. New York: The Free Press.
58. Greenleaf, R.K. (1977). Servant Leadership: A Journey into the Nature of Legitimate Power and Greatness. New York: Paulist Press.
59. Gutić, D. i Barić, F. (2019). Menadžment u zdravstvu. Osijek: Studio HS internet.
60. Hadžiahmetović, Z., Softić, S. i Kulović, Dž. (2008). Organizacija: teorije, strukture, ponašanje. Sarajevo. EFSA UNSA.
61. Hammer, M. (1995). The reengineering revolution: The Handbook, London: Harper Collins.
62. Hammer, M. and Champey, J. (1996). Reengineering the Corporation: a manifesto for business revolution. New York: Harper Business.
63. Hammer, M. and Champy, J. (1993) Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution. New York: Harper Business.
64. Hanson, D. et al. (2017). Strategic Management: Competitiveness & Globalisation. 6th ed. South Melbourne: Cengage Learning Australia.
65. Harvey, D. (2005). A Brief History of Neoliberalism. Oxford: Oxford University Press.
66. Harvey, L. and Knight, P. (1996). Transforming Higher Education. United Kingdom: SRHE.
67. Heleta, M. (2008). Menadžment kvaliteta. Beograd: Univerzitet Singidunum.
68. Hill, C. W. & Jones, G.R. (2011). Essentials of Strategic Management. UK: Cengage Learning.
69. Hinsch, M. (2016). ISO 9001:2015 for everyday operations. Wiesbaden: Springer.
70. Hinsch, M. (2019).ISO 9001:2015 everyday operations. Germany: Springer.
71. Holsinger, J.W. and Carlton, E.L. (2018). Leadership for publich health: theory and practice. Chicago, Illinois: Health Administration Press.
72. Huseinspahić, N. (2010) Mjerenje tehničke i funkcionalne dimenzije kvaliteta usluga u zdravstvu: doktorska disertacija. Sarajevo: Univerzitet u Sarajevu.
73. Injac, N. (2002). Mala enciklopedija kvalitete: upoznajmo normu ISO 9000. 2. prerađeno izd. Zagreb: Oskar.
74. Irving, L.J. (1989). Crucial decisions: Leadership in policy making and crisis management. New York: Free Press.
75. Jaques, E. (1951). The changing culture of a Factory. S.l.: Tavistock Publications. 341 pg.
76. Johnson, G. and Scholes. K. (2002). Exploring Corporate Strategy (6th ed). Lancaster, UK: Financial Times Prentice Hall.
77. Johnson, J.K. & Sollecito, W. A. (2019). Continouos Quality Improvement in Health Care. Massachusetts: Jones&Bartlet.
78. Juran, J.M. and Gryna, F.M. (1993). Quality planning and analysis. New York: McGraw-Hill.
79. Juran, Joseph (1951). Quality Control Handbook. New York: McGraw Hill..

80. Kackar, R.N. (1989). Taguchi's Quality Philosophy: Analysis and Commentary. In: Dehnad, K. (eds) Quality Control, Robust Design, and the Taguchi Method. Boston: Springer.
81. Kaplan, R. and Norton, D. (1996). The Balanced Scorecard: translating strategy into action. Boston: Harvard Business Press.
82. Kaplan, R. and Norton, D. (2006). Strategy maps: converting intangible assets into tangible outcomes. Boston, Massachusetts: Harvard Business School.
83. Kavaler, F. & Alexander, R.S. (2014). Risk Management in Healthcare Institutions: Limiting Liability and Enhancing Care. New York: Jones & Bartlett Publishers.
84. Kecmanović, N. (2010). Politika, država i moć. 2. dopunjeno izd. Beograd: Čigoja štampa i Fakultet političkih nauka Beograd.
85. Kelly, D. (2003). Applying quality management in healthcare: a process for improvement. Chicago: American College for Healthcare Executives.
86. Kim, W.C. & Mauborgne, R. (2004). Blue Ocean Strategy. New York: Harvard Busienss Press.
87. Klein, N. (2008). Doktrina šoka: uspon kapitalizma katastrofe. Zagreb: V.B.Z. 548 str.
88. Kondić, Ž. (2004) Kvaliteta i metode poboljšanja. Varaždin: Živko Kondić.
89. Kongstvedt, P.R. (2013). Essentials of managed health care. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
90. Koontz, H. & Weihrich, H. (2009). Essentials of Management: an international perspective. 8th edition: New Delhi: Tata McGraw-Hill.
91. Kotter, J.P. (1990). A force for change: How leadership differs from management. New York: Free Press.
92. Kotter, J.P. (1987). The Leadership Factor. New York: The Free Press.
93. Kourody, J. (2007). Poslovna strategija. Zagreb: Masmedia.
94. Kumar, V. & Gupta, G. (2021). Strategic management during a pandemic. S.l.: Taylor and Francis.
95. Lallement, M. (2004). Istorija sociioloških ideja: od početaka do Webera. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
96. Lamprecht, J. L. (1992). ISO 9000: preparing for registration. IN: Quality and Reliability. Band 32. [s.l.]: CRC Press LLC.
97. Lane, J (1997). Introduction in Public Sector Reform: Rationale, Trends & Problems. London: Sage Pub.
98. Lawler, E., Mohrman, S. & Ledford, G. (1995). Creating high performance organizations: practices and results of employee involvement and Total Quality Management in Fortune 1000 companies. San Francisco: Jossey-Bass.
99. Lazibat, T. (2009). Upravljanje kvalitetom. Zagreb: Znanstvena knjiga.
100. Leal, V. (2020). Qualitaets management in der Gesundheitsversogung. Germany: Springer-Verlag.
101. Leibnitz, Gottfried W. (1918). New Essays on human understanding. 2nd ed. Chicago; London: The Open Court Pub Company.
102. Longo, F. & Cristofoli, D. (2007). Strategic Change Management in the Public Sector: An EFMD European Case Book. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
103. Mašić, B. (2007) Strategijski menadžment. Bijeljina: Sinergija.
104. McGregor, D. (1960). The Human Side of Enterprise. New York, McGraw-Hill.
105. Melo, S. & Beck, M. (2014). Quality management and managerialism in healthcare: A critical historical survey. New York: Palgrave MacMillan.
106. Milisavljević, M. (2002). Savremeni strategijski menadžment, Beograd: Institut ekonomskih nauka.
107. Milisavljević, M. (2017). Strategijski menadžment: analiza, izbor i promena. 2. izmenjeno i dopunjeno izd. Beograd. Data status.
108. Miller, A.R. and Dess, G.G. (1996). Strategic Management. Boston: McGraw-Hill.
109. Mintzberg, H. (1983). Structures in Fives: Designing Effective Organizations. NJ: Prentice Hall.
110. Mintzberg, H. (2017). Managing the myths of health care: Bridging the separations between care, cure, control, and community. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers.
111. Mintzberg, H. et al. (2003) The Strategy Process. New York: Prentice Hall.
112. Mirowski, P., Plehwe, D. (2009) The Road from Mont Pèlerin: the making of the neoliberal thought collective. New York: Harvard University Press.
113. Misita, N. (2010). Evropska Unija – osnivanje i razvoj. Sarajevo: Revicon.
114. Newstrom, J.W., & Davis, K. (2002). Organizational behavior: Human behavior at work. New York, NY: McGraw-Hill.
115. Northouse, P.G. (2007). Leadership: Theory and practice (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
116. Northouse, P.G. (2012). Leadership: Theory and Practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
117. Oskar /grupa autora (2007). Procesno orjentirani sustavi upravljanja kvalitetom i interni audit. Zagreb: Oskar.

118. Ouchi, W.G. (1982). Theory Z: how American business can meet the Japaneese challenge. New York: Harper Collins Pub.
119. Patel, R. (2010). The Value of Nothing: How to Reshape Market Society and Redefine Democracy. New York: Picador.
120. Pearce, J.A. and Robinson, R.B. (2011). Strategic Management: Formulation, Implementation and Control. New York: McGraw Hill.
121. Peters, T.J. & Waterman, R.H. (1982). In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies. New York: Harper & Row.
122. Pfeffer, J. (1992). Managing with power: Politics and influence in organizations. Boston: Harvard Business School Press.
123. Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press. 528 pg.
124. Raković, R. (2006) Kvalitetom do poslovne izvrsnosti. Beograd: Energoprojekt.
125. Rasch, G. (1980). Probabilistic Models for Intelligence and Attainment Tests. Chicago: University of Chicago Press.
126. Reichheld, F. and Teal, T. (1996). The Loyalty Effect: the hidden force behind growths, profits and lasting value. New York: Harvard Business School Press.
127. RZzS SRBiH (1986). Materijalni i društveni razvoj Socijalističke Republike Bosne i Hercegovine 1947-1984. Sarajevo: Republički zavod za statistiku.
128. Saitis, C., & Saiti, A. (2019). Initiation of educators into educational management secrets. Basel, Switzerland: Springer International Publishing.
129. Saks, Džefri (2015). Doba održivog razvoja. Beograd: Službeni glasnik.
130. Schilling, M.A & Jones, G. R. (2017). Strategic management: an integrated approach. Boston, MA: Cengage Learning.
131. Senge, P. M. (1990). The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. New York: Doubleday/Currency.
132. Shaw, Ch. & Kalo, I. (2002). A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO.
133. Shortell, S.M and Kaluzny, A.D. (2000). *Health Care Management:* A Text in Organization Theory and Behavior, New York: John Wiley and Sons.
134. Skoko, Hrvoje. Upravljanje kvalitetom. Zagreb: Sinergija, 2000.
135. Snowdon, A., Shell, J. and Leitch, K.K. (2010). Innovation Takes Leadership: Opportunities and Challenges for Canada's Health Care System. Toronto, Canada: Ivey School.
136. Spasojević-Brkić, V.K. et al. (2012). Sistem menadžmenta kvalitetom i poslovne performanse, Beograd: Mašinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
137. Spath, P. (2013). Introduction to Healthcare Quality. Chicago: American College for Healthcare Executives.
138. Steiner, G.A. (1979). Strategic planning: what every manager must know. New York: Free Press.
139. Summers, D. C. (2005). Quality management: creating and sustaining organizational effectiveness. Indiana University: Pearson Prentice Hall.
140. Šehić, D. and Penava, S. (2007) Leadership. Sarajevo: Ekonomski fakultet Univerziteta u Sarajevu.
141. Šiber, Stjepan (2000). Teorija političke moderne: komunikacijsko iskustvo politike. Zenica: Naša riječ.
142. Šofranac, R. (2008) Razvoj TQM sistema. Podgorica: Pobjeda.
143. Šunje, A. (2002) Top menadžer: vizionar i strateg, Sarajevo: Tirada.
144. Šunje, A. (2005). Top-menadžer: vizionar i strateg. Sarajevo: Tirada.
145. Taleb, N.N. (2007). The Black Swan: the impact of the highly improbable. UN: Randome House.
146. Taylor, F.W. (1911). The Principles of Scientific Management. New York: Harper & Brothers.
147. Thompson, A.A. and Strickland, A.J. (2008). Strategic Management: Concepts and Cases. Boston: McGraw-H.
148. Thompson, A.A.Jr., Strickland, A.J. and Gamble, J.E. (2006). Strateški menadžment u potrazi za konkurentskom prednošću (4. izdanje), Zagreb: Masmedia.
149. Tipurić, D. i suradnici (2011). Promjene vrhovnog menadžmenta i korporativno upravljanje. Zagreb: Sinergija-nakladništvo d.o.o.
150. Todaro, M. P. i Smith, S. C. (2006). Ekonomski razvoj. 9. izd. Sarajevo: Šahinpašić. 826 str.
151. Todaro, M.P. and Smith, S.C. (2015). Economic Development. 12th ed. Boston: Pearson. 860 pg.
152. Todorović, Z. (2009) Upravljanje kvalitetom, Banja Luka: Ekonomski fakultet.
153. Turner, P. (2019). Leadership in Healthcare: delivering organizational transformation and operational excellence. Switzerlaand: Springer.

154. Tzu, S. (2009). Umijeće ratovanja: novi prijevod izvornog teksta s tumačenjima. John Minford (eds). Zagreb: Mozaik knjiga.
155. Vukašinović, Z. (2010). Strateško planiranje u zdravstvu. Beograd: Zadužbina Andrejević.
156. Walsh, P., Lok, P. & Jones, M. (2005). The measurement and management of strategic change: a guide to enterprise performance management. Australia: Pearson Education.
157. Weber, M. (2004). Protestantska etika i duh kapitalizma U: Michel Lallement. Istorija sociooloških ideja: tom I – od početaka do Webera. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2004 str. 210
158. Zaleznik, A. (1977) Managers and Leaders: Are They Different. Boston, MA: Harvard Business School.
159. Zikmund, W. et al. (2012). Business Research Methods. 9th ed. Cengage Learning: Ohio.
160. Žižek, S. (2006). Škakljivi subjekt: Odsutni centar političke ontologije. Sarajevo: Šahinpašić.

ČLANCI, KONFERENCIJE, POGLAVLJA I STUDIJE

1. Abenhaim, H.A., Kahn, S.R. & Rubin, B. M. (2000) Program description: a hospitalist-run, medical short-stay unit in a teaching hospital. IN: Canadian Medical Association Journal. Vol 163 (3). pp 1477-1480.
2. Ackermann, F. & Colin, E. (2011) Strategic Management of Stakeholders: Theory and Practice. IN: Long Range Planning. Vol 44 (3).
3. Adler, P.S., et al (2003). Performance improvement capability: keys to accelerating performance improvement in hospitals. IN: California Management Review. Vol 45 (3). pp12-33.
4. AL-Assaf, A.F. and Usnick, L.Z. (1993) The hospital patient representative: a key player in quality improvement. IN: Journal For Healthcare Quality: official Publication of The National Association For Healthcare Quality. Vol 15 (5).
5. Alford, J. & Hughes, O. (2008). Public Value Pragmatism as the Next Phase of Public Management. IN: American Review of Public Administration. Vol 38 (2). Pp. 130–148
6. Alford, J. (2001). The Implications of "Publicness" for Strategic Management Theory. In Exploring Public Sector Strategy. Eds Gerry Johnson and Kevan Scholes. London: Prentice-Hall, pp. 1–16
7. Alison, G. T. (1983). Public and private management: Are they fundamentally alike in all unimportant respects? IN: Perry, J.L., Kraemer, K.L. (Eds.). Public Management. Palo Alto, California: Mayfield. Pp 72–93
8. Allport, G.W. and Odbert, H.S. (1936). Trait names: a psycho-lexical study. IN: Psychological Monographs. Vol 47 (1). pp 176-187
9. Alsan, M. et al. (2006). The Concequences on population health for economic performace. HBR: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1288/2013/10/PGDA_WP_13.pdf (oktobar 2018).
10. Angioni, L. (2016). Aristotle's definition of Scientific Knowledge. IN: History of Philosophy & Logical Analysis. Vol 19 (1). Pp 140-167
11. Appel, F. (1991) From quality assurance to quality improvement: The Joint Commission and new quality paradigm. IN: Journal of Quality Assurance. Vol 13 (5). pp 26-29
12. Attree, M. (2001) A study of criteria used by healthcare professionals, managers and patient to represent and evaluate quality. IN: Journal of Nursing Management. Vol 9 (2).
13. Bacon, S. F., & Jakovich, J. A. (2001). Instructional television versus traditional teaching of anintroductory psychology course. IN: Teaching of Psychology. Vol 28(2). pp 88-91
14. Baker, G.R. et al. (2004) The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. IN: Canadian Medical Association Journal. Vol 170 (4). pp 1678-1686.
15. Barker, R. (2010). No, management is not a profession.IN: HBR (July/Aug.) pp 52-60
16. Barr, N. (1996) People in Transition: Reforming Education and Health Care. IN: Finance & Development. pp. 24-27
17. Bartkus, B.R., Glassman, M., Mcafee, R.B. (2002). Do large European, US and Japanese Firms use their web sites to communicate their mission? IN: European Management Journal. Vol 20 (4). pp 423-429
18. Barzelay, M. (2001). The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue. Berkeley: University of California Press. 240 pg.
19. Bass, B.M. (1997). Does the transactional-transformational paradigm transcend organizational and national boundaries? American Psychologist, 22 (2): 130-142.
20. Bass, B.M. (1999). Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. IN: European Journal of Work and Organizational Psychology. Vol 8 (1) pp 9-32
21. Bassioni, H., Hassan, T. & Price, A. (2008). Evaluation and analysis of criteria and sub-criteria of a construction excellence model. IN: Engineering, Construction and Architectural Management. Vol 15 (1). Pp 21-41

22. Batalden, P.B. (1991) Building Knowledge for Quality improvement:in healthcare. Journal of Quality Assurance: a publication of the National Association of Quality Assurance Professionals 13 (5).
23. Batchelor, G., Butler, P. and Jellinek, LA. (1987) Healthcare Financial Management. IN: Journal of the Healthcare Financial Management Association. Vol 41 (7).
24. Bayile, Y. et al. (2020). Quality of health care service assessment using Donabedian model. IN: African Journal of Medical and Health Sciences. Vol 19 (5). pp 157-165
25. Bayile, Y. et al. (2020). Quality of health care service assessment using Donabedian model. IN: African Journal of Medical and Health Sciences. Vol 19. pp 157-165
26. Bays, K.D. (1986). Changing Health Care Practices. IN: Vital medicine. Vol 52 (6).
27. Becket, N. and Brookes, M. (2008). Quality Mangement Practice: what quality are we actually enchancing? IN: Journal of Hospitality and Leisure. Vol 7 (1).
28. Beecroft, G.(1999). The Role of Quality in Strategic Management. IN: Management Decision.Vol 37 (6).
29. Beer, M. (2003) Why Total Quality Management programs do not persist: the role of management quality and implications for leading a TQM transformation. IN: Decision Sciences. Vol 34 (4).
30. Bell, S.(2010). Project-based learning for the 21st century: skills for the future. IN: The Clearing House Series. Vol 83. pp 39–43
31. Belohlav, J.A., Cook, L.S., Olson, J.R. and Drehmer, D.E. (2010) Core values in hospitals: a comparative study. Quality Management Journal 7, 36-50.
32. Benazić, D. i Ozretić Došen, Đ. (2012) Koncept i mjerenje kvalitete usluge na tržištu poslovnog savjetovanja. U: Tržište. Vol 24 (1).
33. Benazić. A. (2012). Measuring efficiency in the Croatian Customs service: a data envelopment analysis approach. IN: Financial Theory and Practice. Vol 36 (2) Pp 139-178
34. Bengoa, R. et al. (2006). Quality of Care: A Process of Making Strategic Choices in Health Systems. IN: World Health Organization. E-book.
35. Bennigson, L.A. (1996). Our balkanized organizations. IN: Planning Review, Vol. 24 (2) pp 38-41
36. Bernard, L.L. (1926). Collective Responses and Leadership. IN: An Introduction to Social Psychology. New York: Henry Holt and Co. pp. 517-527
37. Birken, S.A., Lee S.Y. & Weiner, B.J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. Implementation Science. Vol 3 (7). Pp 28 -34
38. Bleiklie, I. (2018). New Public Management or Neoliberalism, Higher Education. IN: Teixeira P., Shin J. (eds). Encyclopedia of International Higher Education Systems and Institutions. Springer, Dordrecht.
39. Blendon, R.J. et al. (2004) Confronting competing demands to improve quality: a five-country hospital survey. IN: Health Affairs. Vol 23 (1) pp 119-135
40. Blumenthal, D. (1996). Quality of Care: What is It? The New England Journal of Medicine. No335. pp 891-894
41. Bodnaruk, S., Hrabač, B. i Huseinagić, S. (2011). Komentari zdravstvenih zakona. Knj. 1, Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata. Zakon o apotekarskoj djelatnosti. Sarajevo: Privredna štampa.
42. Bolisani, E. and Bratianu, C. (2018). The elusive definition of knowledge. IN: Emergent knowledge strategies: Strategic thinking in knowledge management. Springer: Chap. 1. pp 1-22
43. Bossink, B. (2002). The development of co-innovation strategies: stages and interaction patterns in interfirm innovation. IN: R&D Management. Vol 32 (4). Pp 311-320
44. Bossnik, B. (2002) The strategic function of quality in the management of innovation. IN: Total Quality Management. Vol 13 (2).
45. Bouckaert, G. (2009) Public Sector Reform in Central and Eastern Europe. IN: Administrative Culture. Vol 10(2) pp 94-104
46. Bouhaidar, M. (2011). The Effects of Quality Management System on HR Recruitment Process. 80 pg.
47. Boulkedid, R. et al. (2011). Using and reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: a Systematic Review. IN: PloS one. Vol 6 (6).
48. Boyne, G. A. (2002). Public and Private Management: What's the Difference? IN: Journal of Management Studies. Vol 39 (1) pp 97-122
49. Bracker, J. (1980). The historical development of the Strategic Management Concept. IN: Academy of Management Review. Vol 5 (2) pp 219-224
50. Bradley, E.H., Taylor, L. A. & Cuellar, C. (2015). Management Matters: A Leverage Point for Health Systems Strengthening in Global Health. IN: Intl Journal of Health Policy Management. Vol 4 (1).
51. Brook, R.H. et al. (1996). Measuring Quality of Care. IN: The New England Journal of Medicine No. 335. pp 966-970

52. Bryant, L. Dobal, M. & Johnson, E. (1990). Strategic planning: collaboration and empowerment. IN: Nursing connections. Vol 3 (2) pp 31-36
53. Burlacu, I. (2007). Welfare state regimes in transition countries: Romania and Moldova compared. IN: CEU Political Science Journal. Vol 2 (3). pp 302-318
54. Burstin, H. (2001) Measure the impact. IN: Health Management Technology. Vol 22 (2).
55. Busse R, Panteli, D. and Quentin, W (2019). An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. IN: Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 53.)
56. Cady, S.H. et al. (2011). Mission, Vision, and Values: What Do They Say? IN: *Management Faculty Publications.* No. 19
57. Calingo, L. (1996). The evolution of strategic quality management. IN: International Journal of Quality & Reliability Management. Vol 13 (9) Pp. 19-37
58. Campbell, A. and Yeung, S. (1991). Brief case: Mission, vision and strategic intent. Long Range Planning, Vol 24(4). Pp 145-147
59. Campbell, T. and Slaughter, S. (1999). Faculty and administrator's attitudes toward potential conflicts of interest, commitment and equity in university-industry relationship. IN: Journal of HE. Vol 70 (3).
60. Capowski, G. (1994). Anatomy of a leader: Where are the leaders of tomorrow? IN: Management Review. Vol 83 (3). Pp 10–14
61. Carayon, P. et al. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. IN: Quality & safety in health care. Vol 15 (4) pp i50–i58.
62. Carney, M. (2006). Positive and negative outcomes from values and beliefs held by health care clinician and non-clinician managers. IN: Journal of Advanced Nursing. Vol 54 (4) pp 1-9
63. Carney, M. (2006). Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery? IN: Journal of Nursing Management. Vol 14. pp 13-33
64. Carney, M. (2007). How commitment and involvement influence the development of strategic consensus in health care organizations: the multidisciplinary approach. IN: Journal of Nursing Management. Vol 15 (22) pp 649-658
65. Cattell, R.B. (1962). The basis of recognition and interpretation of factors. IN: Educational and Psyhological Measurement. Vol 22 (4). pp 667-679
66. Chaudhry, B. et al. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. IN: Annals of Internal Medicine. Vol144 pp 742-752.
67. Chen, L. et al. (2004) Human resources for health: overcoming the crisis. IN: Lancet. No. 364. pp 1984-1990
68. Chorn, N.H. (1991). Total Quality Management: panacea or pitfall. IN: International Journal of Physical Distribution & Logistics Management. Vol 21 (8).
69. Clancy, C.M & Cronin, K. (2005). Evidence-Based Decision Making: Global Evidence, Local Decisions. IN: Health Affairs. Vol 24 (1).
70. Cohen, W.M. and Levinthal, D.A. (1990). Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation. IN: Adminstrative Science Quarterly. Vol 35 (1) pp128-152.
71. Crow, S. and Hartman, S. (2006) The educational need of healthcare managers and executives in the key strategic areas of healthcare. IN: Hospital topics: research and perspectives on HC. Vol 80 (3).
72. Cullen, W., West, D and Grant, S. (2018). Evaluating quality in clinical care IN: Professional Development. Vol 36 (9). pp 497-503
73. Curran, C.R and Totten M.K. (2010). Enhancing board effectiveness. IN: Nursing Economic. Vol 28(6) pp 420-426
74. Currie, G. (1999). The influence of middle managers in the business planning process: A case study in the UK NHS. IN: British Journal of Management. Vol 10 pp 141-155.
75. Davies, Brent (2003). Rethinking strategy and strategic leadership in schools. IN: Educational Management & Administration. Vol 31 (3). pp 295-312
76. Deoni, Sean & et al. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Early Child Cognitive Development: Initial Findings in a Longitudinal Observational Study of Child Health. IN: MEDrxIV.Yale. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.10.21261846v1.full-text (December 2021)
77. DesHarnais, S. and McLaughlin, C. (2006). The Outcome Model of Quality. IN: Continuous Quality improvement in Health Care. 3rd ed. Sudburry, MA: Jones & Bartlett. Pp 67-94
78. Dhani, P. & Sharma, T. (2016). Emotional intelligence: history, models and measures. IN: International Journal of Science Technology & Management. Vol 5. pp 189-201

79. Dick, W. and Johnson, F.C. (1993). Preface to the special issue on quality systems in performance improvement.IN: Performance Improvement Quaterly. Vol 6(1) pp 3-6.
80. Dierickx, I. and Cool, K. (1989). Asset stock accumulation and sustainability of competitive advantage. IN: Management Science. Vol 35. pp 1504-1514
81. Doh, J. P. (2003). Can Leadership Be Taught? Perspectives from Management Educators. IN: Academy of Management Learning & Education. Vol 2(1) pp 54–67
82. Dollery, B., Grant, B. & Crase, L. (2011). Love thy Neighbour: A social Capital Approach to Local Government Partnerships. IN: Australian Journal of Public Administration. Vol 70(2). Pp 156- 166
83. Domínguez-Mayo, F.J. et al. (2012). A quality management based on the Quality Model life cycle. IN: Computer Standards & Interfaces. Vol 34 (4) Pp. 396-412
84. Donabedian, A. (1980) The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring, Vol 1. Health Administration Press, Ann Arbor.
85. Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: how can it be assessed? IN: JAMA. Vol 260 (12)
86. Drehmer, D.E., Belohlav, J.A. and Coye, R.W. (2000). An exploration of employee participation using a scaling approach. IN: Group and Organization Management. Vol 25. pp 397-418
87. Durand, A.M. (2009). Quality Improvement and the hierarchy of needs in low resource settings: perspectives of a district health officer. IN: Intl Journal for Quality in Health Care. Vol 22. pp 70-72.
88. Dye, J.W. (1969). Plato and Protagoras: Two Ideals of Culture. IN: Akten des XIV. IM: Der Internationalen Kongresses für Philosophie. Vol 5(2) pp 485-489
89. Eastman, J.T. (2009). The making of a Pandemic: bubonic plaque in the 14th century. IN: Journal of Lancaster General Hospital. Vol 4 (1).
90. Ehsan, M. (2004). Quality in Higher Education: Theoretical review. IN: Asian Affairs.Vol 26 (3). pp 61-72
91. El Ayadi, R., et al. (2007). Comparaison entre la norme iso 9001 v 2000 et l'ISM code. Ou: 7ème éd. du congrès international pluridisciplinaire Qualita, Maroc: Tanger.
92. El Haj, H., Lamrini, M. and Rais, N. (2012). Quality of care between Donabedian model and ISO 9001:2008. IN: International Journal for Quality Research. Vol. 7(1) pp. 17–30
93. El-Jardali, F. et al. (2014). The imapct of accreditation of primay healthcare centres: success, chellenges and policy implication as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. IN: BMC Health Services Research. Vol 14 (1).
94. Ellen, M.E. et al. (2018). How is the use of research evidence in health policy perceived? A comparison between the reporting of researchers and policy-makers. IN: Health Research Policy and systems. Vol 16 (1) pp 1-13
95. Engel G.L. (1977). The care of the patient: Art or science? IN: Johns Hopkins Medical J 140(5). Pp 222-32
96. Evans, D.B. et al. (2001). Measuring quality: from the system to the provider. IN: International Journal for Quality in Healthcare. Vol 13. pp 439-446
97. Evans, M. (2009). Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. IN: Journal of Service Management. Vol 20 (1).
98. Fedyaeva, E. V. (2018). Quantity VS Quality: Logical-Philosophical and Cognitive Bases of Interaction. IN: SHS Web of Conferences. Novosibirsk, Russia.
99. Fentahun N, Molla A. (2012). Determinants of and opportunities for continuing education among health care professionals in public health care institutions. IN: Advance Medical Education Practice. Vol 18 (3). Pp 89-96
100. Ferreira, J.J., Raposo, M. & Mainardes, E. (2014). Strategy and Strategic Management Concepts: Are They Recognised by Management Students? IN: Ekonomie a Management. Vol 17 (1).
101. Ferrera, M. (1996). The Southern model of welfare in Social Europe. IN: Journal of European Social Policy. Vol 1 (6) pp 17-37
102. Fiedler, F. E., & House, R. J. (1994). Leadership theory and research: A report of progress. In: Key reviews in managerial psychology: Concepts & research for practice (pp. 97–116). John Wiley & Sons. (Reprinted 1988)
103. Fischer, Kurt W. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. IN: Psychological Review. *Vol 87(6).* pp. 477–531
104. Forghani, M., Barkhordar, M. & Abbas, A. (2010). The Effect of Implementing EFQM Model on the Performance. IN: The International Journal of Knowledge, Culture, and Change Management: Annual Review. Vol 10 (3) pp 1-14.
105. Freeman, D. & Siegfried, R. (2015). Entrepreneurial Leadership in the Context of Company Start-Up and Growth. IN: Journal of Leadership Studies. Vol 8 (4).
106. Friedman, E. and Parker, A. (2021). An early look at the impact of covid-19 pandemic on demographic trends. IN: RAND Co. https://www.rand.org/ (accessed December 2021)
107. Friedman, M. and Keynes, J.M. (1997). FRB Richmond Economic Quarterly. Vol 83 (2) pp 1-23

108. Friesner, Tim (2011). The history of SWOT analysis. (accessed in October 2015) https://www.researchgate.net/publication/288958760_History_of_swot_analysis
109. Furrer, O., Thomas, H. and Goussevskaia, A. (2008). The structure and evolution of the strategic management field. IN: International Journal of Mangement Reviews. Vol 10(1).
110. Garland, D. (2015). The Welfare State: A fundamental dimension of government. IN: Cambridge University Press. Vol 55 (3). pp 327 - 364
111. Garman, A. (2011). Leading for Quality in Healthcare: Development and Validation of a Competency Model. IN: Journal of Healthcare Management. Vol 56 (6). pp378-391
112. Geert, B. (2009). Public sector reform in Central ad Eastern Europe. IN: Halduscultuur. Vol 10. pp 94-104
113. Gené Badia, J. et al. (2001). The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. IN: Family practice. Vol 18 (4). Pp 407-9
114. Giles, S. (2016). The Most Important Leadership Competencies, According to Leaders Around the World. IN: Harvard Business Review.
115. Goran, P. (2009). Administrative Reforms in Post-Communist Countries: similarities and differences. IN: Politička misao. Vol 46 (5). pp105-120
116. Gorgos, D. (2006). Quality indicators in healthcare. IN: Nursing. Vol 18 (5).
117. Groenewegen, P. et al. (2005). What is important in evaluating health care quality: an international comparison of user views. IN: BMC Health Services Research. Vol 5 (16).
118. Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management. IN: International Public Management Journal. Vol 4 (1) pp 11-17
119. Guerra, B. R. & Marin, Y.A. (2017). Accreditation and certification of hospital quality: different or similar. IN: Revista Ingeniería Biomédica. Vol 11(21). Pp 35-42
120. Guo, K.L. (2007). Roles, skills, and competencies of middle managers in occupational therapy IN: The Health Care Manager. Vol 26 (1).
121. Hackman, J. R., & Wageman, R. (1995). Total quality management: Empirical, conceptual, and practical issues. IN: Administrative Science Quarterly. Vol 40(2). Pp. 309–342
122. Hakala, H. (2011). Strategic orientations in management literature: three approaches. IN: Internationa Journal of Mangement Reviews. Vol 13 (1)
123. Halal, W.E. Brown, B.S. (1981). Participative Management: Myth and Reality. IN: California Management Review. Vol 23 (4).
124. Halvorson, G.C. (2005). Healthcare tipping points. IN: Healthcare Financial Management. Vol 59 (3).
125. Hambrick, D.C. and Cannella, A.A. (1989). Strategy Implementation as Substance and Selling. IN: The Academy of Management Executive (1987-1989). Vol 3 (4) pp 278-285
126. Hammerschmid, G. and Meyer, R.E. (2005). New Public Management in Austria: Local Variation on a Global Theme. IN: Public Administration. Vol 83 (3). pp 709-733
127. Hampshire, Adam & et. al. (2021). Cognitive deficits in people who have recovered from Covid 19. IN: Clinical Medicine. Europe: The Lancet. https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00324-2/fulltext (accessed September 2021)
128. Hartini, A., Francis, A. and Zairi, M. (2007). Business process reengineering: critical success factors in HE. IN: Business Process Management. Vol 13 (3). pp 451-469
129. Harvey, M. (1992). Continouos quality improvement: an analysis of the peradigm in healthcare. IN: Journal for Healthcare Quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality. Vol 14 (5).
130. HBR. (2022). Post-pandemic planning and leadership). HBR: https://www.harvardbusiness.org/post-pandemic-planning-and-leadership/ (accessed January 2022)
131. Hellinger, F.J. (2008). Medicare's quality improvement orgnization program: maximizing potential. IN: Annals of Internal Medicine. Vol 148 (6).
132. Heuvel, J., Does, R. & Koning, H. (2006). Lean Six Sigma in a hospital. IN: International Journal Six Sigma and Competitive Advantage. Vol 2 (2). Pp. 377-388
133. Hill, J.E. et al. (2020) The effectiveness of continuous quality improvement for developing professional practice and improving health care outcomes: a systematic review. IN: Implementation Science. Vol 15(23) https://doi.org/10.1186/s13012-020-0975-2
134. Hitt, M.A., Arrwgle, J. and Holmes R.M. (2021). Strategic Management Theory in a post-pandemic and NON-Ergodic World. IN: Journal of Management studies. Vol 58 (1). Pp 259-264
135. Horner, Melissa (1997). Leadership Theory. Past, Present and Future. IN: Team Performance Management. Vol 3 (1). Pp 270-287

136. Horwath, R. (2006). Strategic Leadership: a process for maximizing leadership potential. IN: Strategic Thinking Institute. E-edition. https://www.strategyskills.com/Articles/Documents/strat_leadership.pdf (access November 2020). pp 1-7
137. House, R. J., & Aditya, R. N. (1997). The Social Scientific Study of Leadership: Quo Vadis? IN: Journal of Management. Sage. Vol 23. pp 409-473
138. Hovlid, E. et al. (2012). Sustainability of healthcare improvement: what can we learn from learning theory? IN: BMC Health Services Research. Vol 12 (235). Pp 1-15
139. Hrabač, B. Šunje, A. & Bodnaruk, S. (2011). Reforma socijalnog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine za vrijeme tranzicije. U: South Eastern Europe Health Sciences J. (SEEHSJ). Vol 1(1) Pp 7-17
140. Humphreys, H. and Cunney, R. (2008). Performance indikators and the public reporting of healthcare. IN: Clinical Management. Vol 14 (10).
141. Ibn El Haj, H., Lamrini, M. and Rais, N. (2013). Quality of care between Donabedian model and ISO 9001v2008.IN: International Journal of Quality Research. Vol7 (1).
142. Ictenbas, B. & Eryilmaz, H. (2011). Linking Employers' Expectations with Teaching Methods: Quality Function Deployment Approach. IN: Procedia - Social &Behavioral Sciences. Vol 28 (1). Pp 568-572
143. Ictenbas, B.D. and Eryilmaz, H. (2011) Quality function deployment as a strategic planning tool. IN: International Journal of Social Sciences and Humanity studies. Vol 3 (2).
144. Iordanoglou, D. (2018). Future Trends in Leadership Development Practices and the Crucial Leadership Skills. IN: Journal of Leadership, Accountability and Ethics. Vol 15 (2).
145. Ireland, D. and Hitt, M. (2005). Achieving and maintaining strategic competitiveness in the 21st century: the role of strategic leadership. IN: Academy of Management Executive. Vol19 (4).
146. Irurita, V. (1999). Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. IN: International Journal of Nursing Practice. Vol 5 (2). pp 86-94
147. Jasiulewicz-Kaczmarek, M. (2017). Sustainable Development and new Revision of ISO Management Standards. IN: DEStech Transactions on Social Science, Education and Human Science. DOI:10.12783/dtssehs/icss2016/9113
148. Kaplan, R. and Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard: measures that drive performance. IN: Harvard Business Review. Vol 70 (1). Pp 71-79
149. Kaplan, R.& Lamotte, G. (2001). The balanced scorecard and quality programs. IN: Balanced Scorecard Report. Vol 3(2) pp. 913
150. Katikireddi, S.V. and Cloud, G.C. (2008). Planning a patient's discharge from hospital. IN: British Medical Journal (BMJ). No. 337
151. Katz, R.L. (1974). Skills of an effective administrator. IN: Harvard Business Review. Vol 52 (5). pp 90-102
152. Kennedy, D.M., Caselli, R.J. and Berry, L.L. (2011). A roadmap for improving Healthcare Service Quality. IN: Journal of Healthcare Management. Vol 56 (6).
153. Kennedy, M.T. & Fiss, P.C. (2009). Institutionalization, Framing, and Diffusion: The Logic of TQM Adoption & Implementation Decisions Among U.S. Hospitals. IN: Academy of Management J. Vol 52 (2). pp 897-918
154. Kettunen, J. (2012). Integration of strategic management and quality assurance. IN: ELSEVIER - Social and Behavioural Sciences. Vol 58 pp 1-10
155. Khan, Z., Nawaz, A. and Khan, I. (2016). Leadership theories and styles: a literature review. IN: Journal of Resources and Management. Vol16 (1). pp1-9
156. Khatri, N., et al. (2007). Relationship between management philosophy and clinical outcomes. IN: Health Care Management Review. Vol32 (2) pp 128-139
157. Kolb, J.A. (1992). Toward a Theory of Organizational Creativity. IN: Journal of Creative Behavior. Vol 26 (1). pp 1-9
158. Kong, E. (2007) The strategic importance of intellectual capital in the non-profit sector. IN: Journal of Intellectual Capital. Vol 8 (4).
159. Kotter, J. P. (2001). What Leaders Really Do. IN: Harvard Business Review. Vol 79. pp 85-98
160. Kotter, J.P. (2001). What leaders really do? IN: Harvard Business Review. Vol 79 (11) pp 85-96
161. Kotterman, J. (2006). Leadership vs Management: What's the difference? IN: Journal for Quality & Participation. Vol 29(2). Pp 13-17
162. Krawczyk-Soltys, A. (2017). From Healthcare Manager's Competencies to Healthcare Organization's Competencies: IN: Journal of Management. Vol 2 (31). Pp 12-15
163. Kwok, A.C. (2014). The Evolution of Management Theories. IN: Nang Yan Business J. Vol 3 (1). Pp 28-38
164. Larson, J.S. and Muller, A. (2002). Managing the quality of health care IN: Journal of Health and Human Services Administration. Vol 25 (3) pp 259-268
165. Le Duff, F. et al. (2005). Monitoring incident report in the healthcare process to improve quality in hospitals. IN: International Journal of Medical Informatics. Vol 74 (12). pp 111-117

166. Lee, T.H. (2010). Response to turning doctors into leaders. IN: Harvard Business Review. p.17-19 https://hbsp.harvard.edu/product/R1004B-PDF-ENG
167. Lee, Y.H., Lee, S. H.B., & Chung, J.Y. (2019). Research on how emotional expressions of emotional labor workers and perception of customer feedbacks affect turnover intentions: Emphasis on moderating effects of emotional intelligence. IN: Frontiers in Psychology. Vol 9 (1) a. 2526
168. Lega F., Ferrè F, and Cuccurullo C. (2012). The challenge and the future of health care turnaround plans: evidence from the Italian experience. IN: Health Policy. Vol 106 (1). Pp 3-9
169. Lega, F. (2012). Beyon Rhetoric: inquiry on the essence of strategic management in public healthcare organizations. IN: The International Journal of Clinical Leadership. Vol 17 (1).
170. Lega, F., Prenestini, A. and Spurgeon, P. (2013). Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies. IN: Value in health. Vol 16 (1). Pp 46-51
171. Lin, H.E. and McDonough, E.F. (2011) Investigating the role of leadership and organizational culture in fostering innovation ambidexterity. IN: IEEE Transactions Engineering Management Vol. 58. pp 497-509
172. Linnander, E. et al. (2017). Professionalizing Healthcare Management. IN: International Journal of Health policy and Management. Vol 6 (10). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5627783/pdf/ijhpm-6-555.pdf (October 2019)
173. Lok, P., Rhodes, J. and Westwood, B. (2011). The mediating role of organizational subcultures in health care organizations. IN: Journal of Health Organization and Management. Vol 25. pp 506-525
174. Lomas, L. (2002). Does the Development of Mass Education Necessarily Mean the End of Quality. IN: Quality in Higher Education. Vol 8 (1).
175. Lupan, R. et al. (2005). A relationship between Six Sigma and ISO 9000:2000. IN: Quality Engineering. Vol 17(4). Pp 719-725
176. Mainardes, E., Ferreira, J. & Raposo, M. (2014). Strategy and strategic management concepts: are the recognised by management students? IN: Business administration and management. Vol 17 (1). Pp 43-61 DOI:10.15240/tul/004/2014-1-004
177. Mandru, Lidia et al. (2011). Paradigms of Total Quality Management. IN: International ISI Conference MEQAPS. Transilvania, Romania.
178. Maracha, V. & Matyukhin, A. (2001). Юридическое мышление: право в методологической перспективе. IN: Розин В.М. Юридическое мышление (формирование, социокультурный контекст, перспективы развития). – Алматы: ВШП Адилет. Pp 260-291
179. Markowitz, H. (1952). Portfolio selection. IN: The Journal of Finance. Vol 7 (1). pp 77-91
180. Martin, R.L. (2010). The execution trap: drawing a line between strategy and execution almost guarantees failure. IN: Harvard Business Review. Boston. Vol 88 (7-8). https://doi.org/info:doi/
181. Mašić, I. (2018). One hundred fifty years of organized health care services in Bosnia and Herzegovina IN: Medical Archive. Vol 72 (5). Pp 374-376
182. Matejka, K., Kurke, L.B. and Gregory, B. (1993). Mission Impossible? Designing a Great Mission Statement to Ignite Your Plans. IN: Management Decision. Vol 31 (4).
183. McBain, L and Smith, J. (2012) Strategic management in the public sector. E-Leader International Conference Paper. Singapore
184. McCartney et.al. (2019). Impact of Political Economy on Population Health: a systematic Review of Reviews. IN: American Journal of Public Health.Vol 109 (6). pp 1-12
185. McLaren, A. (1984). Applying Quality circles in healthcare. IN: Food Management. Vol 19 (1).
186. Meier, K. et al. (2007). Strategic Management and the Performance of Public organizations: Testing Venerable Ideas Against Recent Theories. IN: J of Public Administration Research and Theory. Vol 17 (3). Pp 357-377
187. Meissner, Burkhard (2010). Strategy, Strategic Leadership and Strategic Control in Ancient Greece. IN: Journal of Military and Strategic Studies. Vol 13 (1). Pp 4-27
188. Mele, D. And Guillen, M. (2006). The intelectuall evolution of strategic management and its relationship with ethics and social responsibility. IN: IESBE Business School. https://media.iese.edu/research/pdfs/DI-0658-E.pdf
189. Meurer, S.J. et al. (2002) Development of Heathcare Quality Improvement Measuremen Tool: results of a content validity study. IN: Hospital Topics. Vol 80 (2).
190. Meyer, R.E. & Hammerschmid, G. (2006). Public Management Reform: An Identity Project. IN: Public Policy and Administration. Vol 21 (1). pp 99-115
191. Miles, A. & Loughlin, M. (2011). Models in the balance: evidence-based medicine versus evidence-informed individualized care. IN: Journal of evaluation in clinical practice. Vol 17(4). Pp 531-536
192. Mizikaci, F. (2006). A systems approach to program evaluation model for quality in HE. IN: Quality Assurance in Education. Vol 14 (1) p 44

193. Mlambo, M., Silén, C. & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. IN: BMC Nursing. Vol 20 (62).
194. Moen, R., & Norman, C. (2009). The History of the PDCA Cycle. IN: Proceedings of the 7th. ANQ Congress Tokyo.
195. Morgan, M.W. (2004). In pursuit of a safe Canadian healthcare system. IN: Healthcare Papers. Vol 5 (2). pp 10-26
196. Nabitz, U., Klazinga, N. & Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. IN: International Journal for Quality in HC Number. Vol 12 (3).
197. Narikae, P.O. and Lewa, P.M. (2017). The origins and development of Strategic management. IN: European Journal of Business and Strategic Management, IPRJB. Vol2 (1). pp 1-19
198. Nenadál, J., Vykydal, D. & Waloszek, D. (2018). Organizational Excellence: Approaches, Models and Their Use at Czech Organizations. IN: Quality Innovation Prosperity. Vol 22 (2). p.47
199. Nenadál, Jaroslav. (2020). The New EFQM Model: What is Really New and Could Be Considered as a Suitable Tool with Respect to Quality 4.0 Concept? IN: Quality Innovation Prosperity. Vol 24(1) p 17
200. Nicholas, J. (2016). Hoshin kanri and critical success factors in quality management and lean production. IN: Total Quality Management & Business Excellence. Vol 27 (3-4). Pp 250-264
201. Nichols, D. and Zallar, M.J. (1997). Care coordination: a new role in customer - focused healthcare. IN: Nursing Case Management: managing the process of patient care. Vol 2 (6).
202. Nickols, F. (2016) Strategy Definitions & Meanings. pp1-14
203. Nicol, D. & Macfarlane, D. (2006). Formative Assessment and Self-Regulated Learning: A Model and Seven Principles of Good Feedback Practice. IN: Studies in Higher Education. Vol 31 (2). Pp 199-218.
204. Nikoloski, Z. and Mossialos, E. (2013). Corruption, inequality and population perception of healthcare quality in Europe. IN: BMC Health Services Research. Vol 13 (1).
205. Nouri, M. (2013). A comprehensive Total Quality Management Strategy and Organization. IN: International Journal of Engineering Research and Development. Vol7 (1).
206. Nwabueze, U. (1995). An analysis of the feasibility of developing a generic model for the implementation of total quality management within the NHS. Accessed October 2014. https://core.ac.uk/download/pdf/154424215.pdf
207. Okumus, F. and Roper, A. (1999). A Review of Disparate Approaches to Strategy Implementation in Hospitality Firms. IN: Journal of Hospitality and Tourism Research. Vol 23 (1). pp 21-39
208. Olson, J.R., Belohlav, J.A. and Hays, J.M. (2008). Examining quality improvement programs: The case of Minnesota hospitals. IN: Health Services Research. Vol43 (5). pp 1781-1786
209. Osseo-Asare, A.E. & Longbottom, D. (2002). The need for education and training in the use of the EFQM model for quality management in UK HEIs. IN: Quality Assurance in Education. Vol 10 (1). Pp 26-36
210. Ovretveit, J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. IN: International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol 17(1) pp 368-376.
211. Ovretveit, J. and Al Serouri, A. (2006). Hospital quality management system in a low income Arabic country: an evaluation. IN: Intl Jorunal of Health Care Quality Assurance. Vol 19 (5). pp 516-532
212. Painter, M. & Mok, K.H. (2008). Reasserting the public in public service delivery: The de-privatization and de-marketization of education in China. IN: Policy and Society. Vol 27(2) pp 137-150
213. Parri, J. (2006). Quality in Higher Education. IN: Management. Vol 2(11).
214. Poister, T.H. & Streib, G.D. (1999). Strategic management in the public sector: Concepts, models, and processes. IN: Public Productivity & Management Review. Vol 22 (3). pp 308-325
215. Poister, T.H. et al. (2010). Strategic Management Research in the Public Sector: A Review, Synthesis, and Future Directions. IN: The American Review of Public Administration. Vol 40 (5).
216. Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative data. IN: British Medicine Journal (BMJ). No. 320
217. Porter, M.E. and Lee, T.H. (2013). The Strategy that will fix Healthcare. IN: HBR. Vol 91 (10).
218. Porter, M.E. (1996). What is strategy? IN: Harvard Business Review. Vol 74 (6) pp. 61–78.
219. Pryor, G., Toombs, M. and Anderson, D. (2010). What management and quality theories are best for small business. IN: Journal of Management and Marketing Research. Vol 3 (1).
220. Pyhrr, P. (1970). Zero-based budgeting. IN: Harvard Business Review. USA: Vol 48 (6). Pp 111–121
221. Rahman, M.A. (2012). A Comprehensive Model of 21st Century Leadership. IN: Bangladesh Journal of MIS. pp 101-118
222. Ram, H.S.G. (2012). Integration of quality management and stategic management towards customers: a strategic approach. IN: Global Advanced Research Journal of Management& Business st. Vol 1 (4).

223. Rashmi C. et al. (2017). Leadership in Healthcare Management. IN: Journal of Social Science studies. Vol 5 (1). Pp 1-17
224. Rehme, G. (2008). Roemer, J. E.: Democracy, Education, and Equality. IN: Journal of Economics. Vol 93 (1). pp 95-104
225. Reyes-Alcazar, V., Romero-Tabares, A. and Torres-Olivera, A. (2011). Measuring Knowledge. Proceedings of the International Conference on Intellectual Capital, Knowledge Management & Organizational Learning.
226. Roohi, G. et al. (2020). Knowledge implementation in health care management: a qualitative study. IN: BMC Health Service Research. Vol 20 (188). Pp 1-10
227. Rosenzweig, Ph. (2013) What makes strategic decisions different? IN: Harvard Business Review Vol. 91 (11). pp 88-99
228. Sachs, J. (2014). Sustainable development goals for New Era. IN: Horizons. https://www.earth.columbia.edu/
229. Salter, B. (2007). Governing UK medical performance: A struggle for policy dominance. IN: Health Policy. Vol 82 (3). pp 263-275
230. Saturno, P.J. eds (1999). Quality in health care: models, labels and terminology. IN: International Journal for Quality in Health Care. Vol 11(5). Pp 373–374
231. Scanlon, DP. et al. (2012).Evaluating a community - based program to improve healthcare quality. IN: The American Journal Managed Care. Vol18 (6).
232. Schmitt, M.H. (2010). High performance healthcare: using the power of relationship to achieve quality, efficacy and resillience. IN: Journal of Interprofessional Care. Vol. 24 (3).
233. Schultz, F.C. and Pal, S. (2004). Who should lead a healthcare organization: MDs or MBAs? IN: Journal of Healthcare Management. No. Mar-Apr. pp103-117
234. Seok H.J. et al. (2007). The effect of nurses' use of the principles of learning organization on organizational effectiveness. IN: Journal of Advanced Nursing. Vol 58 (1) pp 53-62
235. Shershneva, M. (2007). Healthcare quality improvement: a time to learn and act. IN: Journal of Continuing Education in the Health Professions. Vol 27 (2).
236. Shojania, K.G. and Grimshaw, J.M. (2005) Evidence-based quality improvement: The state of the science. IN: Health Affairs. Vol 24 (1). pp138-150
237. Shortell, S.M. et al. (1995). Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation. IN: Health Service Research Vol 30 (2) pp 377-401
238. Sloves, H. (1999). The Ever-changing world of behavioral healthcare accreditation. IN: Behavioral Health Management.Vol 19 (4).
239. Smith, J.L. (2014). The quality improvement gap. IN: Quality. Vol 53 (2). pp10-11
240. Srikanthan, G. & Dalrymple, J.F. (2002) Developing a Holistic Model for Quality in Higher Education. IN: Quality in Higher Education. Vol 8 (3). Pp 215-224
241. Stefl, M.E. Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model IN: Journal of Healthcare Management. Nov-Dec 2008; pp360-373
242. Stock, G.N., McFaddem, K.L. and Gowen, C.R.I. (2007) Organizational culture, critical success factors, and the reduction of hospital errors. IN: Intl Journal of Production Econ. Vol 106. pp 368-392
243. Stogdill, R. (1948). Personal factors associated with leadership, a survey of the literature. Personal factors associated with leadership. IN: Journal of Psychology. Vol 25 (1). pp 35-71
244. Summers, D. (2010). Quality Management: Creating and Sustaining organizational effectiveness. p 60 IN: Lazibat, Tonći. Upravljanje kvalitetom. Zagreb: Znanstvena knjiga, 2009. str. 103
245. Suzuki, G. (1967). Quantitative Methods for Management. USA: US Department of Commerce. 25 pg.
246. Šanjek, M. (2019). Strategijski trokut u funkciji analize i planiranja. Zagreb: Ekonomski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
247. Taner, M.T. and Sezen, B. (2009). An application of six sigma methodology to turnover intentions in health care. IN: International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol 22 (2). pp 252-265
248. Tanveer, M.A. (2016). Saussurian Structuralism in Linguistics. IN: Journal of Literature, languages and Liguistics. Vol 20 (1). pp 26-31
249. Taubenberger, J.K. (2006). 1918 Influenca: the mother of all pandemics. IN: Emerging Infectious Diseasses. Vol 12 (1). Pp. 15-31
250. Tennant, C. & Roberts, P (2003). Managing Knowledge through *Hoshin Kanri*. IN: Industry and Higher Education. Vol 17 (1). Pp 59-66
251. Tennant, C. And Roberts, P. (2000). Hoshin Kanri: A Technique for Strategic Quality Management. IN: Quality assurance (San Diego, Calif.). Vol 8 (2). pp 8. 77-90

252. Torraco, R.J. (2016). Early History of the Fields of Practice of Training and Development and Organization Development. IN: Advances in Developing Human Resources. Vol18 (4). pp 1-14
253. Tošić, B. & Ruso, J. Filipović, J (2018). Quality Management in Health Care: concepts, principles and standards. IN: 3rd International Conference on Quality. University of Kragujevac, Serbia.
254. Tyagi, R.K. et al. (2013). Healthcare technologies, quality improvement programs and hospital organizational culture in Canadian hospitals. IN: BMC health services research.Vol 13 (1). Pp 400- 413
255. Upperman, J.S. et al. (2005). The impact of hospital wide computerized physician order entry on medical errors in a pediatric hospital. IN:Journal of Pediatric Surgery. Vol. 40. pp 57-59
256. Vaara, E, and Juha-Antti, L. (2016). Taking historical embeddedness seriosly: three historical approaches to advance strategy process, practice research. IN: Academy of Management Review. AoM, pp 633-657
257. Van Bommel, T. 2021. The power of empathy in times of crisis and beyond. www.catalyst.org (Dec 19, 2021)
258. Van der Bij, J. D. & Broekhuis, H. (1998). The design of quality systems: A contingency approach. IN: International Journal of Production Economics. Elsevier. Vol55(3). Pp 309-319
259. Van der Bijn, J.D. and Broekhuis, H. (2000). Tailor-made quality systems in healthcare. IN: Journal of Evaluation in Clinical Practice. Vol 6 (1). pp 31-39
260. Vargova, M. (2007). Dialogue, pluralism, and change: The intertextual constitution of Bakhtin, Kristeva, and Derrida. IN: Res Publica. Vol 13(4). pp 415-440
261. Varma, L. (2007) Japan-India: Moving Towards a Global and Strategic Partnership. IN Dialogue. Vol 8 (3). Pp 79–89
262. Voelker K.E, Rakich J.S, French G.R. (2001). The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. IN: Hospital Topics. Vol 79 (3) pp 13-24
263. Veljković, S., & Kaličanin, Đ. (2016). Improving business performance through brand management practice. Economic Annals. Vol. 61(208) pp 137-168. https://doi.org/10.2298/EKA1608137V
264. Vroom, V.H. and Yetton, P.W. (1973) Leadership and Decision Making. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, PA. https://doi.org/10.2307/j.ctt6wrc8r accessed in November 2020.
265. Wajdi, B. N. (2017). The Differences Between Management and Leadership. IN: Sinergi- Jurnal Ilmiah Ilmu Manajemen. Vol 7(1).
266. Warrick, D.D. (1981). Leadership styles and their consequences. IN: Journal of Experiential Learning and Simulation. Vol 3(4). pp 155-172
267. Weale, M. (2007). Following the Atkinson Review: the quality of public sector output. IN: Economic and Labour Market Review. Vol 1 (7). Pp 22-26
268. Weiner, B.J. et al. (2006). Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators. IN: Health Services Research. Vol 41 (2) pp. 307-334
269. Weingart S.N. (1993). Acquiring advanced technology. Decision-making strategies at twelve medical centers. IN: International Journal of Technology Assessment in Health Care. Vol 9 (4). Pp 530-538
270. White, K., Lemak, C. and Griffith, J. (2011). Improving Healthcare Management Education Using Principles from Baldrige and Evidence-Based Management. IN: Journal of Health Administration Education. Vol 28 (3). pp 187-207
271. Wicks A.M, St Clair L. (2007). Competing values in healthcare: balancing the (un)balanced scorecard. IN: Journal of Healthcare Management. Vol 52 (5) pp. 309-323
272. Wooden, M., Robertson, F. & Dawkins, P. (1994). Part-time Employment and Participation in Higher Education. IN: Australian Journal of Education. Vol 38 (3).
273. Wu I.L. and Kuo, Y.Z. (2012). A Balanced Scorecard Approach in Assessing IT Value in Healthcare Sector: An Empirical Examination. IN: Journal of Medical Systems. Vol 36 (6) pp 3583–96
274. Xiaomei, Y. (1997). Plato's theory of knowledge and belief. IN: Southwest philosophy review. https://www.researchgate.net/publication/236885600_Plato's_theory_of_knowledge_and_belief (accessed March 2017.)
275. Xiaomeng, Z. and Bartol, K.M. (2010). Linking empowering leadership and employee creativity: the influence of psychological empowerment, intrinsic motivation and creative process engagement. IN: The Academy of Management Journal. Vol 53 (1) pp 107–28
276. Yousefinezhadi, T., et al. (2015). The Effect of ISO 9001 and the EFQM Model on Improving Hospital Performance: A Systematic Review. IN: Iranian Red Crescent medical journal. Vol 17(12) pp. 1-5
277. Yukl, G. (1989). Managerial leadership: A review of theory and research. IN: Journal of Management. Vol 15(2). Pp 251–289
278. Zenger, J. and Folkman, J. (2014). Why Middle Managers Are So Unhappy. HBR: [online]
279. Zuperkiene, E. and Zakarevičius, P. (2008). Improving the Development of Managers' Personal and Professional Skills. IN: Engineering economics. Vol 5. (60) pp 1-18

ZAKONI I WEB STRANICE

1. AKAZ. Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH. Dostupno na: www.akaz.ba
2. ASAKRS. Agencija za sertifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta u zdravstvu Republike Srpske. Dostupno na: www.aaqi.rs.ba
3. ASQ (2015). What is Organizational Excellence. American Society for Quality https://asq.org/quality-resources/organizational-excellence (accessed February 2020).
4. BANKRATE (2022). Job Seeker Survey u February 2022. https://www.bankrate.com/personal-finance/job-seekers-survey-march-2022/ (accessed April 2022)
5. BHAS (2021). Bosna i Hercegovina u brojevima 2020- Statistika nacionalnih zdravstvenih računa – priopćenje. https://bhas.gov.ba/
6. BHAS (2021). Bosna i Hercegovina u brojevima 2020. Agencija za statistiku BiH. https://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2021/NUM_00_2020_TB_1_BS.pdf (pristup oktobar 2021)
7. BNQ (2008). Baldrige National Quality Program Gaithersburg: National Institute of Standards and Technology. https://www.nist.gov/baldrige/leadership-lessons-2008-malcolm-baldrige-award-winner
8. BNQ (2010). Baldridge National Quality Program. Gaithersburg: National Institute of Standards and Technology.
9. CGD. Lewis, M. (2006). Washington, D.C.: Center for Global Development. https://www.cgdev.org/publication/governance-and-corruption-public-health-care-systems-working-paper-78 (access 2021)
10. EFQM (2012). EFQM Excellence Model. European Foundation for Quality Management. Brussels: EFQM Representative Office. https://efqm.org/ (accessed October 2020)
11. EU (2006). The European Union's CARDS programme for Bosnia and Herzegovina. Funkcionalni pregled sektora zdravstva u BiH https://parco.gov.ba/wp-content/uploads/2016/09/funkcionalni-pregled-sektora-zdravstva-u-bih-zavrsni-izvjestaj.pdf (accessed February 2021)
12. EU (2006). The European Union's CARDS programme for Bosnia and Herzegovina. Strengthening of the institutional capacity of the Agency for healthcare quality and accreditation (AKAZ of FBiH and Agency for Accreditation and Health Care Quality improvement (AAQI) of RS. https://europa.ba/?page_id=558
13. EU (2013). The European Union's IPA programme for Bosnia and Herzegovina. Public Health Reform II. 2011-2013. https://worldwidescience.org/topicpages/s/sediment+quality+criteria.html
14. EUBiH (2013) Delegation of the European Union to Bosnia and Herzegovina. Health Sector https://europa.ba/?page_id=652 (pristup oktobar 2013)
15. FMZ (2008). Strateški plan razvoja zdravstva u Federaciji Bosne i Hercegovine od 2008. do 2018. www.fmoh.gov.ba/index.php/zakoni-i-strategije/strategije-i-politike/53-strateski-plan-razvoja-zdravstva-u-fbih (pristup 2013)
16. FMZ (2011). Zakon o o sistemu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu u FBiH. Službene novine Federacije BIH (59/05 i 52/11) www.fmoh.gov.ba
17. FMZ (2013). Pravilnik o kontinuiranoj profesionalnoj edukaciji iz zdravstvenog menadžmenta. Sl. list FBiH 82/13 www.fmoh.gov.ba
18. FMZ. Federalno ministarstvo zdravstva FBiH. Dostupno na: www.fmoh.gov.ba
19. FZS (2021). Federacija BiH u brojkama 2020. Federalni zavod za statistiku. (pristup Novembar 2021) https://fzs.ba/index.php/2020/06/15/federacija-bih-u-brojkama-2020/
20. IHF - IHFSIG (2015). Healthcare Management. Leadership Competencies for Healthcare Services. www.ihf-fih.org
21. IHF (2014). Bloom, N., Sadun, R. & Van Reenen J. (2014) Does Management Matter in Healthcare? (access June 2017 https://www.ihf-fih.org/resources/pdf/Does_Management_Matter_in_Healthcare.pdf
22. ISO (2008). Quality Management System ISO 9001:2008. https://www.iso.org/standard/46486.html (accessed October 2015)
23. MCP (2021). Ministarstvo civilnih poslova Bosne i Hercegovine. Dostupno na: www.mcp.gov.ba
24. Merriam-Webster Dictionary (2018) https://www.merriam-webster.com/dictionary/ergodic (accessed October 2018).
25. MZSP RS (2022). Ministarstvo zdravlja i socijalne politike Republike Srpske. Dostupno na: http://www.vladars.net/sr-sp-cyrl/vlada/ministarstva/mzsz/Pages/Default.aspx
26. NHRA (1999). National Health Resource Account. European stability initiative. Health Resource Accounts in BiH http://www.esiweb.org/pdf/bridges/bosnia/ 1999report.pdf (pristup 8.07.2013)
27. PEW (2022). Pew Research Center. Horowitz, Juliana M. https://www.pewresearch.org/fact-tank/2022/03/09/majority-of-workers-who-quit-a-job-in-2021-cite-low-pay-no-opportunities-for-advancement-feeling-disrespected/ (access March 2022)
28. RZS (2020). Statistički godišnjak Republike Srpske. Republički zavod za statistiku RS. https://www.rzs.rs.ba/

29. SKB Mostar (2022). Povijesni razvoj bolnice Mostar. Sveučilišna klinička bolnica Mostar, https://www.skbm.ba/o-nama/povijesni-razvoj-zdravstva-u-hercegovini/ (pristup 20.01.2022.)
30. UNDP (2003). Human Development Report: Millennium Development Goals: A Compact among Nations to End Human Poverty. http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2003 (accessed Nov 2017).
31. UNFPA (2020). Analiza stanja stanovništva u BiH. Populacijski fond Ujedinjenih Nacija. https://ba.unfpa.org/bs/publications/analiza-stanja-stanovni%C5%A1tva-u-bosni-i-hercegovini (pristup decembar 2021)
32. USAID (2006). Franco, L.M. et al. Bethesdsa: Quality Assurance Project – Sustaining the quality of health care. USAID. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACS123.pdf (accessed September 2020)
33. USAID (2021). Country profile Bosnia and Herzegovina. https://www.usaid.gov/bosnia/news-information/fact-sheets/fact-sheet-bosnia-and-herzegovina-country-profile (accessed December 2021)
34. USAID (2021). United Nations World Population Prospects IN: Country profile Bosnia and Herzegovina USAID https://idea.usaid.gov/cd/bosnia%20and%20herzegovina (accessed January 2022)
35. VLADA FBiH (2010). Zakon o zdravstvenoj zaštiti FBiH. Službeni glasnik Federacije Bosne i Hercegovine 46/10
36. VLADA FBIH: (2021) Strategija razvoja Federacije Bosne i Hercegovine 2021-2027 godine. https://parlamentfbih.gov.ba/v2/userfiles/file/Materijali%20u%20proceduri_2021/Strategija%20razvoja%20FBiH%202021-2027_bos.pdf (pristup April 2022)
37. WEF (2019). The Global Competitiveness Report 2019. World Economic Forum. https://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf (accessed October 2021)
38. WEF (2020). Global Competitiveness Report 2020. World Economic Forum https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2020 (accessed March 2022)
39. WHO (2010). Mckee, M. & Healy, J. The role of first-line hospitals: Needs and challenges in a changing environment. https://www.who.int/health-topics/hospitals#tab=tab_1 (accessed November 2021)
40. WHO (2018). Handbook for National Quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (July 2020).
41. WHO (2019). Global Health Expenditures Database. WHO. https://apps.who.int/nha/database (January 2022)
42. WHO (2022). European Health Information Gateway. WHO. https://gateway.euro.who.int/en/ (access 2022)
43. WORLD BANK (2006). World Development Indicators. http://hdl.handle.net/10986/8151 (access Nov 2017)
44. WORLDOMETER. Statistical database of World governments communication channels for Covid-19. https://www.worldometers.info/about (accessed January 2022).

PRILOG A

Cilj ovog istraživanja je prikupiti samoevaluaciju znanja i vještina (kompetencije) unutar šest područja u oblasti upravljanja zdravstvenom ustanovom (proces strateškog menadžmenta) na osnovu stečenih kompetencija kroz odslušane i položene module KPE (SHCE I, II i III), te prikupiti podatke o implementaciji funkcija strateškog menadžmenta kroz zahtjeve norme ISO 9001:2015 za kreiranje novog sveobuhvatnog sinergetsko-holističkog modela upravljanja zdravstvenim ustanovama. Upitnik je koncipiran tako da se može ispuniti za 15-20 minuta i dostavljen putem linka. Istraživački projekat u okviru doktorske disertacije kandidata Vanje Kenjić, Ekonomski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci. Vaši odgovori će biti obrađeni i predstavljeni zbirno, a privatnost vaših ličnih podataka neće doći u pitanje, niti će podaci biti dostupni trećim licima. Obrađeni zbirni podaci biće objavljeni u doktorske disertacije i naučnih radova. Ako imate bilo kakvih pitanja, molim vas da me kontaktirate na: Vanja Kenjic, tel. 061/746 033 (vanja.kenjic@efsa.unsa.ba). Unaprijed zahvalna za Vaše vrijeme i uloženi trud.

Strukturisani anketni upitnici kreirani u skladu sa metodologijom KSA (Knowledge, Skills and Abilities) – uključujući „Ključne kompetencije za stručnjake za javno zdravlje" (2014.)

Vrijednosni rang skale za dio A

1 – Bazična znanja (osnovno znanje)
Imate zajedničko znanje ili razumijevanje osnovnih tehnika i koncepata. Fokus je na učenju.

2 - Početni (ograničeno iskustvo)
Imate nivo iskustva stečenog u učionici. Očekuje se da će vam trebati pomoć pri izvođenju ove vještine. Razumijete i možete razgovarati o terminologiji, konceptima, principima i pitanjima vezanim za ovu kompetenciju. U ovoj kompetenciji koristite cijeli niz referentnih i resursnih materijala.

3 - Srednji (praktična primjena)
U mogućnosti ste uspješno obaviti zadatke u ovoj kompetenciji prema zahtjevu. Može biti potrebna pomoć stručnjaka s vremena na vrijeme, ali obično možete samostalno izvesti vještinu. Fokus je na primjeni i unapređenju znanja ili vještina; Ovu kompetenciju ste povremeno primijenili u situacijama dok vam je potrebno minimalno vodstvo za uspješan rad. Razumijete i možete razgovarati o primjeni i implikacijama promjena procesa, politika i procedura u ovoj oblasti.

4 - Napredni (primijenjena teorija)
Možete izvoditi radnje povezane s ovom vještinom bez pomoći. Prepoznati ste u vašoj Ustanovi kao "osoba koju treba pitati" kada se pojave teška pitanja u vezi sa ovom vještinom. Fokus je na širokim organizacionim/profesionalnim pitanjima; Dosljedno dajete praktične/relevantne ideje i perspektive o poboljšanjima procesa ili prakse koje se mogu lako implementirati; Sposobni ste podučavati druge u primjeni ove kompetencije prevodeći složene nijanse koje se odnose na ovu kompetenciju u lako razumljive termine; Učestvujete u raspravama na višim nivoima u vezi sa ovom kompetencijom; Pomažete u razvoju referentnih i resursnih materijala u ovoj kompetenciji.

5 - Stručnjak (priznati autoritet)
Poznati ste kao stručnjak u ovoj oblasti. Možete dati smjernice, rješavati probleme i odgovarati na pitanja koja se odnose na ovu oblast stručnosti i polje u kojem se vještina koristi. Fokus je strateški; Imate dosljednu izvrsnost u primjeni ove kompetencije u više projekata i/ili ustanova. U mogućnosti ste da objasnite relevantne elemente procesa i pitanja u vezi sa organizacionim pitanjima i trendovima detaljno tokom diskusija i prezentacija, kako biste podstakli bolje razumijevanje među internim i eksternim kolegama i korisnicima.

Vaša Ustanova (zavodi/agencije/centri/fondovi itd.) spada u koji nivo zdravstvene zaštite:

- Primarni nivo zdravstvene zaštite Sekundarni nivo zdravstvene zaštite Tercijarni nivo zdravstvene zaštite

Da li je vaša ustanova/organizacija

- Privatna
- Javna

Veličina ustanove po broju zaposlenih

- 1-20
- 20-50
- 50-100
- 100-500
- 500-1000
- Preko 1000

Tip poslova koji obavljate:

- Nemedicinska podrška (direktori i menadžeri službi podrške)
- Profesionalni (doktori)
- Tehnički (sestre/ med. tehničari)
- Top menadžer/ supervizor (top menadžment)

UPUTSTVO: Molimo pročitajte svaki opis opšteg domena sadržaja, a zatim označite nivo kompetencije koju posjedujete za svako navedeno znanje, vještinu ili sposobnost. Ocijenite sebe na osnovu vašeg trenutnog nivoa kompetencije. U posljednja dva pitanja svakog odjeljka fokusirajte se na to koliko često su vještine u ovoj domeni potrebne za vašu trenutnu poziciju i cjelokupni rad vaše jedinice/tima u posljednja dva pitanja u svakom odjeljku. Ocijenite svaku stavku koristeći skalu kako slijedi:

1. Kontekst ustanove, vizija, misija, vrijednosti,principi, skeniranje i analize okruženja (strateško planiranje).

KSA- Strateško planiranje	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Komunicirate misiju i viziju Ustanove zaposlenima i ostalim IU stranama van ustanove.					
Kreirate vrijednosti i principe ustanove i uspješno ih prenosite na zaposlene i druge grupe.					
Min. jednom u tri godine vršite analizu vanjskog okruženja i ustanove pomoću PESTEL i/ili SWOT analize.					
Na godišnje dane strateškog planiranja pozivate sve menadžere operativnog, taktičkog i strateškog nivoa.					
Zahtjevate sve dostupne analize prilikom planiranja i formulacije strategije (analizu rizika, gap analizu i sl.)					
Prepoznajete i analizirate komparativne prednosti i moguće slabosti Ustanove u odnosu na druge (benchmarking).					
Ohrabrujete participaciju zaposlenika u procesu strateškog planiranja (menadžere/ predstavnike sva tri procesa).					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1
U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

2. Kreiranje i (re)definisanje strategije, ciljeva (strateških i operativnih), resursa (materijalni, infrastrukturni, ljudski), planova aktivnosti sa vremenskom odrednicom.

KSA- Kreiranje i formulacija Strategije	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Osiguravate optimalno učešće dijelova ustanove (interenih) u kreiranju dokumenta strateškog plana.					
Diskutujete moguću reviziju i modifikaciju izjave o misiji, strategija i planova u svjetlu prijetnji/prilika i snaga/slabosti.					
Identifikujete strateške ciljeve u skladu sa dostupnim resursima (ljudskim, materijalnim i infrastrukturnim) uz naglašenu razvojnu komponentu.					
Radite sa liderima procesa na pretvaranju strateških u operativne ciljeve u skladu sa dostupnim kapacitetima unutar pojedinih procesa.					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

3. Implementacija aktivnosti unutar strateškog i operativnih planova (praćenje i prekretnice/ milestones na implementacionim čvorištima).

KSA- Implementacija Strategije	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Pomažete nosiocima operativnih ciljeva u kreiranju planova aktivnosti za predstojeći vremenski period.					
Diskutujete moguću reviziju i modifikaciju aktivnosti i vremenskih odrednica s ciljem usklađivanja sa aktivnostima drugih procesa					
Kreirate i pomežate procese alokacije resursa potrebnih za implementaciju ciljeva za svaki proces.					
Radite sa liderima procesa na pretvaranju operativnih ciljeva u aktivnosti u skladu sa dostupnim kapacitetima unutar pojedinih procesa.					
Radite sa liderima procesa na planiranju i nabavci potrebnih resursa za implementaciju ciljeva.					
Pomažete nosiocima procesa u slučaju problema pri implementaciji plana aktivnosti u njihovim područjima.					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

4. Usmjeravanje aktivnosti monitoringa, mjerenja i evaluacija rada unutar procesnog modela i korištenje rezultata mjerenja (prikupljenih i analiziranih indikatora) izlaznih procesa.

KSA- Monitoring i evaluacija	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Potičete i osiguravate razvoj sistema monitoringa na nivou ustanove, ali i svakog procesa i usluge.					
Periodično pratite implementaciju aktivnosti u skladu sa definisanim vremenskim okvirom (za svaki proces).					
Definišete i pratite indikatore uspjeha u dostizanju operativnih i strateških ciljeva.					
Pomažete liderima procesa provođenje internih audita, kao jedne od mjera monitoringa.					
Upotrebljavate različite tehnika evaluacije kao što su strateška revizija, procjena učinka i benchmarking.					
Osiguravate da rezultati svih analiza i evaluacija u procesu implementacije ciljeva budu korišteni za narednu reviziju strategije, ciljeva i aktivnosti.					
Dijelite rezultate evaluacija sa IU stranama (internim i eksternim) u skladu sa njihovim ulogama.					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

5. Poboljšanja u radu ustanove unutar procesnog modela (sva tri procesa: upravljački, temeljni, podrške).

KSA- Poboljšanja	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Identifikujete i dokumentujete područja poboljšanja unutar sva tri procesa (menadžerski, medicinski i nemedicinski).					
Pratite upotrebu korektivnih radnji unutar svih procesa na ustanovi, kako bi se na vrijeme otkrila područja nekvalitete.					
Osiguravate da su svi zaposleni upoznati sa alatima i metodologijom za istraživanja uzroka smanjenih performansi.					
Pomažete liderima procesa da dalje diseminišu rezultate analiza s ciljem poboljšanja aktivnosti, a u konačnici i procesa.					
Osiguravate da su svi zaposleni upoznati sa alatima i metodologijom za podršku trajnom poboljšanju rada Ustanove.					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

6. Liderska komunikacija, kulturalna osjetljivost i prilagodljivost, autentični angažman, saradnja i jednakost.

6.1. Komunikacija

KSA-komunikacija	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Komunicirate pismeno i usmeno koristeći jednostavan, pristupačan jezik.					
Predstavljate podatke i informacije javnosti i profesionalcima					
Komunicirate ideje sa različitim grupama na odgovarajući i relevantan način.					
Slušate zaposlenike da biste razumjeli, zainteresovano, bez zauzimanja odbrambenog stava.					
Javno prepoznajete doprinose partnera, zajednice i kolega.					
Pomažete kolegama i drugima da shvate elemente, faktore i društvene determinante rada u ustanovi.					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1
U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

6.2. Kulturalna osjetljivost i prilagodljivost

KSA-kulturalna osjetljivost i prilagodljivost	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Izbjegavate pretjeranu generalizaciju i negativne stereotipe.					
Identifikujete koga “se zaobilazi” u razgovorima i odlučivanju.					
Odgovarate na potrebe članova zajednice u odnosu na različitu etničku pripadnost i socioekonomski status.					
Utičete na druge da budu otvoreni za različite ideje i različite poglede na svijet.					
Ističete jedinstvene vještine i interese svakog člana s ciljem isticanja njihovog doprinosa grupi.					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1
U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

6.3. Izvorni pristup (autentični angažman)

KSA-Autentični angažman	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Prepoznajete odnose koji utiču na rad Ustanove - unutrašnje i vanjske strane					
Održavate dobre dugoročne odnose sa IU stranama sa otvorenim procesima za široku uključenost.					
Radite sa članovima ili grupama na razrješavanju problema i određujete prioritete rješavanja.					

Radite istraživanja kroz fokus grupe, formalne sastanke, IU grupe i sl. s ciljem poboljšanja rada Ustanove.					
Učestvujete u događajima, sastancima ili okupljanjima koji su važni partnerima u zajednici.					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1
U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

6.4. Saradnja

KSA-Saradnja	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Efikasno vodite sastanke sa partnerima, uključujući zajednički razvoj dnevnog reda.					
Razumijete lične interese svakog partnera, na individualnom nivou i nivou zajednice.					
Olakšavate komunikaciju između pojedinaca, grupa i organizacija.					
Radite sa članovima zajednice na analizi i primjeni informacija u donošenju odluka.					
Pregovarajte o kompromisima i rješenjima sukoba sa zainteresiranim stranama kada je to prikladno.					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1
U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

6.5. Razvijanje jednakosti

KSA-Jednakost	Osnovni (1)	Početni (2)	Srednji (3)	Napredni (4)	Stručni (5)
Mjerite i procjenjujete efekte politika, programa i usluga na različite IU strane u zajednici.					
Shvatate kada treba napraviti kompromis ili popustiti da biste izgradili zajedničku moć					
Pomažete u povezivanju grupa sa mrežama ljudi, ideja i resursa.					
Potičete razgovor o osjetljivim pitanjima (individualni, institucionalni i sistemski), te moći i privilegija.					
Pomažete zaposlenicima da izgrade svoje liderske uloge i vještine					

Na Vašoj trenutnoj poziciji, ocijenite važnost prethodno navedenih zahtjeva za efikasno obavljanje posla				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1
U Vašoj Ustanovi, u kojoj mjeri su znanja, vještine i sposobnosti u ovoj oblasti potrebni da biste efikasno obavljali svoj posao?				
Veoma važna	Važna	Umjereno važna	Malo važna	Nevažna
5	4	3	2	1

PRILOG B

SUK: 4 Kontekst ustanove	Skala				
Molimo ocijenite nivo razvijenosti elemenata na Vašoj ustanovi:	Nije razvijeno (1)	Slabo razvijeno (2)	Srednje razvijeno (3)	Dosta razvijeno (4)	Razvijeno (5)
Ustanova vrši identifikacija vanjskih prijetnji i prilika.					
Ustanova vrši identifikaciju unutrašnjih slabosti i snaga.					
Ustanova vrši analizu faktora okruženja u kojem posluje (PESTEL):					
Analiza političkog okruženja					
Analiza ekonomskog okruženja					
Analiza društvenog okruženja					
Analiza tehnološkog okruženja					
Analiza ekološkog okruženja					
Analiza pravnog okruženja					
Zaposlenici ustanove učestvuju u organizaciji i analizi okruženja.					
Ustanova definiše direktne i indirektne IU strane.					
Ustanova ima dokumentovan sistem upravljanja kvalitetom (SUK).					
Ustanova posjeduje dokumentovane procese.					
Ustanova dokumentuje odgovornosti i ovlasti na nivou procesa.					
SUK: 5 Vodstvo	Skala				
Molimo ocijenite nivo razvijenosti elemenata na Vašoj ustanovi:	Nije razvijeno (1)	Slabo razvijeno (2)	Srednje razvijeno (3)	Dosta razvijeno (4)	Razvijeno (5)
Ustanova ima dokumentovanu politiku i ciljeve kvalitete					
Ustanova ima definisanu viziju, misiju i vrijednosti					
Top menadžment ustanove obezbjeđuje informacije, znanje i metode za realizaciju vizije i misije.					
Top menadžment ustanove prikuplja sve informacije relevantne za ispunjavanje zahtjeva korisnika.					
Ustanova posjeduje dokumentovanu analizu rizika i prilika					
Ustanova obezbjeđuje da politika kvaliteta ima fokus na medicinske i nemedicinske aktivnosti.					
Politika kvaliteta Ustanove uključuje i fokus na nemedicinske aktivnosti.					
Ustanova ima dokumentovane uloge, odgovornosti i ovlasti svakog zaposlenika u području sistema upravljanja kvalitetom (SUK).					
SUK: 6 Planiranje	Skala				
Molimo ocijenite nivo razvijenosti elemenata na Vašoj ustanovi:	Nije razvijeno (1)	Slabo razvijeno (2)	Srednje razvijeno (3)	Dosta razvijeno (4)	Razvijeno (5)
Ustanova organizuje strateško planiranje jednom godišnje.					

Ustanova ima definisanu metodologiju za identifikaciju rizika i planiranja i za SUK					
Planiranje SUK-a se odnosi isključivo na temeljni proces - medicinske usluge i ishode.					
Ustanova vrši identifikaciju rizika i potrebnih mjera na svim nivoima (upravljačkim, temeljnim i procesima podrške).					
Svi primjereni nivoi i funkcije upoznati su sa identifikovanim rizicima u vlastitom području.					
Svi primjereni nivoi i funkcije upoznati su sa mjerama za upravljanje rizicima.					
Ciljevi kvaliteta direktno su povezani sa strateškim i operativnim ciljevima Ustanove					
Planiranje i način dostizanja ciljeva kvaliteta reflektuju se u gantogramu za svaki strateški i operativni cilj.					
Ustanova ima definisane "SMART" ciljeve kvaliteta					
Ustanova nadzire, prenosi i po potrebi ažurira ciljeve kvaliteta (kao dijelove strateških ciljeva).					
Ustanova za svaki cilj ima razvijen Gantogram (aktivnosti, resursi, odgovornosti, rok završetka, vrednovanje rezultata).					
Ustanova utvrđuje svrhu i potencijalne posljedice promjena strategije, strateških i operativnih ciljeva pri planiranju promjena.					
SUK: 7 Podrška	Skala				
Molimo ocijenite nivo razvijenosti elemenata na Vašoj ustanovi:	Nije razvijeno (1)	Slabo razvijeno (2)	Srednje razvijeno (3)	Dosta razvijeno (4)	Razvijeno (5)
Ustanova definiše zahtjeve za određivanje i obezbjeđivanje resursa.					
Ustanova definiše ljudske resurse potrebne za efikasnu implementaciju sistema upravljanja kvalitetom (SUK) i procesa.					
Ustanova definiše zahtjeve infrastrukture za implementaciju svih procesa (objekti, oprema, transport, IKT i sl.)					
Ustanova definiše zahtjeve za provedbu procesa kroz upravljanje radnom okolinom.					
Ustanova identifikuje i dokumentuje postojeće negativne uticaje u radnoj okolini.					
Ustanova definiše zahtjeve važećih i pouzdanih rezultata nadzora i mjerenja na sva tri procesa.					
Ustanova je identifikovala područja organizacionog nemedicinskog znanja.					
Ustanova uspostavlja, primjenjuje i održava organizaciono znanje					
Ustanova definiše neophodne kompetencije za zaposlene, partnere i dobavljače koji utiču na performanse kvaliteta.					
Svi zaposlenici Ustanove upoznati su sa sistemom upravljanja kvalitetom (SUK)					
Ustanova je definisala obaveznu dokumentaciju i zapise koji se moraju čuvati i održavati.					

Ustanova obezbjeđuje primjenu elemenata informacione bezbjednosti.					
SUK: 8 Provedba/ implementacija	Skala				
Molimo ocijenite nivo razvijenosti elemenata na Vašoj ustanovi:	Nije razvijeno (1)	Slabo razvijeno (2)	Srednje razvijeno (3)	Dosta razvijeno (4)	Razvijeno (5)
Ustanova ima identifikovan i dokumentovan temeljni proces - pružanje zdravstvene usluge.					
Ustanova ima identifikovan i dokumentovan upravljački proces - SM, IKT, SUK, PR.					
Ustanova ima identifikovane i dokumentovane procese podrške - HRM, higijenska služba, pravna služba, finansijske služba itd.).					
Ustanova bazira poslovanje na procesnom modelu (ulaz - transformacija - izlaz).					
Ustanova osigurava sinergiju sva tri procesa (horizontalnu i vertikalnu usklađenost procesa).					
SUK: 9 Evaluacija performansi	Skala				
Molimo ocijenite nivo razvijenosti elemenata na Vašoj ustanovi:	Nije razvijeno (1)	Slabo razvijeno (2)	Srednje razvijeno (3)	Dosta razvijeno (4)	Razvijeno (5)
Ustanova ima dokumentovane mjere nadzora, mjerenja, analize i evaluacije.					
Ustanova ima definisane, prikupljene i arhivirane indikatore performansi za sva tri procesa					
Ustanova mjeri zadovoljstvo i percepciju korisnika u medicinskim uslugama.					
Ustanova mjeri zadovoljstvo i percepciju korisnika u nemedicinskim aktivnostima/uslugama.					
Ustanova jednom godišnje vrši analizu i dokazivanje da je planirano uspješno implementirano.					
Ustanova jednom godišnje vrši ocjenu performansi tri procesa.					
Ustanova jednom godišnje vrši ocjenu performansi vanjskih dobavljača.					
Ustanova koristi rezultate analize i ocjene za ulazne podatke upravine ocjene.					
Ustanova jednom godišnje provodi interni audit na sva tri procesa.					
Ustanova prilikom strateškog planiranja uzma u obzir informacije o indikatorima i radnjama za obradu rizika.					
SUK: 10 Poboljšanja	Skala				
Molimo ocijenite nivo razvijenosti elemenata na Vašoj ustanovi:	Nije razvijeno (1)	Slabo razvijeno (2)	Srednje razvijeno (3)	Dosta razvijeno (4)	Razvijeno (5)
Ustanova definiše poboljšanje kroz poboljšanje sva tri procesa.					
Ustanova ima definisane korektivne radnje.					
Ustanova ima definisane alate i metodologiju za istraživanje uzroka smanjenih performansi.					
Ustanova ima definisane alate i metodologiju za podršku trajnom poboljšavanju rada ustanove.					

Dihotomna/ kontrolna pitanja.

4.Molimo označite da li Vaša ustanova vrši ili ispunjava:	DA	NE
Ustanova vrši identifikacija vanjskih prijetnji i prilika.		
Ustanova vrši identifikaciju unutrašnjih slabosti i snaga.		
Ustanova vrši analizu faktora okruženja u kojem posluje (PESTEL):		
Analiza političkog okruženja		
Analiza ekonomskog okruženja		
Analiza društvenog okruženja		
Analiza tehnološkog okruženja		
Analiza ekološkog okruženja		
Analiza pravnog okruženja		
Zaposlenici Ustanove učestvuju u organizaciji i analizi okruženja.		
Ustanova definiše direktne i indirektne interesno-uticajne strane.		
Ustanova ima dokumentovan sistem upravljanja kvalitetom (SUK).		
Ustanova posjeduje dokumentovane procese (upravljačke, temeljne i procese podrške).		
Ustanova dokumentuje odgovornosti i ovlasti na nivou procesa.		
5. Molimo označite da li Vaša ustanova vrši ili ispunjava:	DA	NE
Ustanova ima dokumentovanu politiku i ciljeve kvalitete		
Ustanova ima definisanu viziju, misiju i vrijednosti		
Top menadžment obezbjeđuje informacije, znanje, metode za realizaciju vizije i misije.		
Top menadžment ustanove prikuplja sve informacije relevantne za ispunjavanje zahtjeva korisnika (uključujući medicinske i nemedicinske aktivnosti).		
Ustanova posjeduje dokumentovanu analizu rizika i prilika		
Ustanova obezbjeđuje da politika kvaliteta ima fokus na medicinske i nemedicinske aktivnosti.		
Politika kvaliteta ustanove uključuje i fokus na nemedicinske aktivnosti.		
Ustanova ima dokumentovane uloge, odgovornosti i ovlasti svakog zaposlenika u području sistema upravljanja kvalitetom (SUK).		
6. Molimo označite da li Vaša ustanova vrši ili ispunjava:	DA	NE
Ustanova organizuje strateško planiranje jednom godišnje.		
Ustanova ima definisanu metodologiju za identifikaciju rizika i planiranja kod planiranja sistema upravljanja kvalitetom (SUK).		
Planiranje SUK-a se odnosi isključivo na temeljni proces - medicinske usluge i ishode.		
Ustanova vrši identifikaciju rizika i potrebnih mjera na svim nivoima		
Svi primjereni nivoi i funkcije upoznati su sa identifikovanim rizicima u vlastitom području.		
Svi primjereni nivoi i funkcije upoznati su sa mjerama za upravljanje rizicima.		
Ciljevi kvaliteta direktno su povezani sa strateškim i operativnim ciljevima Ustanove		
Planiranje i način dostizanja ciljeva kvaliteta reflektuju se u gantogramu (aktivnosti, resursi, odgovornosti, rok završetka, vrednovanje rezultata), i to za svaki strateški i operativni cilj.		
Ustanova ima definisane "SMART" ciljeve kvaliteta		
Ustanova nadzire, prenosi i po potrebi ažurira ciljeve kvaliteta (kao dijelove strateških ciljeva).		
Ustanova za svaki cilj ima razvijen gantogram		
Ustanova utvrđuje svrhu i potencijalne posljedice promjena strategije, strateških i operativnih ciljeva pri planiranju promjena.		
7. Molimo označite da li Vaša ustanova vrši ili ispunjava:	DA	NE
Ustanova definiše zahtjeve za određivanje i obezbjeđivanje resursa.		
Ustanova definiše ljudske resurse potrebne za efikasnu implementaciju sistema upravljanja kvalitetom (SUK) i procesa.		
Ustanova definiše zahtjeve infrastrukture za implementaciju svih procesa		
Ustanova definiše zahtjeve za provedbu procesa kroz upravljanje radnom okolinom (fizički faktori, faktori okoliša, temperatura, vlaga, ergonomija, socijalni faktori, psihološki faktori).		
Ustanova identifikuje i dokumentuje postojeće negativne uticaje u radnoj okolini.		
Ustanova definiše zahtjeve važećih i pouzdanih rezultata nadzora i mjerenja na sva tri procesa.		
Ustanova je identifikovala područja organizacionog nemedicinskog znanja.		
Ustanova uspostavlja, primjenjuje i održava organizaciono znanje		

Ustanova definiše neophodne kompetencije za zaposlene, partnere i dobavljače (medicinske i nemedicinske) koji utiču na performanse kvaliteta.		
Svi zaposlenici Ustanove upoznati su sa sistemom upravljanja kvalitetom (SUK)		
Ustanova je definisala dokumentaciju i zapise koji se moraju čuvati i održavati.		
Ustanova obezbjeđuje primjenu elemenata informacione bezbjednosti, tj. svima su na raspolaganju informacije iz područja u kojem rade.		
8. Molimo označite da li Vaša ustanova vrši ili ispunjava:	DA	NE
Ustanova ima identifikovan i dokumentovan temeljni proces - pružanje zdravstvene usluge.		
Ustanova ima identifikovan i dokumentovan upravljački proces		
Ustanova ima identifikovane i dokumentovane procese podrške - HRM, higijenska služba, pravna služba, finansijske služba itd.).		
Ustanova bazira poslovanje na procesnom modelu (ulaz - transformacija - izlaz).		
Ustanova osigurava sinergiju sva tri procesa (horizontalnu i vertikalnu usklađenost procesa).		
9. Molimo označite da li Vaša ustanova vrši ili ispunjava:	DA	NE
Ustanova ima dokumentovane mjere nadzora, mjerenja, analize i evaluacije.		
Ustanova ima definisane, prikupljene i arhivirane indikatore performansi za sva tri procesa (upravljački, medicinski i nemedicinski).		
Ustanova mjeri zadovoljstvo i percepciju korisnika u medicinskim uslugama.		
Ustanova mjeri zadovoljstvo i percepciju korisnika u nemedicinskim aktivnostima/uslugama.		
Ustanova jednom godišnje vrši analizu i dokazivanje da je planirano uspješno implementirano.		
Ustanova jednom godišnje vrši ocjenu performansi tri procesa (upravljački, medicinski, nemedicinski).		
Ustanova jednom godišnje vrši ocjenu performansi vanjskih dobavljača.		
Ustanova koristi rezultate analize i ocjene za ulazne podatke strateškog planiranja		
Ustanova jednom godišnje provodi interni audit na sva tri procesa.		
Ustanova prilikom strateškog planiranja uzma u obzir informacije o indikatorima, te radnjama za obradu rizika.		
10. Molimo označite da li Vaša ustanova vrši ili ispunjava:	DA	NE
Ustanova definiše poboljšanje kroz poboljšanje sva tri procesa, tj. svih poslovnih aktivnosti.		
Ustanova ima definisane korektivne radnje.		
Ustanova ima definisane alate i metodologiju za istraživanje uzroka smanjenih performansi.		
Ustanova ima definisane alate i metodologiju za podršku trajnom poboljšavanju rada ustanove.		

Balans upravljačkog i stručnog rada
(distinkcija uloga doktora/ zdravstvenog profesionalca i top menadžera)

Molim Vas navedite 5 najvećih problema sa kojima ste se susreli u upravljanju zdravstvenom Ustanovom.

Molim Vas, navedite tri područja u kojima ste uspjeli značajno unaprijediti poslovanja Vaše zdravstvene Ustanove.

Molim Vas, napišite u postocima omjer vremena koji koristite za upravljačke/ menadžerske aktivnosti, u odnosu na medicinske aktivnosti koje obavljate.

Koji dio menadžerskih aktivnosti smatrate najtežim?

U kojim menadžerskim aktivnostima nailazite na najviše problema?

Hvala Vam na izdvojenom vremenu i trudu koji ste uložili u ispunjavanje anketnog upitnika!

PRILOG C - Rezultati korelacije odnosa elemenata SH modela (Spearman koeficijent)

	Core_1	Core_2	Core_3	Core_4	Core_5	Improvements_1	Improvements_2	Improvements_3	Improvements_4	Improvements_5	Leadership_1	Leadership_2	Leadership_3	Leadership_4	Leadership_5	Leadership_6	Leadership_7	Leadership_8	Leadership_9	Leadership_10	Leadership_11	Leadership_12	Leadership_13	Leadership_14	Leadership_15	Leadership_16
Core_1	1.000	0.747	0.765	0.762	0.767	0.325	0.738	0.748	0.740	0.742	0.145	0.232	0.424	0.198	0.552	0.359	0.269	0.280	0.047	0.296	0.027	0.032	0.050	0.123	0.172	0.327
Core_2	0.747	1.000	0.737	0.759	0.756	0.349	0.742	0.784	0.781	0.759	0.183	0.253	0.408	0.243	0.566	0.361	0.284	0.332	0.099	0.351	0.113	0.082	0.090	0.117	0.144	0.384
Core_3	0.765	0.737	1.000	0.762	0.745	0.318	0.734	0.769	0.771	0.761	0.164	0.159	0.396	0.121	0.561	0.388	0.313	0.276	0.012	0.340	0.076	0.051	0.049	0.131	0.170	0.334
Core_4	0.762	0.759	0.762	1.000	0.771	0.312	0.752	0.763	0.765	0.768	0.128	0.193	0.394	0.170	0.530	0.294	0.324	0.279	0.079	0.289	0.043	-0.005	0.078	0.117	0.117	0.310
Core_5	0.767	0.756	0.745	0.771	1.000	0.393	0.756	0.759	0.778	0.778	0.206	0.306	0.409	0.252	0.544	0.318	0.296	0.310	0.156	0.367	0.150	0.137	0.102	0.079	0.249	0.393
Improvements_1	0.325	0.349	0.318	0.312	0.393	1.000	0.368	0.371	0.386	0.404	0.272	0.316	0.450	0.512	0.629	0.710	0.260	0.225	0.251	0.600	0.222	0.237	0.255	0.440	0.394	0.284
Improvements_2	0.738	0.742	0.734	0.752	0.756	0.368	1.000	0.768	0.754	0.757	0.118	0.217	0.401	0.234	0.507	0.360	0.295	0.309	0.085	0.339	0.106	0.072	0.138	0.176	0.232	0.348
Improvements_3	0.748	0.784	0.769	0.763	0.759	0.371	0.768	1.000	0.760	0.774	0.192	0.232	0.376	0.253	0.555	0.382	0.283	0.301	0.072	0.334	0.086	0.081	0.072	0.121	0.178	0.335
Improvements_4	0.740	0.781	0.771	0.765	0.778	0.386	0.754	0.760	1.000	0.770	0.181	0.226	0.380	0.174	0.536	0.375	0.328	0.340	0.075	0.384	0.141	0.084	0.140	0.146	0.204	0.349
Improvements_5	0.742	0.759	0.761	0.768	0.778	0.404	0.757	0.774	0.770	1.000	0.194	0.222	0.409	0.208	0.598	0.428	0.344	0.291	0.119	0.379	0.065	0.117	0.178	0.161	0.212	0.344
Leadership_1	0.145	0.183	0.164	0.128	0.206	0.272	0.118	0.192	0.181	0.194	1.000	0.433	0.474	0.266	0.432	0.330	0.393	0.333	0.312	0.238	0.329	0.362	0.236	0.167	0.367	0.400
Leadership_2	0.232	0.253	0.159	0.193	0.306	0.306	0.217	0.232	0.226	0.226	0.433	1.000	0.401	0.535	0.429	0.405	0.323	0.357	0.390	0.401	0.401	0.480	0.344	0.210	0.493	0.551
Leadership_3	0.424	0.408	0.396	0.394	0.409	0.450	0.401	0.376	0.380	0.409	0.474	0.401	1.000	0.493	0.493	0.561	0.452	0.533	0.287	0.287	0.202	0.240	0.279	0.342	0.460	0.487
Leadership_4	0.198	0.243	0.121	0.170	0.252	0.512	0.234	0.234	0.174	0.208	0.266	0.535	0.493	1.000	0.527	0.499	0.279	0.314	0.376	0.424	0.255	0.267	0.307	0.398	0.420	0.283
Leadership_5	0.552	0.566	0.566	0.530	0.544	0.629	0.507	0.555	0.536	0.598	0.432	0.429	0.686	0.527	1.000	0.706	0.505	0.502	0.411	0.607	0.300	0.328	0.334	0.412	0.424	0.514
Leadership_6	0.393	0.361	0.388	0.294	0.318	0.710	0.360	0.382	0.375	0.428	0.428	0.405	0.561	0.499	0.706	1.000	0.357	0.335	0.258	0.656	0.158	0.216	0.223	0.560	0.376	0.330
Leadership_7	0.269	0.284	0.313	0.324	0.296	0.260	0.295	0.295	0.328	0.344	0.393	0.323	0.452	0.279	0.505	0.357	1.000	0.520	0.306	0.337	0.410	0.406	0.365	0.365	0.442	0.430
Leadership_8	0.280	0.332	0.276	0.279	0.310	0.225	0.309	0.309	0.340	0.291	0.333	0.357	0.533	0.314	0.502	0.335	0.520	1.000	0.416	0.428	0.427	0.397	0.445	0.317	0.460	0.514
Leadership_9	0.047	0.047	0.012	0.079	0.156	0.251	0.085	0.072	0.075	0.119	0.312	0.390	0.390	0.376	0.411	0.258	0.306	0.416	1.000	0.398	0.448	0.429	0.611	0.284	0.357	0.432
Leadership_10	0.296	0.351	0.340	0.340	0.367	0.600	0.339	0.334	0.384	0.379	0.238	0.401	0.458	0.424	0.607	0.656	0.337	0.428	0.398	1.000	0.443	0.331	0.330	0.300	0.416	0.504
Leadership_11	0.112	0.113	0.076	0.043	0.150	0.222	0.106	0.086	0.141	0.065	0.065	0.443	0.202	0.255	0.300	0.158	0.410	0.427	0.448	0.443	1.000	0.543	0.444	0.158	0.545	0.541
Leadership_12	0.032	0.082	0.082	-0.005	0.137	0.237	0.237	0.081	0.084	0.117	0.362	0.480	0.240	0.267	0.328	0.216	0.406	0.397	0.429	0.331	0.543	1.000	0.369	0.369	0.433	0.474
Leadership_13	0.050	0.090	0.049	0.078	0.102	0.255	0.138	0.072	0.140	0.178	0.236	0.344	0.279	0.307	0.334	0.334	0.365	0.445	0.611	0.330	0.444	0.369	1.000	0.356	0.430	0.433
Leadership_14	0.123	0.117	0.131	0.117	0.079	0.440	0.176	0.121	0.146	0.161	0.167	0.210	0.210	0.398	0.412	0.560	0.388	0.388	0.284	0.300	0.158	0.175	0.356	1.000	0.331	0.174
Leadership_15	0.172	0.144	0.170	0.117	0.249	0.394	0.232	0.178	0.204	0.212	0.367	0.367	0.460	0.420	0.424	0.376	0.442	0.460	0.357	0.416	0.545	0.433	0.433	0.331	1.000	0.527
Leadership_16	0.327	0.384	0.334	0.310	0.310	0.284	0.348	0.335	0.349	0.344	0.400	0.551	0.487	0.283	0.514	0.330	0.430	0.514	0.432	0.504	0.541	0.474	0.433	0.174	0.527	1.000
Other_1	0.169	0.132	0.171	0.171	0.117	0.240	0.193	0.156	0.157	0.177	0.353	0.305	0.619	0.403	0.438	0.409	0.464	0.393	0.256	0.228	0.221	0.243	0.399	0.399	0.386	0.333
Other_2	-0.044	-0.026	-0.006	-0.023	0.005	0.282	0.014	0.069	-0.013	0.012	0.365	0.357	0.263	0.535	0.212	0.345	0.212	0.282	0.289	0.285	0.207	0.281	0.337	0.359	0.281	0.158
Other_3	0.261	0.309	0.269	0.280	0.279	0.461	0.290	0.306	0.299	0.306	0.486	0.485	0.485	0.453	0.528	0.569	0.490	0.325	0.286	0.425	0.355	0.368	0.305	0.421	0.397	0.406
Other_4	0.127	0.198	0.128	0.129	0.175	0.471	0.212	0.206	0.224	0.201	0.253	0.249	0.369	0.498	0.442	0.443	0.326	0.388	0.501	0.473	0.381	0.246	0.578	0.485	0.397	0.303
Other_5	0.120	0.176	0.170	0.103	0.198	0.354	0.142	0.186	0.157	0.142	0.337	0.295	0.423	0.472	0.491	0.373	0.388	0.437	0.524	0.466	0.467	0.376	0.396	0.311	0.387	0.479
Other_6	0.090	0.083	0.128	0.122	0.080	0.444	0.091	0.134	0.096	0.112	0.321	0.326	0.355	0.502	0.461	0.523	0.329	0.232	0.317	0.376	0.261	0.154	0.296	0.523	0.319	0.270
Other_7	0.050	0.061	0.041	0.039	0.106	0.377	0.062	0.091	0.107	0.108	0.347	0.277	0.341	0.392	0.376	0.413	0.340	0.310	0.303	0.280	0.277	0.141	0.300	0.473	0.407	0.246
Other_8	0.128	0.135	0.164	0.125	0.161	0.393	0.175	0.226	0.127	0.247	0.371	0.422	0.340	0.456	0.467	0.462	0.423	0.307	0.307	0.370	0.345	0.312	0.412	0.428	0.463	0.296
Other_9	0.243	0.244	0.294	0.273	0.272	0.415	0.331	0.299	0.337	0.349	0.344	0.380	0.442	0.365	0.525	0.523	0.624	0.463	0.276	0.419	0.356	0.278	0.373	0.536	0.551	0.366
Other_10	0.199	0.232	0.224	0.211	0.228	0.430	0.210	0.241	0.247	0.313	0.374	0.296	0.405	0.353	0.566	0.540	0.554	0.404	0.355	0.328	0.242	0.288	0.366	0.510	0.355	0.251
Other_11	-0.003	0.067	0.050	-0.001	0.057	0.455	0.063	0.065	0.136	0.068	0.368	0.220	0.334	0.379	0.374	0.464	0.227	0.409	0.379	0.413	0.370	0.128	0.424	0.469	0.393	0.277
Other_12	0.038	0.091	0.055	0.030	0.091	0.457	0.123	0.136	0.154	0.143	0.358	0.361	0.322	0.322	0.394	0.515	0.402	0.426	0.374	0.451	0.410	0.486	0.437	0.504	0.536	0.407
Other_13	-0.115	-0.098	-0.027	-0.123	-0.018	0.296	-0.104	-0.061	-0.035	-0.047	0.396	0.299	0.137	0.263	0.288	0.323	0.086	0.291	0.558	0.420	0.378	0.412	0.425	0.249	0.280	0.272
Other_14	-0.009	0.007	0.043	-0.018	0.061	0.253	0.061	0.038	0.022	0.049	0.255	0.364	0.226	0.351	0.302	0.313	0.213	0.347	0.628	0.489	0.423	0.315	0.608	0.350	0.399	0.421
Other_15	0.031	0.068	0.085	0.007	0.088	0.486	0.095	0.129	0.132	0.120	0.235	0.170	0.214	0.465	0.355	0.487	0.184	0.332	0.381	0.471	0.270	0.193	0.473	0.427	0.323	0.187
Other_16	0.135	0.121	0.215	0.138	0.185	0.486	0.198	0.195	0.185	0.175	0.202	0.240	0.340	0.381	0.337	0.450	0.178	0.141	0.182	0.516	0.215	0.153	0.282	0.359	0.251	0.224
Other_17	0.059	0.146	0.149	0.092	0.113	0.565	0.096	0.162	0.147	0.144	0.277	0.242	0.323	0.495	0.452	0.511	0.148	0.200	0.289	0.528	0.197	0.110	0.320	0.325	0.279	0.188
Other_18	-0.021	-0.003	0.009	-0.088	-0.052	0.405	-0.012	0.036	0.002	0.037	0.479	0.440	0.254	0.405	0.339	0.536	0.293	0.152	0.214	0.277	0.316	0.382	0.302	0.467	0.389	0.271
Other_19	0.040	0.003	0.056	-0.020	0.010	0.391	0.024	0.040	0.029	0.064	0.412	0.286	0.164	0.299	0.355	0.495	0.285	0.103	0.203	0.265	0.285	0.280	0.187	0.427	0.418	0.141
Other_20	0.127	0.177	0.167	0.128	0.143	0.325	0.191	0.170	0.209	0.224	0.446	0.275	0.381	0.393	0.506	0.476	0.438	0.334	0.292	0.320	0.288	0.279	0.398	0.394	0.370	0.220
Other_21	-0.041	0.022	-0.032	-0.058	-0.013	0.332	0.072	0.055	0.066	0.023	0.177	0.246	0.075	0.273	0.197	0.427	0.125	0.065	0.167	0.317	0.265	0.240	0.172	0.405	0.274	0.152
Other_22	-0.029	0.028	0.039	0.019	0.061	0.358	0.073	0.039	0.048	0.064	0.351	0.348	0.229	0.338	0.345	0.421	0.347	0.242	0.413	0.518	0.528	0.389	0.286	0.359	0.374	0.267
Other_23	0.100	0.146	0.179	0.122	0.209	0.511	0.185	0.211	0.188	0.190	0.251	0.269	0.266	0.322	0.415	0.468	0.208	0.207	0.250	0.476	0.361	0.264	0.216	0.348	0.395	0.286
Other_24	-0.170	-0.113	-0.081	-0.150	-0.089	0.319	-0.086	-0.081	-0.059	-0.112	0.350	0.227	0.205	0.204	0.223	0.378	0.254	0.118	0.208	0.319	0.388	0.239	0.103	0.412	0.328	0.149
Other_25	0.016	0.061	0.062	-0.010	0.052	0.448	0.033	0.024	0.114	0.060	0.224	0.282	0.118	0.240	0.302	0.464	0.166	0.085	0.276	0.483	0.424	0.199	0.286	0.498	0.339	0.295
Other_26	0.051	0.122	0.125	0.079	0.188	0.436	0.137	0.160	0.162	0.114	0.289	0.347	0.297	0.361	0.331	0.445	0.324	0.295	0.325	0.588	0.535	0.409	0.243	0.376	0.433	0.364
Other_27	0.048	0.039	0.083	-0.009	0.047	0.495	0.058	0.057	0.110	0.093	0.205	0.298	0.190	0.344	0.378	0.514	0.227	0.178	0.300	0.459	0.385	0.286	0.372	0.500	0.470	0.248
Other_28	-0.028	0.014	0.016	-0.027	0.061	0.376	0.025	0.044	0.034	0.022	0.256	0.397	0.210	0.313	0.248	0.418	0.140	0.159	0.246	0.415	0.317	0.372	0.196	0.347	0.406	0.234
Other_29	0.035	0.046	0.082	0.030	0.069	0.436	0.045	0.077	0.124	0.118	0.368	0.307	0.193	0.354	0.357	0.433	0.430	0.280	0.374	0.345	0.416	0.393	0.443	0.463	0.372	0.308
Other_30	0.182	0.171	0.144	0.139	0.138	0.426	0.210	0.181	0.192	0.210	0.281	0.327	0.435	0.479	0.491	0.516	0.301	0.306	0.314	0.336	0.255	0.213	0.450	0.599	0.489	0.279
Other_31	0.161	0.160	0.236	0.162	0.222	0.366	0.190	0.190	0.184	0.175	0.402	0.361	0.480	0.419	0.478	0.436	0.444	0.388	0.433	0.549	0.454	0.359	0.347	0.455	0.431	0.357
Other_32	0.081	0.105	0.119	0.070	0.164	0.320	0.132	0.095	0.140	0.085	0.219	0.554	0.305	0.400	0.341	0.383	0.263	0.368	0.373	0.523	0.502	0.383	0.447	0.395	0.485	0.429
Other_33	0.006	-0.040	0.007	-0.042	-0.029	0.398	0.000	-0.004	-0.022	0.060	0.350	0.250	0.197	0.275	0.369	0.482	0.210	0.255	0.403	0.302	0.244	0.241	0.453	0.550	0.344	0.232
Other_34	0.250	0.278	0.255	0.251	0.287	0.376	0.260	0.235	0.298	0.267	0.368	0.416	0.456	0.503	0.512	0.363	0.343	0.522	0.515	0.548	0.505	0.342	0.548	0.366	0.489	0.524
Other_35	-0.120	-0.063	-0.073	-0.101	-0.029	0.229	-0.076	-0.061	-0.040	-0.019	0.466	0.375	0.246	0.266	0.331	0.282	0.356	0.301	0.350	0.297	0.476	0.469	0.325	0.306	0.472	0.400
Other_36	-0.046	0.024	-0.045	-0.055	0.061	0.350	-0.030	-0.051	0.017	-0.024	0.283	0.409	0.171	0.414	0.226	0.293	0.319	0.300	0.413	0.456	0.520	0.367	0.360	0.316	0.375	0.407
Other_37	0.069	0.181	0.124	0.067	0.206	0.409	0.180	0.174	0.199	0.128	0.347	0.367	0.358	0.433	0.385	0.330	0.237	0.378	0.415	0.536	0.510	0.369	0.396	0.203	0.467	0.420
Other_38	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.329	0.748	0.748	0.748	0.748	0.134	0.208	0.415	0.216	0.531	0.347	0.273	0.298	0.061	0.328	0.060	0.055	0.073	0.095	0.167	0.326
Other_39	0.745	0.736	0.768	0.755	0.784	0.404	0.766	0.772	0.790	0.751	0.108	0.223	0.339	0.276	0.501	0.357	0.219	0.226	0.110	0.378	0.099	0.095	0.110	0.135	0.207	0.282
Other_40	0.754	0.742	0.767	0.754	0.781	0.438	0.765	0.792	0.800	0.783	0.176	0.234	0.366	0.298	0.535	0.402	0.272	0.251	0.041	0.383	0.084	0.087	0.100	0.182	0.225	0.268
Other_41	0.746	0.749	0.760	0.749	0.771	0.345	0.756	0.747	0.764	0.746	0.120	0.284	0.384	0.249	0.513	0.357	0.227	0.299	0.104	0.401	0.098	0.105	0.085	0.120	0.203	0.375
Other_42	0.768	0.753	0.773	0.756	0.748	0.418	0.755	0.786	0.783	0.785	0.171	0.219	0.383	0.264	0.553	0.452	0.250	0.243	0.030	0.370	0.027	0.051	0.072	0.219	0.176	0.277
Other_43	0.749	0.771	0.772	0.765	0.755	0.410	0.761	0.794	0.792	0.806	0.191	0.216	0.380	0.254	0.563	0.453	0.288	0.261	0.064	0.390	0.072	0.080	0.095	0.228	0.184	0.307
Other_44	0.768	0.756	0.779	0.735	0.788	0.425	0.747	0.766	0.791	0.781	0.192	0.228	0.373	0.205	0.558	0.457	0.279	0.266	0.094	0.440	0.079	0.088	0.075	0.175	0.183	0.332
Other_45	0.772	0.751	0.774	0.736	0.789	0.414	0.765	0.775	0.803	0.757	0.152	0.275	0.364	0.252	0.507	0.412	0.243	0.289	0.085	0.421	0.121	0.112	0.102	0.168	0.231	0.327
Other_46	0.760	0.747	0.764	0.741	0.756	0.398	0.756	0.796	0.764	0.773	0.211	0.274	0.407	0.315	0.550	0.450	0.259	0.247	0.042	0.385	0.043	0.078	0.042	0.192	0.182	0.284
Other_47	0.755	0.745	0.786	0.766	0.777	0.419	0.773	0.785	0.779	0.781	0.192	0.161	0.387	0.243	0.560	0.420	0.309	0.239	0.057	0.355	0.077	0.045	0.057	0.194	0.218	0.257
Other_48	0.746	0.738	0.748	0.775	0.795	0.433	0.786	0.775	0.780	0.777	0.144	0.235	0.352	0.275	0.518	0.381	0.298	0.294	0.101	0.407	0.120	0.070	0.115	0.169	0.207	0.281
Other_49	0.758	0.770	0.774	0.771	0.758	0.430	0.765	0.794	0.781	0.787	0.228	0.222	0.390	0.256	0.585	0.474	0.322	0.268	0.058	0.375	0.062	0.036	0.050	0.243	0.175	0.275
Other_50	0.761	0.751	0.780	0.761	0.742	0.440	0.752	0.776	0.785	0.787	0.179	0.160	0.376	0.227	0.579	0.472	0.300	0.251	0.042	0.386	0.031	0.019	0.065	0.211	0.160	0.226
Other_51	0.768	0.753	0.775	0.740	0.786	0.402	0.752	0.773	0.755	0.759	0.170	0.259	0.367	0.277	0.558	0.432	0.234	0.280	0.156	0.415	0.116	0.099	0.070	0.170	0.195	0.328
Other_52	0.739	0.735	0.778	0.747	0.787	0.414	0.752	0.761	0.775	0.770	0.152	0.214	0.370	0.261	0.517	0.399	0.243	0.170	0.062	0.375	0.061	0.063	0.046	0.143	0.176	0.255
Other_53	0.763	0.761	0.783	0.730	0.763	0.424	0.745	0.800	0.776	0.762	0.179	0.215	0.365	0.278	0.552	0.439	0.269	0.226	0.046	0.379	0.087	0.051	0.061	0.152	0.186	0.276
Other_54	0.755	0.771	0.767	0.753	0.754	0.397	0.741	0.778	0.767	0.766	0.173	0.226	0.370	0.312	0.580	0.457	0.266	0.222	0.093	0.370	0.060	0.061	0.043	0.205	0.162	0.266
Other_55	0.769	0.746	0.785	0.744	0.781	0.401	0.756	0.777	0.760	0.743	0.144	0.232	0.378	0.270	0.529	0.408	0.231	0.214	0.065	0.391	0.083	0.065	0.023	0.177	0.196	0.296
Other_56	0.753	0.749	0.775	0.773	0.799	0.431	0.763	0.769	0.796	0.778	0.210	0.216	0.401	0.238	0.563	0.401	0.283	0.249	0.100	0.336	0.084	0.068	0.080	0.189	0.236	0.304
Other_57	0.757	0.749	0.789	0.760	0.767	0.393	0.769	0.768	0.789	0.762	0.109	0.227	0.345	0.259	0.554	0.422	0.267	0.270	0.105	0.383	0.107	0.080	0.095	0.223	0.208	0.286
Other_58	0.765	0.763	0.755	0.755	0.792	0.418	0.755	0.784	0.778	0.772	0.127	0.258	0.349	0.305	0.563	0.407	0.261	0.270	0.110	0.413	0.122	0.124	0.112	0.168	0.159	0.326
Other_59	0.748	0.755	0.760	0.738	0.777	0.415	0.762	0.778	0.780	0.765	0.168	0.253	0.374	0.317	0.573	0.416	0.276	0.293	0.125	0.406	0.142	0.099	0.101	0.196	0.243	0.323
Other_60	0.763	0.756	0.775	0.745	0.749	0.441	0.774	0.778	0.791	0.789	0.140	0.206	0.345	0.277	0.574	0.465	0.277	0.285	0.081	0.404	0.090	0.074	0.132	0.256	0.206	0.275
Performance_1	0.094	0.133	0.166	0.131	0.157	0.214	0.119	0.118	0.151	0.171	0.379	0.303	0.354	0.248	0.390	0.354	0.352	0.400	0.466	0.446	0.407	0.384	0.390	0.275	0.368	0.426
Performance_2	0.755	0.772	0.752	0.761	0.778	0.389	0.760	0.791	0.777	0.776	0.213	0.310	0.369	0.276	0.542	0.376	0.325	0.374	0.151	0.396	0.176	0.109	0.176	0.134	0.241	0.377
Performance_3	0.765	0.769	0.773	0.749	0.782	0.409	0.736	0.784	0.791	0.765	0.199	0.238	0.365	0.240	0.591	0.410	0.296	0.379	0.134	0.423	0.128	0.121	0.106	0.134	0.195	0.343
Performance_4	0.752	0.771	0.749	0.764	0.756	0.375	0.745	0.782	0.766	0.811	0.147	0.289	0.376	0.278	0.603	0.408	0.282	0.339	0.131	0.392	0.115	0.137	0.153	0.155	0.179	0.360
Performance_5	0.760	0.768	0.765	0.735	0.807	0.437	0.766	0.778	0.782	0.786	0.186	0.279	0.368	0.243	0.543	0.383	0.267	0.355	0.143	0.431	0.178	0.144	0.164	0.150	0.257	0.401
Performance_6	0.751	0.745	0.790	0.742	0.766	0.367	0.762	0.773	0.774	0.769	0.169	0.240	0.404	0.244	0.527	0.379	0.299	0.292	0.067	0.382	0.117	0.091	0.140	0.096	0.251	0.337
Performance_7	0.779	0.777	0.759	0.727	0.789	0.403	0.761	0.810	0.759	0.782	0.193	0.268	0.377	0.252	0.576	0.393	0.292	0.330	0.128	0.390	0.138	0.135	0.116	0.102	0.257	0.372
Performance_8	0.749	0.789	0.789	0.753	0.777	0.353	0.732	0.799	0.769	0.775	0.197	0.266	0.398	0.278	0.611	0.407	0.307	0.349	0.134	0.434	0.157	0.145	0.081	0.132	0.200	0.390
Performance_9	0.748	0.773	0.767	0.753	0.803	0.410	0.765	0.767	0.814	0.810	0.178	0.288	0.350	0.245	0.556	0.408	0.319	0.338	0.185	0.458	0.182	0.155	0.212	0.181	0.233	0.393
Performance_10	0.770	0.785	0.740	0.764	0.787	0.408	0.778	0.799	0.745	0.784	0.221	0.284	0.405	0.288	0.592	0.431	0.295	0.328	0.158	0.381	0.118	0.152	0.101	0.190	0.204	0.371
Strategic_1	0.777	0.732	0.774	0.741	0.767	0.318	0.758	0.768	0.753	0.728	0.118	0.261	0.394	0.260	0.539	0.342	0.264	0.314	0.048	0.340	0.091	0.086	0.068	0.107	0.233	0.354
Strategic_2	0.758	0.729	0.803	0.744	0.746	0.306	0.764	0.762	0.757	0.747	0.174	0.202	0.431	0.177	0.550	0.378	0.288	0.324	0.084	0.372	0.091	0.084	0.106	0.074	0.184	0.360
Strategic_3	0.751	0.736	0.743	0.756	0.801	0.347	0.760	0.732	0.739	0.775	0.183	0.317	0.443	0.291	0.546	0.324	0.292	0.273	0.169	0.316	0.096	0.108	0.155	0.088	0.244	0.387
Strategic_4	0.753	0.774	0.747	0.739	0.758	0.409	0.765	0.762	0.802	0.774	0.152	0.201	0.378	0.203	0.563	0.401	0.292	0.328	0.107	0.391	0.127	0.092	0.138	0.149	0.221	0.335
Strategic_5	0.772	0.759	0.799	0.763	0.758	0.361	0.781	0.805	0.797	0.757	0.128	0.248	0.349	0.208	0.500	0.375	0.292	0.306	0.046	0.388	0.124	0.055	0.122	0.179	0.191	0.343
Strategic_6	0.731	0.786	0.753	0.793	0.778	0.361	0.737	0.768	0.775	0.814	0.207	0.226	0.426	0.221	0.616	0.392	0.353	0.339	0.142	0.365	0.105	0.092	0.108	0.118	0.166	0.346
Strategic_7	0.721	0.773	0.759	0.755	0.770	0.392	0.761	0.801	0.769	0.803	0.147	0.264	0.353	0.296	0.560	0.365	0.291	0.303	0.116	0.390	0.118	0.094	0.163	0.124	0.198	0.350
Strategic_8	0.745	0.766	0.775	0.756	0.735	0.345	0.745	0.758	0.781	0.807	0.163	0.210	0.392	0.200	0.535	0.385	0.323	0.302	0.059	0.362	0.091	0.097	0.160	0.175	0.175	0.338
Strategic_9	0.748	0.767	0.781	0.763	0.747	0.364	0.750	0.779	0.795	0.785	0.154	0.238	0.394	0.188	0.616	0.434	0.306	0.353	0.092	0.372	0.102	0.131	0.097	0.177	0.166	0.354
Strategic_10	0.761	0.784	0.769	0.771	0.783	0.361	0.756	0.789	0.786	0.765	0.184	0.289	0.381	0.260	0.581	0.408	0.308	0.384	0.141	0.447	0.172	0.131	0.106	0.175	0.183	0.397
Strategic_11	0.756	0.786	0.751	0.759	0.759	0.353	0.741	0.790	0.763	0.804	0.153	0.252	0.402	0.250	0.595	0.357	0.356	0.332	0.082	0.310	0.111	0.103	0.139	0.151	0.219	0.363
Strategic_12	0.755	0.767	0.772	0.741	0.754	0.381	0.748	0.766	0.744	0.776	0.118	0.193	0.398	0.250	0.597	0.401	0.230	0.310	0.125	0.387	0.090	0.128	0.119	0.136	0.204	0.360
Strategic_13	0.787	0.751	0.754	0.748	0.782	0.364	0.743	0.779	0.768	0.751	0.156	0.241	0.398	0.223	0.553	0.371	0.280	0.343	0.061	0.386	0.084	0.076	0.092	0.081	0.165	0.368
Strategic_14	0.790	0.761	0.767	0.757	0.782	0.381	0.739	0.765	0.784	0.776	0.235	0.319	0.421	0.271	0.612	0.406	0.362	0.391	0.134	0.402	0.163	0.148	0.147	0.144	0.262	0.379
Strategic_15	0.759	0.789	0.721	0.785	0.754	0.358	0.745	0.766	0.744	0.762	0.130	0.272	0.387	0.297	0.553	0.336	0.307	0.329	0.070	0.342	0.100	0.065	0.094	0.143	0.153	0.334
Support_1	0.714	0.752	0.754	0.744	0.775	0.420	0.764	0.758	0.789	0.800	0.200	0.237	0.405	0.248	0.557	0.441	0.322	0.319	0.120	0.447	0.123	0.145	0.151	0.135	0.189	0.329
Support_2	0.734	0.752	0.752	0.734	0.782	0.411	0.761	0.742	0.786	0.770	0.145	0.252	0.388	0.256	0.553	0.444	0.274	0.338	0.147	0.475	0.136	0.162	0.127	0.144	0.184	0.340
Support_3	0.773	0.742	0.778	0.758	0.801	0.385	0.752	0.744	0.770	0.799	0.172	0.276	0.373	0.203	0.560	0.420	0.295	0.306	0.118	0.411	0.106	0.133	0.104	0.177	0.200	0.364
Support_4	0.756	0.748	0.783	0.763	0.768	0.356	0.754	0.748	0.783	0.788	0.147	0.213	0.378	0.189	0.541	0.381	0.336	0.281	0.093	0.375	0.122	0.064	0.152	0.186	0.180	0.360
Support_5	0.733	0.747	0.751	0.737	0.751	0.316	0.759	0.755	0.759	0.792	0.140	0.248	0.419	0.228	0.545	0.382	0.338	0.257	0.131	0.341	0.082	0.129	0.150	0.110	0.186	0.341
Support_6	0.723	0.770	0.760	0.790	0.736	0.340	0.754	0.759	0.771	0.766	0.089	0.213	0.379	0.262	0.593	0.359	0.341	0.305	0.112	0.372	0.133	0.098	0.141	0.150	0.155	0.339
Support_7	0.766	0.759	0.762	0.746	0.800	0.432	0.760	0.763	0.780	0.799	0.140	0.223	0.369	0.234	0.541	0.368	0.266	0.315	0.105	0.417	0.116	0.108	0.149	0.138	0.257	0.346
Support_8	0.752	0.754	0.762	0.763	0.774	0.381	0.750	0.757	0.807	0.754	0.137	0.229	0.408	0.202	0.531	0.317	0.291	0.345	0.050	0.341	0.138	0.094	0.133	0.145	0.221	0.372
Support_9	0.767	0.758	0.750	0.751	0.752	0.353	0.767	0.778	0.777	0.767	0.215	0.249	0.445	0.207	0.535	0.383	0.251	0.303	0.036	0.312	0.032	0.076	0.077	0.119	0.159	0.324
Support_10	0.751	0.751	0.768	0.752	0.777	0.347	0.750	0.775	0.748	0.770	0.171	0.277	0.424	0.292	0.585	0.393	0.331	0.304	0.126	0.413	0.112	0.123	0.097	0.125	0.236	0.365

	Other_1	Other_2	Other_3	Other_4	Other_5	Other_6	Other_7	Other_8	Other_9	Other_10	Other_11	Other_12	Other_13	Other_14	Other_15	Other_16	Other_17	Other_18	Other_19	Other_20	Other_21	Other_22	Other_23	Other_24
Core_1	0.169	-0.044	0.261	0.127	0.120	0.090	0.050	0.128	0.243	0.199	-0.003	0.038	-0.115	-0.009	0.031	0.135	0.059	-0.021	0.040	0.127	-0.041	-0.029	0.100	-0.170
Core_2	0.132	-0.026	0.309	0.198	0.176	0.083	0.061	0.135	0.244	0.232	0.067	0.091	-0.098	0.007	0.068	0.121	0.146	-0.003	0.003	0.177	0.022	0.028	0.146	-0.113
Core_3	0.171	-0.006	0.269	0.128	0.170	0.128	0.041	0.164	0.294	0.224	0.050	0.055	-0.027	0.043	0.085	0.215	0.149	0.009	0.056	0.167	-0.032	0.039	0.179	-0.081
Core_4	0.134	-0.023	0.280	0.129	0.103	0.122	0.039	0.125	0.273	0.211	-0.001	0.030	-0.123	-0.018	0.007	0.138	0.092	-0.088	-0.020	0.128	-0.058	0.019	0.122	-0.150
Core_5	0.117	0.005	0.279	0.175	0.198	0.080	0.106	0.161	0.272	0.228	0.057	0.091	-0.018	0.061	0.088	0.185	0.113	-0.052	0.010	0.143	-0.013	0.061	0.209	-0.089
Improvements_1	0.240	0.282	0.461	0.471	0.354	0.444	0.377	0.393	0.415	0.430	0.455	0.457	0.296	0.253	0.486	0.486	0.565	0.405	0.391	0.325	0.332	0.358	0.511	0.319
Improvements_2	0.193	0.014	0.290	0.212	0.142	0.091	0.062	0.175	0.331	0.210	0.063	0.123	-0.104	0.061	0.095	0.198	0.096	-0.012	0.024	0.191	0.072	0.073	0.185	-0.086
Improvements_3	0.156	0.069	0.306	0.206	0.186	0.134	0.091	0.226	0.299	0.241	0.065	0.136	-0.061	0.038	0.129	0.195	0.162	0.036	0.040	0.170	0.055	0.039	0.211	-0.081
Improvements_4	0.157	-0.013	0.299	0.224	0.157	0.096	0.107	0.127	0.337	0.247	0.136	0.154	-0.035	0.022	0.132	0.185	0.147	0.002	0.029	0.209	0.066	0.048	0.188	-0.059
Improvements_5	0.177	0.012	0.306	0.201	0.142	0.112	0.108	0.247	0.349	0.313	0.068	0.143	-0.047	0.049	0.120	0.175	0.144	0.037	0.064	0.224	0.023	0.064	0.190	-0.112
Leadership_1	0.353	0.365	0.486	0.253	0.337	0.321	0.347	0.371	0.344	0.374	0.368	0.358	0.396	0.255	0.235	0.202	0.277	0.479	0.412	0.446	0.177	0.351	0.251	0.350
Leadership_2	0.305	0.305	0.485	0.249	0.295	0.326	0.277	0.422	0.380	0.296	0.220	0.361	0.299	0.364	0.170	0.240	0.242	0.440	0.286	0.275	0.246	0.246	0.269	0.227
Leadership_3	0.619	0.263	0.263	0.369	0.423	0.355	0.341	0.341	0.442	0.405	0.334	0.322	0.322	0.226	0.214	0.340	0.323	0.323	0.164	0.381	0.075	0.229	0.266	0.205
Leadership_4	0.403	0.535	0.453	0.498	0.472	0.502	0.502	0.456	0.365	0.353	0.379	0.379	0.263	0.351	0.465	0.381	0.495	0.405	0.299	0.393	0.393	0.338	0.322	0.204
Leadership_5	0.438	0.212	0.528	0.442	0.491	0.461	0.376	0.467	0.525	0.566	0.374	0.394	0.288	0.302	0.355	0.337	0.452	0.339	0.355	0.506	0.197	0.345	0.345	0.223
Leadership_6	0.409	0.345	0.569	0.443	0.443	0.523	0.413	0.462	0.523	0.523	0.464	0.515	0.323	0.313	0.487	0.450	0.511	0.536	0.495	0.476	0.427	0.421	0.468	0.468
Leadership_7	0.464	0.212	0.490	0.326	0.388	0.329	0.340	0.340	0.624	0.554	0.227	0.402	0.086	0.213	0.184	0.178	0.148	0.293	0.285	0.438	0.125	0.347	0.208	0.208
Leadership_8	0.393	0.282	0.325	0.388	0.437	0.232	0.310	0.310	0.463	0.404	0.409	0.426	0.291	0.347	0.332	0.141	0.200	0.152	0.103	0.334	0.065	0.242	0.207	0.118
Leadership_9	0.256	0.289	0.289	0.501	0.524	0.317	0.303	0.307	0.276	0.355	0.379	0.374	0.558	0.628	0.381	0.182	0.289	0.214	0.203	0.292	0.167	0.413	0.250	0.208
Leadership_10	0.228	0.285	0.425	0.473	0.466	0.376	0.280	0.370	0.419	0.328	0.413	0.451	0.420	0.489	0.489	0.516	0.528	0.277	0.265	0.320	0.317	0.518	0.476	0.319
Leadership_11	0.221	0.207	0.355	0.381	0.467	0.261	0.277	0.345	0.356	0.242	0.242	0.410	0.378	0.423	0.270	0.215	0.197	0.316	0.285	0.288	0.265	0.528	0.361	0.388
Leadership_12	0.243	0.281	0.368	0.246	0.376	0.154	0.141	0.141	0.278	0.288	0.128	0.486	0.486	0.315	0.193	0.153	0.110	0.382	0.280	0.279	0.240	0.389	0.264	0.264
Leadership_13	0.399	0.337	0.305	0.578	0.396	0.296	0.300	0.412	0.373	0.366	0.366	0.437	0.425	0.608	0.473	0.282	0.320	0.302	0.187	0.398	0.172	0.172	0.216	0.103
Leadership_14	0.399	0.359	0.421	0.485	0.311	0.523	0.473	0.473	0.536	0.510	0.469	0.504	0.249	0.350	0.427	0.359	0.325	0.467	0.427	0.394	0.405	0.359	0.348	0.412
Leadership_15	0.386	0.281	0.397	0.397	0.387	0.319	0.407	0.463	0.551	0.355	0.393	0.536	0.280	0.399	0.323	0.251	0.279	0.389	0.418	0.370	0.274	0.374	0.395	0.328
Leadership_16	0.333	0.158	0.406	0.303	0.479	0.270	0.246	0.296	0.366	0.251	0.277	0.407	0.272	0.421	0.187	0.224	0.188	0.271	0.141	0.220	0.152	0.152	0.286	0.149
Other_1	1.000	0.345	0.535	0.454	0.463	0.444	0.411	0.384	0.468	0.433	0.355	0.388	0.253	0.253	0.210	0.322	0.234	0.353	0.310	0.524	0.234	0.261	0.251	0.249
Other_2	0.345	1.000	0.421	0.399	0.394	0.516	0.436	0.502	0.371	0.325	0.436	0.434	0.482	0.488	0.534	0.447	0.532	0.523	0.279	0.333	0.355	0.357	0.392	0.297
Other_3	0.535	0.421	1.000	0.412	0.392	0.465	0.351	0.455	0.513	0.451	0.384	0.531	0.361	0.370	0.299	0.291	0.395	0.478	0.449	0.488	0.385	0.507	0.414	0.401
Other_4	0.454	0.399	0.412	1.000	0.652	0.489	0.526	0.469	0.408	0.467	0.600	0.457	0.426	0.489	0.518	0.439	0.447	0.328	0.337	0.511	0.337	0.397	0.325	0.252
Other_5	0.463	0.394	0.392	0.652	1.000	0.487	0.464	0.438	0.345	0.492	0.495	0.402	0.494	0.472	0.411	0.415	0.451	0.264	0.239	0.434	0.233	0.346	0.368	0.288
Other_6	0.444	0.516	0.465	0.489	0.487	1.000	0.558	0.504	0.450	0.496	0.545	0.441	0.422	0.445	0.481	0.371	0.495	0.534	0.553	0.415	0.409	0.458	0.398	0.314
Other_7	0.411	0.436	0.351	0.526	0.464	0.558	1.000	0.519	0.526	0.564	0.586	0.487	0.317	0.385	0.487	0.305	0.318	0.379	0.443	0.370	0.420	0.312	0.460	0.402
Other_8	0.384	0.502	0.455	0.469	0.438	0.504	0.519	1.000	0.551	0.542	0.435	0.452	0.332	0.424	0.371	0.367	0.435	0.488	0.388	0.474	0.289	0.372	0.424	0.379
Other_9	0.468	0.371	0.513	0.408	0.345	0.450	0.526	0.551	1.000	0.590	0.455	0.465	0.217	0.390	0.294	0.346	0.288	0.385	0.429	0.455	0.384	0.403	0.421	0.341
Other_10	0.433	0.325	0.451	0.467	0.492	0.496	0.564	0.542	0.590	1.000	0.458	0.500	0.300	0.302	0.395	0.302	0.344	0.386	0.477	0.535	0.368	0.301	0.384	0.334
Other_11	0.355	0.436	0.384	0.600	0.495	0.545	0.586	0.435	0.455	0.458	1.000	0.530	0.523	0.503	0.613	0.385	0.487	0.400	0.341	0.402	0.458	0.399	0.429	0.442
Other_12	0.388	0.434	0.531	0.457	0.402	0.441	0.487	0.452	0.465	0.500	0.530	1.000	0.453	0.407	0.543	0.331	0.375	0.523	0.467	0.344	0.448	0.354	0.491	0.456
Other_13	0.253	0.482	0.361	0.426	0.494	0.422	0.317	0.332	0.217	0.300	0.523	0.453	1.000	0.658	0.522	0.394	0.538	0.391	0.369	0.345	0.324	0.512	0.402	0.370
Other_14	0.294	0.488	0.370	0.489	0.472	0.445	0.385	0.424	0.390	0.302	0.503	0.407	0.658	1.000	0.539	0.371	0.477	0.297	0.300	0.327	0.359	0.493	0.395	0.240
Other_15	0.210	0.534	0.299	0.518	0.411	0.481	0.487	0.371	0.294	0.395	0.613	0.543	0.522	0.539	1.000	0.418	0.538	0.419	0.380	0.298	0.397	0.383	0.463	0.305
Other_16	0.322	0.447	0.291	0.439	0.415	0.371	0.305	0.367	0.346	0.302	0.385	0.331	0.394	0.371	0.418	1.000	0.507	0.335	0.191	0.296	0.218	0.248	0.523	0.337
Other_17	0.234	0.532	0.395	0.447	0.451	0.495	0.318	0.435	0.288	0.344	0.487	0.375	0.538	0.477	0.538	0.507	1.000	0.389	0.294	0.394	0.241	0.329	0.474	0.241
Other_18	0.353	0.523	0.478	0.328	0.264	0.534	0.379	0.488	0.385	0.386	0.400	0.523	0.391	0.297	0.419	0.335	0.389	1.000	0.591	0.414	0.435	0.426	0.389	0.486
Other_19	0.310	0.279	0.449	0.337	0.239	0.553	0.443	0.388	0.429	0.477	0.341	0.467	0.369	0.300	0.380	0.191	0.294	0.591	1.000	0.529	0.479	0.479	0.422	0.373
Other_20	0.524	0.333	0.488	0.511	0.434	0.415	0.370	0.474	0.455	0.535	0.402	0.344	0.345	0.327	0.298	0.296	0.394	0.414	0.529	1.000	0.442	0.415	0.379	0.349
Other_21	0.234	0.355	0.385	0.337	0.233	0.409	0.420	0.289	0.384	0.368	0.458	0.448	0.324	0.359	0.397	0.218	0.241	0.435	0.479	0.442	1.000	0.521	0.435	0.456
Other_22	0.261	0.357	0.507	0.397	0.346	0.458	0.312	0.372	0.403	0.301	0.399	0.354	0.512	0.493	0.383	0.248	0.329	0.426	0.479	0.415	0.521	1.000	0.411	0.523
Other_23	0.251	0.392	0.414	0.325	0.368	0.398	0.460	0.424	0.421	0.384	0.429	0.491	0.402	0.395	0.463	0.523	0.474	0.389	0.422	0.379	0.435	0.411	1.000	0.552
Other_24	0.249	0.297	0.401	0.252	0.288	0.314	0.402	0.379	0.341	0.334	0.442	0.456	0.370	0.240	0.305	0.337	0.241	0.486	0.373	0.349	0.456	0.523	0.552	1.000
Other_25	0.137	0.284	0.346	0.393	0.268	0.371	0.406	0.321	0.364	0.257	0.438	0.380	0.352	0.381	0.415	0.348	0.351	0.502	0.465	0.309	0.497	0.516	0.551	0.601
Other_26	0.170	0.333	0.417	0.397	0.427	0.366	0.296	0.319	0.380	0.289	0.387	0.476	0.435	0.386	0.447	0.495	0.339	0.390	0.307	0.228	0.388	0.579	0.445	0.506
Other_27	0.238	0.282	0.403	0.551	0.381	0.409	0.399	0.441	0.441	0.332	0.434	0.396	0.368	0.370	0.423	0.325	0.339	0.521	0.508	0.436	0.450	0.477	0.406	0.502
Other_28	0.207	0.357	0.407	0.357	0.338	0.333	0.254	0.342	0.226	0.255	0.278	0.435	0.378	0.318	0.250	0.388	0.342	0.449	0.414	0.405	0.414	0.381	0.419	0.426
Other_29	0.298	0.463	0.396	0.410	0.361	0.515	0.432	0.429	0.465	0.465	0.521	0.514	0.411	0.366	0.591	0.283	0.324	0.587	0.515	0.340	0.424	0.473	0.444	0.434
Other_30	0.497	0.417	0.354	0.545	0.390	0.491	0.468	0.477	0.521	0.472	0.494	0.404	0.236	0.341	0.365	0.372	0.360	0.518	0.440	0.602	0.490	0.310	0.398	0.350
Other_31	0.387	0.349	0.428	0.473	0.505	0.455	0.376	0.370	0.433	0.411	0.406	0.392	0.480	0.484	0.438	0.528	0.395	0.359	0.432	0.352	0.220	0.515	0.380	0.379
Other_32	0.281	0.342	0.324	0.452	0.359	0.353	0.343	0.336	0.335	0.283	0.381	0.409	0.412	0.485	0.434	0.516	0.318	0.386	0.328	0.264	0.306	0.443	0.418	0.315
Other_33	0.293	0.373	0.282	0.470	0.362	0.473	0.350	0.455	0.382	0.385	0.461	0.383	0.491	0.433	0.388	0.323	0.400	0.546	0.488	0.473	0.329	0.365	0.309	0.330
Other_34	0.416	0.455	0.393	0.572	0.602	0.480	0.404	0.387	0.442	0.399	0.526	0.347	0.475	0.582	0.461	0.448	0.420	0.305	0.283	0.407	0.255	0.415	0.329	0.190
Other_35	0.271	0.274	0.391	0.305	0.349	0.410	0.367	0.415	0.458	0.331	0.411	0.406	0.458	0.439	0.236	0.080	0.233	0.455	0.461	0.448	0.417	0.557	0.315	0.444
Other_36	0.192	0.383	0.407	0.446	0.527	0.422	0.326	0.348	0.186	0.276	0.379	0.440	0.417	0.462	0.380	0.313	0.392	0.385	0.360	0.311	0.200	0.420	0.349	0.386
Other_37	0.280	0.358	0.321	0.487	0.575	0.333	0.325	0.338	0.346	0.326	0.521	0.375	0.460	0.579	0.425	0.454	0.498	0.255	0.262	0.478	0.422	0.399	0.459	0.297
Other_38	0.159	-0.008	0.248	0.159	0.141	0.075	0.044	0.142	0.262	0.203	0.022	0.051	-0.102	0.003	0.050	0.152	0.103	-0.036	0.000	0.153	-0.018	0.013	0.128	-0.134
Other_39	0.130	0.118	0.279	0.229	0.195	0.136	0.074	0.178	0.265	0.202	0.082	0.141	0.040	0.099	0.171	0.262	0.216	0.001	0.027	0.160	0.072	0.073	0.211	-0.074
Other_40	0.172	0.135	0.336	0.256	0.190	0.184	0.122	0.249	0.325	0.257	0.133	0.175	0.014	0.053	0.184	0.249	0.226	0.065	0.081	0.216	0.107	0.089	0.208	-0.055
Other_41	0.125	0.080	0.223	0.203	0.206	0.117	0.074	0.170	0.229	0.166	0.081	0.097	-0.035	0.067	0.081	0.225	0.148	-0.030	-0.028	0.142	0.022	0.026	0.171	-0.097
Other_42	0.193	0.121	0.328	0.249	0.196	0.190	0.140	0.245	0.321	0.270	0.119	0.152	-0.026	0.041	0.132	0.231	0.199	0.072	0.094	0.243	0.128	0.056	0.213	-0.040
Other_43	0.189	0.130	0.359	0.249	0.197	0.176	0.143	0.255	0.335	0.292	0.141	0.195	-0.011	0.054	0.154	0.234	0.210	0.083	0.084	0.257	0.145	0.098	0.259	0.002
Other_44	0.141	0.044	0.301	0.240	0.220	0.099	0.128	0.213	0.309	0.267	0.113	0.137	0.017	0.093	0.118	0.271	0.188	0.023	0.078	0.248	0.087	0.068	0.256	0.007
Other_45	0.151	0.109	0.285	0.246	0.211	0.120	0.106	0.200	0.305	0.218	0.141	0.150	0.019	0.092	0.152	0.293	0.184	0.037	0.045	0.201	0.109	0.074	0.238	-0.034
Other_46	0.199	0.154	0.332	0.223	0.204	0.195	0.122	0.267	0.307	0.257	0.108	0.141	-0.028	0.041	0.131	0.241	0.197	0.098	0.087	0.238	0.129	0.076	0.215	-0.012
Other_47	0.201	0.093	0.376	0.227	0.189	0.180	0.136	0.236	0.360	0.304	0.126	0.153	0.016	0.074	0.146	0.237	0.211	0.051	0.138	0.276	0.128	0.139	0.272	0.017
Other_48	0.159	0.110	0.326	0.245	0.201	0.161	0.108	0.241	0.367	0.273	0.126	0.112	0.014	0.094	0.135	0.264	0.198	0.009	0.066	0.226	0.103	0.143	0.239	-0.032
Other_49	0.203	0.072	0.375	0.240	0.192	0.207	0.144	0.243	0.359	0.320	0.119	0.137	-0.042	0.042	0.107	0.227	0.197	0.091	0.163	0.295	0.122	0.104	0.226	-0.007
Other_50	0.196	0.076	0.352	0.240	0.179	0.194	0.135	0.245	0.371	0.327	0.136	0.130	0.001	0.058	0.126	0.228	0.229	0.068	0.149	0.298	0.130	0.106	0.216	-0.018
Other_51	0.143	0.073	0.294	0.233	0.254	0.160	0.100	0.209	0.281	0.259	0.088	0.087	0.040	0.122	0.131	0.260	0.176	0.040	0.102	0.211	0.073	0.108	0.238	-0.031
Other_52	0.148	0.098	0.300	0.203	0.205	0.121	0.087	0.210	0.294	0.252	0.072	0.094	-0.005	0.064	0.109	0.292	0.210	0.021	0.050	0.219	0.086	0.077	0.254	-0.001
Other_53	0.179	0.088	0.317	0.254	0.245	0.166	0.137	0.244	0.326	0.306	0.113	0.105	-0.010	0.066	0.151	0.289	0.212	0.078	0.113	0.245	0.116	0.072	0.240	-0.020
Other_54	0.188	0.089	0.355	0.256	0.227	0.192	0.127	0.218	0.290	0.288	0.072	0.111	-0.010	0.055	0.118	0.218	0.210	0.072	0.149	0.287	0.116	0.106	0.229	-0.019
Other_55	0.150	0.085	0.286	0.231	0.238	0.159	0.102	0.209	0.259	0.235	0.094	0.108	-0.015	0.076	0.110	0.302	0.188	0.026	0.071	0.210	0.094	0.067	0.238	-0.014
Other_56	0.155	0.043	0.332	0.220	0.179	0.131	0.128	0.199	0.327	0.269	0.111	0.134	-0.009	0.055	0.104	0.212	0.165	0.014	0.087	0.250	0.084	0.088	0.246	-0.001
Other_57	0.172	0.039	0.317	0.243	0.199	0.147	0.064	0.192	0.325	0.228	0.081	0.098	0.010	0.084	0.111	0.237	0.164	0.031	0.107	0.268	0.092	0.127	0.240	-0.009
Other_58	0.138	0.059	0.324	0.240	0.231	0.162	0.088	0.213	0.284	0.278	0.076	0.109	0.024	0.089	0.164	0.225	0.176	0.022	0.073	0.215	0.112	0.126	0.214	-0.068
Other_59	0.172	0.088	0.316	0.271	0.250	0.166	0.130	0.253	0.327	0.270	0.137	0.150	0.017	0.085	0.151	0.237	0.192	0.061	0.084	0.256	0.118	0.117	0.252	0.029
Other_60	0.196	0.082	0.355	0.284	0.206	0.185	0.109	0.247	0.365	0.286	0.131	0.152	0.028	0.094	0.168	0.227	0.219	0.086	0.142	0.284	0.131	0.129	0.221	-0.031
Performance_1	0.286	0.293	0.366	0.290	0.408	0.283	0.257	0.305	0.364	0.416	0.401	0.443	0.483	0.518	0.375	0.419	0.348	0.237	0.228	0.319	0.170	0.331	0.373	0.250
Performance_2	0.134	0.085	0.297	0.235	0.185	0.091	0.075	0.231	0.333	0.224	0.120	0.113	-0.016	0.072	0.132	0.239	0.182	0.055	0.016	0.164	-0.022	0.070	0.177	-0.083
Performance_3	0.132	0.018	0.315	0.243	0.217	0.150	0.100	0.190	0.301	0.255	0.104	0.099	0.069	0.099	0.149	0.156	0.199	0.010	0.115	0.219	0.023	0.115	0.171	-0.106
Performance_4	0.160	0.043	0.275	0.203	0.188	0.144	0.084	0.235	0.297	0.251	0.068	0.130	-0.040	0.025	0.120	0.152	0.145	0.057	0.026	0.171	0.012	0.052	0.162	-0.110
Performance_5	0.097	0.045	0.275	0.252	0.221	0.071	0.079	0.218	0.302	0.226	0.142	0.135	0.027	0.113	0.153	0.258	0.190	0.016	0.007	0.153	0.005	0.070	0.204	-0.083
Performance_6	0.165	0.061	0.269	0.240	0.177	0.101	0.074	0.200	0.293	0.202	0.111	0.115	-0.022	0.061	0.151	0.289	0.184	0.036	0.028	0.171	-0.027	0.036	0.159	-0.115
Performance_7	0.143	0.030	0.282	0.238	0.224	0.077	0.120	0.242	0.305	0.245	0.098	0.134	-0.008	0.079	0.128	0.206	0.175	0.032	0.055	0.189	0.020	0.050	0.225	-0.073
Performance_8	0.143	0.031	0.310	0.247	0.257	0.176	0.100	0.216	0.249	0.250	0.106	0.124	0.027	0.078	0.149	0.198	0.189	0.037	0.080	0.215	0.022	0.111	0.197	-0.064
Performance_9	0.117	0.029	0.307	0.261	0.199	0.082	0.066	0.202	0.318	0.239	0.117	0.156	0.040	0.120	0.176	0.254	0.182	0.037	0.030	0.199	0.024	0.104	0.210	-0.057
Performance_10	0.152	0.035	0.358	0.237	0.197	0.132	0.105	0.214	0.275	0.258	0.062	0.133	-0.013	0.077	0.115	0.166	0.159	0.042	0.116	0.232	0.053	0.123	0.208	-0.091
Strategic_1	0.157	0.017	0.234	0.193	0.173	0.103	0.054	0.170	0.253	0.150	0.042	0.080	-0.072	0.014	0.083	0.180	0.088	-0.026	0.001	0.145	-0.024	0.008	0.134	-0.119
Strategic_2	0.169	0.024	0.266	0.131	0.136	0.085	0.016	0.152	0.278	0.173	0.069	0.103	-0.001	0.073	0.134	0.205	0.136	0.013	0.000	0.132	-0.041	0.046	0.150	-0.082
Strategic_3	0.152	-0.003	0.245	0.148	0.154	0.080	0.036	0.157	0.257	0.199	-0.014	0.023	-0.081	0.059	0.054	0.154	0.095	-0.024	-0.004	0.139	-0.063	0.018	0.108	-0.155
Strategic_4	0.154	-0.016	0.270	0.247	0.174	0.095	0.121	0.172	0.309	0.264	0.125	0.176	-0.043	0.039	0.140	0.194	0.160	0.021	0.051	0.194	0.049	0.030	0.174	-0.093
Strategic_5	0.168	0.073	0.282	0.210	0.190	0.134	0.051	0.201	0.334	0.206	0.107	0.108	-0.042	0.075	0.130	0.281	0.159	0.038	0.011	0.158	0.065	0.050	0.204	-0.055
Strategic_6	0.155	-0.036	0.318	0.181	0.157	0.138	0.097	0.182	0.314	0.309	0.073	0.090	-0.058	0.013	0.078	0.122	0.124	-0.003	0.064	0.229	0.007	0.095	0.167	-0.097
Strategic_7	0.145	0.056	0.288	0.241	0.213	0.137	0.062	0.237	0.308	0.239	0.066	0.087	-0.022	0.078	0.133	0.205	0.199	0.027	0.025	0.180	0.002	0.065	0.170	-0.109
Strategic_8	0.174	0.034	0.307	0.197	0.137	0.072	0.030	0.196	0.305	0.224	0.050	0.098	-0.062	0.021	0.106	0.184	0.167	0.045	0.015	0.179	-0.014	0.054	0.157	-0.118
Strategic_9	0.166	-0.037	0.276	0.160	0.151	0.128	0.073	0.176	0.317	0.257	0.071	0.133	-0.053	0.009	0.087	0.114	0.100	0.024	0.056	0.223	0.061	0.066	0.179	-0.066
Strategic_10	0.125	0.028	0.319	0.247	0.224	0.139	0.078	0.206	0.284	0.225	0.128	0.127	0.011	0.072	0.131	0.217	0.144	0.023	0.039	0.211	0.040	0.125	0.210	-0.026
Strategic_11	0.196	-0.056	0.286	0.193	0.160	0.076	0.070	0.203	0.319	0.254	-0.002	0.071	-0.138	-0.024	0.043	0.098	0.099	0.016	0.048	0.211	-0.018	0.024	0.156	-0.125
Strategic_12	0.149	0.019	0.282	0.232	0.202	0.137	0.080	0.174	0.220	0.223	0.071	0.138	0.027	0.094	0.148	0.162	0.188	0.002	0.075	0.184	0.010	0.070	0.161	-0.146
Strategic_13	0.167	0.008	0.269	0.195	0.189	0.109	0.108	0.165	0.273	0.223	0.055	0.094	-0.032	0.041	0.119	0.183	0.105	-0.020	0.038	0.148	0.006	0.020	0.162	-0.119
Strategic_14	0.167	0.024	0.315	0.196	0.159	0.125	0.087	0.221	0.315	0.240	0.120	0.136	0.001	0.044	0.128	0.162	0.155	0.070	0.077	0.212	-0.011	0.091	0.146	-0.082
Strategic_15	0.147	0.048	0.308	0.191	0.160	0.121	0.054	0.197	0.280	0.230	0.053	0.059	-0.116	-0.013	0.032	0.125	0.165	-0.014	-0.005	0.176	0.004	0.055	0.120	-0.141
Support_1	0.155	0.050	0.311	0.255	0.184	0.123	0.102	0.204	0.319	0.285	0.116	0.143	0.017	0.079	0.172	0.250	0.200	0.035	0.075	0.236	0.051	0.119	0.178	-0.097
Support_2	0.145	0.034	0.286	0.264	0.215	0.132	0.098	0.164	0.281	0.258	0.108	0.131	0.045	0.107	0.166	0.245	0.179	0.004	0.087	0.234	0.075	0.130	0.183	-0.101
Support_3	0.145	0.032	0.295	0.154	0.155	0.093	0.059	0.174	0.290	0.228	0.045	0.114	-0.002	0.077	0.097	0.213	0.126	0.016	0.067	0.184	0.007	0.083	0.210	-0.081
Support_4	0.181	0.006	0.288	0.171	0.161	0.084	0.052	0.167	0.319	0.246	0.036	0.110	-0.061	0.053	0.109	0.233	0.130	0.028	0.025	0.165	-0.001	0.040	0.194	-0.054
Support_5	0.191	-0.022	0.255	0.144	0.132	0.045	0.026	0.169	0.301	0.244	-0.030	0.064	-0.103	0.038	0.070	0.158	0.092	0.006	0.014	0.208	0.034	0.051	0.167	-0.099
Support_6	0.150	-0.009	0.283	0.209	0.178	0.167	0.054	0.189	0.279	0.263	0.061	0.097	-0.063	0.026	0.099	0.148	0.162	-0.015	0.018	0.215	0.037	0.100	0.130	-0.109
Support_7	0.115	0.032	0.268	0.287	0.216	0.095	0.111	0.222	0.295	0.231	0.134	0.129	0.014	0.088	0.135	0.239	0.203	-0.023	0.024	0.178	0.001	0.052	0.182	-0.124
Support_8	0.146	-0.022	0.241	0.197	0.170	0.087	0.077	0.157	0.292	0.212	0.089	0.101	-0.081	-0.002	0.087	0.167	0.107	-0.032	-0.026	0.142	0.012	0.017	0.150	-0.105
Support_9	0.169	0.021	0.298	0.114	0.067	0.064	0.022	0.134	0.268	0.174	0.046	0.134	-0.100	-0.025	0.094	0.136	0.103	0.039	-0.007	0.119	-0.006	-0.015	0.121	-0.125
Support_10	0.160	0.024	0.276	0.238	0.204	0.130	0.087	0.227	0.257	0.221	0.070	0.109	-0.033	0.063	0.101	0.228	0.146	0.008	0.052	0.236	0.012	0.082	0.177	-0.057

	Other_25	Other_26	Other_27	Other_28	Other_29	Other_30	Other_31	Other_32	Other_33	Other_34	Other_35	Other_36	Other_37	Other_38	Other_39	Other_40	Other_41	Other_42	Other_43	Other_44	Other_45
Core_1	0.016	0.051	0.048	-0.028	0.035	0.182	0.161	0.081	0.006	0.250	-0.120	-0.046	0.069	0.748	0.745	0.754	0.746	0.768	0.749	0.768	0.772
Core_2	0.061	0.122	0.039	0.014	0.046	0.171	0.160	0.105	-0.040	0.278	-0.063	0.024	0.181	0.748	0.736	0.742	0.749	0.753	0.771	0.756	0.751
Core_3	0.062	0.125	0.083	0.016	0.082	0.144	0.236	0.119	0.007	0.255	-0.073	-0.045	0.124	0.748	0.768	0.767	0.760	0.773	0.772	0.779	0.774
Core_4	-0.010	0.079	-0.009	-0.027	0.030	0.139	0.162	0.070	-0.042	0.251	-0.101	-0.055	0.067	0.748	0.755	0.754	0.749	0.756	0.765	0.735	0.736
Core_5	0.052	0.188	0.047	0.061	0.069	0.138	0.222	0.164	-0.029	0.287	-0.029	0.061	0.206	0.748	0.784	0.781	0.771	0.748	0.755	0.788	0.789
Improvements_1	0.448	0.436	0.495	0.376	0.436	0.426	0.366	0.320	0.398	0.376	0.229	0.350	0.409	0.329	0.404	0.438	0.345	0.418	0.410	0.425	0.414
Improvements_2	0.033	0.137	0.058	0.025	0.045	0.210	0.190	0.132	0.000	0.260	-0.076	-0.030	0.180	0.748	0.766	0.765	0.756	0.755	0.761	0.747	0.765
Improvements_3	0.024	0.160	0.057	0.044	0.077	0.181	0.190	0.095	-0.004	0.235	-0.061	-0.051	0.174	0.748	0.772	0.792	0.747	0.786	0.794	0.766	0.775
Improvements_4	0.114	0.162	0.110	0.034	0.124	0.192	0.184	0.140	-0.022	0.298	-0.040	0.017	0.199	0.748	0.790	0.800	0.764	0.783	0.792	0.791	0.803
Improvements_5	0.060	0.114	0.093	0.022	0.118	0.210	0.175	0.085	0.060	0.267	-0.019	-0.024	0.128	0.748	0.751	0.783	0.746	0.785	0.806	0.781	0.757
Leadership_1	0.224	0.289	0.205	0.256	0.368	0.281	0.402	0.219	0.350	0.368	0.466	0.283	0.347	0.134	0.108	0.176	0.120	0.171	0.191	0.192	0.152
Leadership_2	0.282	0.347	0.298	0.397	0.307	0.327	0.361	0.554	0.250	0.416	0.375	0.409	0.367	0.208	0.223	0.234	0.284	0.219	0.216	0.228	0.275
Leadership_3	0.118	0.297	0.190	0.210	0.193	0.435	0.480	0.305	0.197	0.456	0.246	0.171	0.358	0.415	0.339	0.366	0.384	0.384	0.380	0.373	0.364
Leadership_4	0.240	0.361	0.344	0.313	0.354	0.479	0.419	0.400	0.275	0.503	0.266	0.414	0.433	0.216	0.276	0.298	0.249	0.264	0.254	0.205	0.252
Leadership_5	0.302	0.331	0.378	0.378	0.357	0.491	0.478	0.341	0.341	0.512	0.331	0.226	0.385	0.531	0.501	0.535	0.513	0.553	0.563	0.558	0.507
Leadership_6	0.464	0.445	0.514	0.418	0.418	0.516	0.436	0.383	0.482	0.363	0.282	0.293	0.330	0.347	0.357	0.402	0.357	0.452	0.453	0.457	0.412
Leadership_7	0.166	0.324	0.227	0.140	0.430	0.301	0.444	0.263	0.210	0.343	0.356	0.319	0.237	0.273	0.219	0.272	0.227	0.250	0.288	0.279	0.243
Leadership_8	0.085	0.295	0.178	0.159	0.280	0.306	0.388	0.368	0.255	0.522	0.301	0.300	0.378	0.298	0.298	0.251	0.299	0.243	0.261	0.266	0.289
Leadership_9	0.276	0.325	0.300	0.246	0.374	0.314	0.433	0.373	0.403	0.403	0.350	0.413	0.415	0.061	0.110	0.041	0.104	0.030	0.064	0.094	0.085
Leadership_10	0.483	0.588	0.459	0.415	0.345	0.336	0.549	0.523	0.302	0.548	0.297	0.456	0.536	0.328	0.378	0.383	0.383	0.370	0.390	0.440	0.421
Leadership_11	0.424	0.535	0.535	0.317	0.416	0.255	0.454	0.502	0.244	0.505	0.476	0.520	0.510	0.060	0.099	0.084	0.098	0.027	0.072	0.079	0.121
Leadership_12	0.199	0.409	0.286	0.372	0.393	0.213	0.359	0.383	0.241	0.342	0.469	0.367	0.369	0.055	0.095	0.087	0.105	0.051	0.080	0.088	0.112
Leadership_13	0.286	0.243	0.372	0.196	0.443	0.450	0.347	0.447	0.447	0.548	0.325	0.360	0.396	0.073	0.110	0.100	0.085	0.072	0.072	0.075	0.102
Leadership_14	0.412	0.376	0.500	0.347	0.463	0.463	0.455	0.395	0.550	0.366	0.306	0.316	0.203	0.095	0.135	0.182	0.120	0.219	0.228	0.175	0.168
Leadership_15	0.339	0.433	0.470	0.406	0.406	0.489	0.431	0.485	0.344	0.489	0.472	0.375	0.467	0.167	0.207	0.225	0.203	0.176	0.184	0.183	0.231
Leadership_16	0.295	0.364	0.248	0.234	0.308	0.279	0.357	0.429	0.429	0.524	0.400	0.407	0.420	0.326	0.282	0.268	0.375	0.277	0.307	0.307	0.327
Other_1	0.137	0.170	0.238	0.207	0.298	0.497	0.387	0.281	0.293	0.416	0.271	0.192	0.280	0.159	0.130	0.172	0.125	0.193	0.189	0.141	0.151
Other_2	0.284	0.333	0.282	0.357	0.463	0.417	0.349	0.342	0.373	0.455	0.274	0.383	0.358	-0.008	0.118	0.135	0.080	0.121	0.130	0.044	0.109
Other_3	0.346	0.417	0.403	0.407	0.396	0.354	0.428	0.324	0.282	0.393	0.391	0.407	0.321	0.248	0.279	0.336	0.223	0.328	0.359	0.301	0.285
Other_4	0.393	0.397	0.551	0.357	0.410	0.545	0.473	0.452	0.470	0.572	0.305	0.446	0.487	0.159	0.229	0.256	0.203	0.249	0.249	0.240	0.246
Other_5	0.268	0.427	0.381	0.338	0.361	0.390	0.505	0.359	0.362	0.602	0.349	0.527	0.575	0.141	0.195	0.190	0.206	0.196	0.197	0.220	0.211
Other_6	0.371	0.366	0.409	0.333	0.515	0.491	0.455	0.353	0.473	0.480	0.410	0.422	0.333	0.075	0.136	0.184	0.117	0.190	0.176	0.099	0.120
Other_7	0.406	0.296	0.399	0.254	0.432	0.468	0.376	0.343	0.350	0.404	0.367	0.326	0.325	0.044	0.074	0.122	0.074	0.140	0.143	0.128	0.106
Other_8	0.321	0.319	0.441	0.342	0.429	0.477	0.370	0.336	0.455	0.387	0.415	0.348	0.338	0.142	0.178	0.249	0.170	0.245	0.255	0.213	0.200
Other_9	0.364	0.380	0.441	0.226	0.465	0.521	0.433	0.335	0.382	0.442	0.458	0.186	0.346	0.262	0.265	0.325	0.229	0.321	0.335	0.309	0.305
Other_10	0.257	0.289	0.332	0.255	0.465	0.472	0.411	0.283	0.385	0.399	0.331	0.276	0.326	0.203	0.202	0.257	0.166	0.270	0.292	0.267	0.218
Other_11	0.438	0.387	0.434	0.278	0.521	0.494	0.406	0.381	0.461	0.526	0.411	0.379	0.521	0.022	0.082	0.133	0.081	0.119	0.141	0.113	0.141
Other_12	0.380	0.476	0.396	0.435	0.514	0.404	0.392	0.409	0.383	0.347	0.406	0.440	0.375	0.051	0.141	0.175	0.097	0.152	0.195	0.137	0.150
Other_13	0.352	0.435	0.368	0.378	0.411	0.236	0.480	0.412	0.491	0.475	0.458	0.417	0.460	-0.102	0.040	0.014	-0.035	-0.026	-0.011	0.017	0.019
Other_14	0.381	0.386	0.370	0.318	0.366	0.341	0.484	0.485	0.433	0.582	0.439	0.462	0.579	0.003	0.099	0.053	0.067	0.041	0.054	0.093	0.092
Other_15	0.415	0.447	0.423	0.250	0.591	0.365	0.438	0.434	0.388	0.461	0.236	0.380	0.425	0.050	0.171	0.184	0.081	0.132	0.154	0.118	0.152
Other_16	0.348	0.495	0.325	0.388	0.283	0.372	0.528	0.516	0.323	0.448	0.080	0.313	0.454	0.152	0.262	0.249	0.225	0.231	0.234	0.271	0.293
Other_17	0.351	0.339	0.339	0.342	0.324	0.360	0.395	0.318	0.400	0.420	0.233	0.392	0.498	0.103	0.216	0.226	0.148	0.199	0.210	0.188	0.184
Other_18	0.502	0.390	0.521	0.449	0.587	0.518	0.359	0.386	0.546	0.305	0.455	0.385	0.255	-0.036	0.001	0.065	-0.030	0.072	0.083	0.023	0.037
Other_19	0.465	0.307	0.508	0.414	0.515	0.440	0.432	0.328	0.488	0.283	0.461	0.360	0.262	0.000	0.027	0.081	-0.028	0.094	0.084	0.078	0.045
Other_20	0.309	0.228	0.436	0.405	0.340	0.602	0.352	0.264	0.473	0.407	0.448	0.311	0.478	0.153	0.160	0.216	0.142	0.243	0.257	0.248	0.201
Other_21	0.497	0.388	0.450	0.414	0.424	0.490	0.220	0.306	0.329	0.255	0.417	0.200	0.422	-0.018	0.072	0.107	0.022	0.128	0.145	0.087	0.109
Other_22	0.516	0.579	0.477	0.381	0.473	0.310	0.515	0.443	0.365	0.415	0.557	0.420	0.399	0.013	0.073	0.089	0.026	0.056	0.098	0.068	0.074
Other_23	0.551	0.445	0.406	0.419	0.444	0.398	0.380	0.418	0.309	0.329	0.315	0.349	0.459	0.128	0.211	0.208	0.171	0.213	0.259	0.256	0.238
Other_24	0.601	0.506	0.502	0.426	0.434	0.350	0.379	0.315	0.330	0.190	0.444	0.386	0.297	-0.134	-0.074	-0.055	-0.097	-0.040	0.002	0.007	-0.034
Other_25	1.000	0.488	0.626	0.459	0.531	0.486	0.351	0.447	0.445	0.396	0.378	0.470	0.335	0.008	0.085	0.077	0.066	0.116	0.148	0.162	0.136
Other_26	0.488	1.000	0.435	0.534	0.367	0.274	0.609	0.555	0.283	0.402	0.389	0.485	0.477	0.089	0.182	0.173	0.104	0.090	0.134	0.146	0.178
Other_27	0.626	0.435	1.000	0.478	0.518	0.557	0.393	0.451	0.573	0.377	0.409	0.386	0.324	0.026	0.092	0.146	0.068	0.160	0.142	0.153	0.150
Other_28	0.459	0.534	0.478	1.000	0.190	0.431	0.409	0.471	0.368	0.338	0.354	0.506	0.496	-0.009	0.076	0.080	0.071	0.076	0.062	0.102	0.107
Other_29	0.531	0.367	0.518	0.190	1.000	0.445	0.369	0.407	0.519	0.398	0.423	0.369	0.235	0.028	0.092	0.139	0.037	0.112	0.153	0.087	0.117
Other_30	0.486	0.274	0.557	0.431	0.445	1.000	0.367	0.425	0.606	0.530	0.405	0.222	0.435	0.155	0.179	0.227	0.199	0.284	0.277	0.224	0.247
Other_31	0.351	0.609	0.393	0.409	0.369	0.367	1.000	0.613	0.343	0.547	0.351	0.416	0.510	0.160	0.194	0.207	0.188	0.151	0.153	0.210	0.214
Other_32	0.447	0.555	0.451	0.471	0.407	0.425	0.613	1.000	0.399	0.494	0.303	0.389	0.448	0.090	0.120	0.113	0.164	0.066	0.084	0.119	0.162
Other_33	0.445	0.283	0.573	0.368	0.519	0.606	0.343	0.399	1.000	0.377	0.485	0.301	0.268	-0.038	-0.009	0.031	-0.006	0.077	0.065	0.081	0.032
Other_34	0.396	0.402	0.377	0.338	0.398	0.530	0.547	0.494	0.377	1.000	0.371	0.517	0.629	0.249	0.313	0.299	0.334	0.304	0.297	0.284	0.339
Other_35	0.378	0.389	0.409	0.354	0.423	0.405	0.351	0.303	0.485	0.371	1.000	0.354	0.425	-0.097	-0.084	-0.035	-0.099	-0.042	-0.026	-0.023	-0.067
Other_36	0.470	0.485	0.386	0.506	0.369	0.222	0.416	0.389	0.301	0.517	0.354	1.000	0.502	-0.036	0.035	0.023	0.065	0.016	0.021	0.074	0.068
Other_37	0.335	0.477	0.324	0.496	0.235	0.435	0.510	0.448	0.268	0.629	0.425	0.502	1.000	0.128	0.197	0.181	0.196	0.155	0.155	0.226	0.243
Other_38	0.008	0.089	0.026	-0.009	0.028	0.155	0.160	0.090	-0.038	0.249	-0.097	-0.036	0.128	1.000	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748
Other_39	0.085	0.182	0.092	0.076	0.092	0.179	0.194	0.120	-0.009	0.313	-0.084	0.035	0.197	0.748	1.000	0.844	0.801	0.815	0.812	0.799	0.835
Other_40	0.077	0.173	0.146	0.080	0.139	0.227	0.207	0.113	0.031	0.299	-0.035	0.023	0.181	0.748	0.844	1.000	0.785	0.843	0.835	0.802	0.834
Other_41	0.066	0.104	0.068	0.071	0.037	0.199	0.188	0.164	-0.006	0.334	-0.099	0.065	0.196	0.748	0.801	0.785	1.000	0.810	0.800	0.801	0.826
Other_42	0.116	0.090	0.160	0.076	0.112	0.284	0.151	0.066	0.077	0.304	-0.042	0.016	0.155	0.748	0.815	0.843	0.810	1.000	0.867	0.834	0.839
Other_43	0.148	0.134	0.142	0.062	0.153	0.277	0.153	0.084	0.065	0.297	-0.026	0.021	0.155	0.748	0.812	0.835	0.800	0.867	1.000	0.830	0.832
Other_44	0.162	0.146	0.153	0.102	0.087	0.224	0.210	0.119	0.081	0.284	-0.023	0.074	0.226	0.748	0.799	0.802	0.801	0.834	0.830	1.000	0.844
Other_45	0.136	0.178	0.150	0.107	0.117	0.247	0.214	0.162	0.032	0.339	-0.067	0.068	0.243	0.748	0.835	0.834	0.826	0.839	0.832	0.844	1.000
Other_46	0.089	0.124	0.139	0.101	0.119	0.269	0.188	0.099	0.061	0.286	-0.039	0.026	0.173	0.748	0.808	0.844	0.810	0.864	0.850	0.821	0.833
Other_47	0.095	0.184	0.130	0.062	0.124	0.234	0.206	0.074	0.042	0.261	-0.010	-0.001	0.170	0.748	0.819	0.832	0.746	0.820	0.837	0.808	0.809
Other_48	0.082	0.195	0.127	0.085	0.118	0.231	0.225	0.119	0.037	0.332	-0.023	0.054	0.228	0.748	0.813	0.831	0.768	0.810	0.811	0.804	0.828
Other_49	0.116	0.149	0.153	0.117	0.111	0.278	0.216	0.111	0.118	0.290	-0.017	0.040	0.185	0.748	0.776	0.809	0.761	0.829	0.829	0.817	0.797
Other_50	0.099	0.123	0.158	0.077	0.108	0.270	0.186	0.038	0.090	0.293	-0.013	0.009	0.181	0.748	0.798	0.826	0.752	0.843	0.837	0.825	0.814
Other_51	0.119	0.201	0.153	0.122	0.099	0.222	0.227	0.163	0.094	0.338	-0.051	0.090	0.214	0.748	0.802	0.791	0.787	0.805	0.801	0.821	0.822
Other_52	0.115	0.172	0.110	0.116	0.081	0.211	0.192	0.102	0.012	0.278	-0.056	0.044	0.221	0.748	0.840	0.827	0.785	0.824	0.826	0.834	0.831
Other_53	0.105	0.191	0.154	0.100	0.116	0.251	0.211	0.119	0.052	0.306	-0.041	0.039	0.232	0.748	0.805	0.819	0.754	0.823	0.816	0.822	0.825
Other_54	0.135	0.150	0.148	0.109	0.095	0.262	0.181	0.108	0.077	0.297	-0.035	0.060	0.168	0.748	0.805	0.803	0.775	0.834	0.837	0.821	0.801
Other_55	0.107	0.192	0.132	0.137	0.067	0.230	0.224	0.156	0.047	0.299	-0.080	0.074	0.221	0.748	0.831	0.820	0.813	0.826	0.820	0.831	0.843
Other_56	0.104	0.140	0.138	0.070	0.095	0.228	0.169	0.079	0.039	0.268	0.002	0.016	0.172	0.748	0.820	0.821	0.779	0.828	0.834	0.825	0.821
Other_57	0.148	0.164	0.199	0.114	0.101	0.259	0.203	0.141	0.074	0.310	-0.027	0.049	0.185	0.748	0.820	0.812	0.789	0.829	0.826	0.823	0.833
Other_58	0.106	0.211	0.127	0.077	0.119	0.203	0.208	0.122	0.014	0.321	-0.001	0.062	0.200	0.748	0.816	0.827	0.757	0.814	0.811	0.805	0.817
Other_59	0.129	0.184	0.193	0.095	0.137	0.264	0.186	0.141	0.076	0.318	-0.005	0.077	0.204	0.748	0.817	0.828	0.790	0.832	0.835	0.817	0.826
Other_60	0.149	0.143	0.221	0.085	0.139	0.284	0.192	0.100	0.119	0.331	-0.011	0.049	0.182	0.748	0.813	0.837	0.770	0.851	0.843	0.823	0.826
Performance_1	0.186	0.357	0.187	0.160	0.344	0.260	0.478	0.454	0.338	0.486	0.346	0.244	0.439	0.105	0.153	0.117	0.130	0.111	0.175	0.182	0.151
Performance_2	0.078	0.147	0.118	0.026	0.139	0.207	0.227	0.184	0.060	0.343	-0.059	0.043	0.193	0.748	0.764	0.781	0.765	0.771	0.782	0.783	0.803
Performance_3	0.067	0.169	0.138	0.054	0.096	0.155	0.251	0.117	0.051	0.315	0.008	0.053	0.193	0.748	0.773	0.796	0.750	0.780	0.768	0.798	0.790
Performance_4	0.075	0.102	0.114	0.047	0.126	0.235	0.147	0.130	0.066	0.330	-0.030	0.012	0.135	0.748	0.761	0.786	0.773	0.798	0.800	0.762	0.770
Performance_5	0.106	0.185	0.145	0.064	0.107	0.178	0.234	0.178	0.055	0.341	-0.046	0.084	0.244	0.748	0.790	0.799	0.784	0.781	0.787	0.814	0.829
Performance_6	0.021	0.163	0.101	0.043	0.076	0.174	0.260	0.203	-0.001	0.298	-0.095	-0.004	0.193	0.748	0.789	0.789	0.777	0.760	0.763	0.771	0.795
Performance_7	0.074	0.153	0.112	0.055	0.083	0.206	0.206	0.135	0.041	0.285	-0.039	0.027	0.225	0.748	0.763	0.775	0.762	0.775	0.780	0.807	0.804
Performance_8	0.065	0.220	0.123	0.085	0.098	0.163	0.265	0.202	0.029	0.302	-0.018	0.069	0.184	0.748	0.767	0.780	0.781	0.770	0.784	0.776	0.773
Performance_9	0.153	0.205	0.166	0.066	0.153	0.184	0.242	0.207	0.071	0.333	-0.035	0.089	0.206	0.748	0.799	0.802	0.778	0.783	0.802	0.819	0.816
Performance_10	0.083	0.164	0.086	0.076	0.077	0.203	0.221	0.133	0.065	0.281	-0.008	0.036	0.172	0.748	0.759	0.767	0.751	0.776	0.792	0.791	0.777
Strategic_1	0.011	0.100	0.092	0.012	0.034	0.168	0.191	0.161	-0.030	0.252	-0.091	-0.023	0.122	0.748	0.775	0.784	0.801	0.780	0.760	0.767	0.787
Strategic_2	-0.002	0.121	0.041	-0.028	0.067	0.113	0.229	0.130	-0.026	0.243	-0.073	-0.076	0.127	0.748	0.769	0.759	0.752	0.741	0.742	0.752	0.758
Strategic_3	-0.002	0.089	0.036	0.017	0.033	0.149	0.203	0.135	-0.013	0.286	-0.067	0.024	0.148	0.748	0.765	0.749	0.775	0.739	0.727	0.745	0.744
Strategic_4	0.080	0.157	0.098	0.041	0.091	0.209	0.167	0.138	0.039	0.299	-0.076	0.012	0.193	0.748	0.777	0.778	0.745	0.758	0.771	0.772	0.777
Strategic_5	0.105	0.163	0.138	0.061	0.127	0.228	0.233	0.165	0.034	0.324	-0.097	0.020	0.204	0.748	0.798	0.814	0.795	0.816	0.807	0.799	0.839
Strategic_6	0.020	0.158	0.052	0.023	0.084	0.169	0.184	0.107	-0.003	0.268	-0.008	-0.013	0.135	0.748	0.724	0.744	0.718	0.736	0.766	0.737	0.719
Strategic_7	0.045	0.145	0.123	0.065	0.087	0.187	0.225	0.145	0.039	0.318	-0.033	0.047	0.206	0.748	0.775	0.798	0.772	0.783	0.777	0.765	0.766
Strategic_8	0.108	0.096	0.100	-0.021	0.143	0.187	0.173	0.101	0.026	0.280	-0.082	-0.020	0.095	0.748	0.760	0.781	0.744	0.786	0.809	0.774	0.775
Strategic_9	0.087	0.107	0.099	0.049	0.094	0.218	0.143	0.088	0.022	0.267	0.002	-0.038	0.142	0.748	0.755	0.771	0.762	0.791	0.795	0.774	0.773
Strategic_10	0.104	0.201	0.152	0.068	0.121	0.193	0.238	0.204	0.045	0.312	-0.011	0.063	0.176	0.748	0.764	0.786	0.786	0.791	0.806	0.802	0.807
Strategic_11	0.071	0.086	0.097	0.012	0.088	0.218	0.153	0.095	0.023	0.249	-0.032	-0.015	0.122	0.748	0.720	0.749	0.718	0.758	0.767	0.752	0.735
Strategic_12	0.038	0.129	0.081	0.034	0.038	0.168	0.198	0.113	0.027	0.305	-0.039	0.017	0.149	0.748	0.792	0.774	0.780	0.775	0.779	0.766	0.766
Strategic_13	0.025	0.121	0.068	0.007	0.067	0.164	0.213	0.126	0.004	0.281	-0.032	-0.005	0.157	0.748	0.757	0.779	0.754	0.776	0.752	0.792	0.781
Strategic_14	0.055	0.130	0.125	0.019	0.147	0.212	0.240	0.165	0.053	0.315	0.006	0.024	0.145	0.748	0.761	0.794	0.762	0.773	0.774	0.777	0.797
Strategic_15	0.044	0.068	0.035	0.000	0.051	0.212	0.150	0.079	-0.026	0.314	-0.066	0.035	0.149	0.748	0.743	0.765	0.764	0.779	0.787	0.750	0.765
Support_1	0.062	0.213	0.082	0.081	0.097	0.158	0.256	0.167	0.016	0.300	-0.025	0.032	0.224	0.748	0.778	0.786	0.740	0.752	0.767	0.782	0.772
Support_2	0.090	0.230	0.100	0.116	0.071	0.169	0.258	0.192	0.021	0.333	-0.036	0.080	0.246	0.748	0.792	0.778	0.769	0.758	0.763	0.797	0.796
Support_3	0.130	0.139	0.090	0.073	0.106	0.192	0.231	0.169	0.073	0.303	-0.044	0.052	0.157	0.748	0.781	0.781	0.790	0.785	0.792	0.822	0.808
Support_4	0.142	0.142	0.097	0.016	0.140	0.188	0.201	0.156	0.068	0.287	-0.080	0.026	0.128	0.748	0.779	0.772	0.741	0.768	0.783	0.792	0.769
Support_5	0.064	0.124	0.024	0.008	0.082	0.176	0.161	0.083	-0.041	0.225	-0.074	-0.043	0.141	0.748	0.756	0.739	0.729	0.742	0.761	0.759	0.748
Support_6	0.031	0.146	0.051	0.009	0.076	0.180	0.177	0.111	-0.039	0.300	-0.028	0.001	0.137	0.748	0.775	0.771	0.754	0.759	0.777	0.724	0.739
Support_7	0.073	0.149	0.150	0.058	0.065	0.184	0.213	0.141	0.038	0.323	-0.065	0.068	0.213	0.748	0.795	0.810	0.796	0.796	0.796	0.813	0.820
Support_8	0.058	0.122	0.099	0.007	0.104	0.186	0.157	0.106	-0.026	0.299	-0.039	-0.003	0.154	0.748	0.785	0.804	0.765	0.787	0.780	0.764	0.798
Support_9	0.004	0.067	0.019	-0.008	0.067	0.158	0.149	0.076	-0.025	0.214	-0.091	-0.099	0.103	0.748	0.762	0.786	0.739	0.766	0.764	0.746	0.761
Support_10	0.027	0.165	0.105	0.072	0.056	0.187	0.257	0.186	0.017	0.258	-0.031	0.037	0.166	0.748	0.774	0.781	0.801	0.775	0.780	0.792	0.785

	Other_46	Other_47	Other_48	Other_49	Other_50	Other_51	Other_52	Other_53	Other_54	Other_55	Other_56	Other_57	Other_58	Other_59	Other_60	Performance_1	Performance_2	Performance_3	Performance_4	Performance_5	Performance_6
Core_1	0.760	0.755	0.746	0.758	0.761	0.768	0.739	0.763	0.755	0.769	0.753	0.757	0.765	0.748	0.763	0.094	0.755	0.765	0.752	0.760	0.751
Core_2	0.747	0.745	0.738	0.770	0.751	0.753	0.735	0.761	0.771	0.746	0.749	0.749	0.763	0.755	0.756	0.133	0.772	0.769	0.771	0.768	0.745
Core_3	0.764	0.786	0.748	0.774	0.780	0.775	0.778	0.783	0.767	0.785	0.775	0.789	0.755	0.760	0.775	0.166	0.752	0.773	0.749	0.765	0.790
Core_4	0.741	0.766	0.775	0.771	0.761	0.740	0.747	0.730	0.753	0.744	0.773	0.760	0.755	0.738	0.745	0.131	0.761	0.749	0.764	0.735	0.742
Core_5	0.756	0.777	0.795	0.758	0.742	0.786	0.787	0.763	0.754	0.781	0.799	0.767	0.792	0.777	0.749	0.157	0.778	0.782	0.756	0.807	0.766
Improvements_1	0.398	0.419	0.433	0.430	0.440	0.402	0.414	0.424	0.397	0.401	0.431	0.393	0.418	0.415	0.441	0.214	0.389	0.409	0.375	0.437	0.367
Improvements_2	0.756	0.773	0.786	0.765	0.752	0.752	0.752	0.745	0.741	0.756	0.763	0.769	0.755	0.762	0.774	0.119	0.760	0.736	0.745	0.766	0.762
Improvements_3	0.796	0.785	0.775	0.794	0.776	0.773	0.761	0.800	0.778	0.777	0.769	0.768	0.784	0.778	0.778	0.118	0.791	0.784	0.782	0.778	0.773
Improvements_4	0.764	0.779	0.780	0.781	0.785	0.755	0.775	0.776	0.767	0.760	0.796	0.789	0.778	0.780	0.791	0.151	0.777	0.791	0.766	0.782	0.774
Improvements_5	0.773	0.781	0.777	0.787	0.787	0.759	0.770	0.762	0.766	0.743	0.778	0.762	0.772	0.765	0.789	0.171	0.776	0.765	0.811	0.786	0.769
Leadership_1	0.211	0.192	0.144	0.228	0.179	0.170	0.152	0.179	0.173	0.144	0.210	0.109	0.127	0.168	0.140	0.140	0.213	0.199	0.147	0.147	0.169
Leadership_2	0.274	0.161	0.235	0.222	0.160	0.160	0.214	0.215	0.226	0.232	0.216	0.227	0.258	0.253	0.206	0.303	0.310	0.238	0.289	0.279	0.240
Leadership_3	0.407	0.407	0.352	0.390	0.376	0.367	0.370	0.365	0.370	0.378	0.401	0.345	0.349	0.374	0.345	0.354	0.369	0.365	0.376	0.368	0.404
Leadership_4	0.315	0.315	0.275	0.256	0.227	0.227	0.261	0.278	0.312	0.270	0.238	0.259	0.305	0.317	0.277	0.248	0.276	0.240	0.278	0.243	0.244
Leadership_5	0.550	0.560	0.518	0.585	0.579	0.558	0.517	0.552	0.580	0.529	0.529	0.554	0.563	0.573	0.574	0.390	0.542	0.591	0.603	0.543	0.527
Leadership_6	0.450	0.420	0.381	0.474	0.472	0.432	0.399	0.439	0.457	0.457	0.401	0.422	0.407	0.416	0.465	0.354	0.376	0.410	0.408	0.383	0.383
Leadership_7	0.259	0.309	0.298	0.322	0.300	0.234	0.243	0.269	0.266	0.231	0.231	0.267	0.261	0.276	0.277	0.352	0.325	0.296	0.282	0.267	0.267
Leadership_8	0.247	0.239	0.294	0.268	0.251	0.280	0.170	0.226	0.222	0.222	0.249	0.270	0.270	0.293	0.285	0.400	0.374	0.379	0.339	0.339	0.292
Leadership_9	0.042	0.057	0.101	0.058	0.042	0.156	0.062	0.046	0.093	0.065	0.100	0.105	0.110	0.125	0.081	0.466	0.151	0.134	0.131	0.143	0.143
Leadership_10	0.385	0.355	0.407	0.375	0.386	0.415	0.415	0.379	0.370	0.391	0.336	0.383	0.413	0.406	0.404	0.446	0.396	0.396	0.392	0.431	0.382
Leadership_11	0.043	0.077	0.120	0.062	0.031	0.116	0.061	0.087	0.060	0.083	0.084	0.107	0.122	0.142	0.090	0.407	0.176	0.128	0.115	0.178	0.117
Leadership_12	0.078	0.045	0.070	0.036	0.019	0.099	0.063	0.051	0.061	0.065	0.068	0.080	0.124	0.099	0.074	0.384	0.384	0.121	0.137	0.144	0.091
Leadership_13	0.042	0.057	0.115	0.050	0.065	0.070	0.046	0.061	0.043	0.023	0.080	0.095	0.112	0.101	0.132	0.390	0.176	0.106	0.153	0.153	0.140
Leadership_14	0.192	0.194	0.169	0.243	0.211	0.170	0.170	0.152	0.205	0.177	0.189	0.223	0.168	0.196	0.256	0.275	0.134	0.134	0.155	0.150	0.096
Leadership_15	0.231	0.218	0.207	0.175	0.160	0.160	0.176	0.186	0.162	0.196	0.236	0.208	0.159	0.243	0.206	0.368	0.241	0.195	0.179	0.257	0.251
Leadership_16	0.284	0.257	0.281	0.281	0.226	0.328	0.255	0.276	0.266	0.296	0.304	0.286	0.326	0.323	0.275	0.426	0.377	0.343	0.360	0.401	0.401
Other_1	0.199	0.201	0.159	0.203	0.196	0.143	0.148	0.179	0.188	0.150	0.155	0.172	0.138	0.172	0.196	0.286	0.134	0.132	0.160	0.097	0.165
Other_2	0.154	0.093	0.110	0.072	0.076	0.073	0.098	0.088	0.089	0.085	0.043	0.039	0.059	0.088	0.082	0.293	0.085	0.018	0.043	0.045	0.061
Other_3	0.332	0.376	0.326	0.375	0.352	0.294	0.300	0.317	0.355	0.286	0.332	0.317	0.324	0.316	0.355	0.366	0.297	0.315	0.275	0.275	0.269
Other_4	0.223	0.227	0.245	0.240	0.240	0.233	0.203	0.254	0.256	0.231	0.220	0.243	0.240	0.271	0.284	0.290	0.235	0.243	0.203	0.252	0.240
Other_5	0.204	0.189	0.201	0.192	0.179	0.254	0.205	0.245	0.227	0.238	0.179	0.199	0.231	0.250	0.206	0.408	0.185	0.217	0.188	0.221	0.177
Other_6	0.195	0.180	0.161	0.207	0.194	0.160	0.121	0.166	0.192	0.159	0.131	0.147	0.162	0.166	0.185	0.283	0.091	0.150	0.144	0.071	0.101
Other_7	0.122	0.136	0.108	0.144	0.135	0.100	0.087	0.137	0.127	0.102	0.128	0.064	0.088	0.130	0.109	0.257	0.075	0.100	0.084	0.079	0.074
Other_8	0.267	0.236	0.241	0.243	0.245	0.209	0.210	0.244	0.218	0.209	0.199	0.192	0.213	0.253	0.247	0.305	0.231	0.190	0.235	0.218	0.200
Other_9	0.307	0.360	0.367	0.359	0.371	0.281	0.294	0.326	0.290	0.259	0.327	0.325	0.284	0.327	0.365	0.364	0.333	0.301	0.297	0.302	0.293
Other_10	0.257	0.304	0.273	0.320	0.327	0.259	0.252	0.306	0.288	0.235	0.269	0.228	0.278	0.270	0.286	0.416	0.224	0.255	0.251	0.226	0.202
Other_11	0.108	0.126	0.126	0.119	0.136	0.088	0.072	0.113	0.072	0.094	0.111	0.081	0.076	0.137	0.131	0.401	0.120	0.104	0.068	0.142	0.111
Other_12	0.141	0.153	0.112	0.137	0.130	0.087	0.094	0.105	0.111	0.108	0.134	0.098	0.109	0.150	0.152	0.443	0.113	0.099	0.130	0.135	0.115
Other_13	-0.028	0.016	0.014	-0.042	0.001	0.040	-0.005	-0.010	-0.010	-0.015	-0.009	0.010	0.024	0.017	0.028	0.483	-0.016	0.069	-0.040	0.027	-0.022
Other_14	0.041	0.074	0.094	0.042	0.058	0.122	0.064	0.066	0.055	0.076	0.055	0.084	0.089	0.085	0.094	0.518	0.072	0.099	0.025	0.113	0.061
Other_15	0.131	0.146	0.135	0.107	0.126	0.131	0.109	0.151	0.118	0.110	0.104	0.111	0.164	0.151	0.168	0.375	0.132	0.149	0.120	0.153	0.151
Other_16	0.241	0.237	0.264	0.227	0.228	0.260	0.292	0.289	0.218	0.302	0.212	0.237	0.225	0.237	0.227	0.419	0.239	0.156	0.152	0.258	0.289
Other_17	0.197	0.211	0.198	0.197	0.229	0.176	0.210	0.212	0.210	0.188	0.165	0.164	0.176	0.192	0.219	0.348	0.182	0.199	0.145	0.190	0.184
Other_18	0.098	0.051	0.009	0.091	0.068	0.040	0.021	0.078	0.072	0.026	0.014	0.031	0.022	0.061	0.086	0.237	0.055	0.010	0.057	0.016	0.036
Other_19	0.087	0.138	0.066	0.163	0.149	0.102	0.050	0.113	0.149	0.071	0.087	0.107	0.073	0.084	0.142	0.228	0.016	0.115	0.026	0.007	0.028
Other_20	0.238	0.276	0.226	0.295	0.298	0.211	0.219	0.245	0.287	0.210	0.250	0.268	0.215	0.256	0.284	0.319	0.164	0.219	0.171	0.153	0.171
Other_21	0.129	0.128	0.103	0.122	0.130	0.073	0.086	0.116	0.116	0.094	0.084	0.092	0.112	0.118	0.131	0.170	-0.022	0.023	0.012	0.005	-0.027
Other_22	0.076	0.139	0.143	0.104	0.106	0.108	0.077	0.072	0.106	0.067	0.088	0.127	0.126	0.117	0.129	0.331	0.070	0.115	0.052	0.070	0.036
Other_23	0.215	0.272	0.239	0.226	0.216	0.238	0.254	0.240	0.229	0.238	0.246	0.240	0.214	0.252	0.221	0.373	0.177	0.171	0.162	0.204	0.159
Other_24	-0.012	0.017	-0.032	-0.007	-0.018	-0.031	-0.001	-0.020	-0.019	-0.014	-0.001	-0.009	-0.068	0.029	-0.031	0.250	-0.083	-0.106	-0.110	-0.083	-0.115
Other_25	0.089	0.095	0.082	0.116	0.099	0.119	0.115	0.105	0.135	0.107	0.104	0.148	0.106	0.129	0.149	0.186	0.078	0.067	0.075	0.106	0.021
Other_26	0.124	0.184	0.195	0.149	0.123	0.201	0.172	0.191	0.150	0.192	0.140	0.164	0.211	0.184	0.143	0.357	0.147	0.169	0.102	0.185	0.163
Other_27	0.139	0.130	0.127	0.153	0.158	0.153	0.110	0.154	0.148	0.132	0.138	0.199	0.127	0.193	0.221	0.187	0.118	0.138	0.114	0.145	0.101
Other_28	0.101	0.062	0.085	0.117	0.077	0.122	0.116	0.100	0.109	0.137	0.070	0.114	0.077	0.095	0.085	0.160	0.026	0.054	0.047	0.064	0.043
Other_29	0.119	0.124	0.118	0.111	0.108	0.099	0.081	0.116	0.095	0.067	0.095	0.101	0.119	0.137	0.139	0.344	0.139	0.096	0.126	0.107	0.076
Other_30	0.269	0.234	0.231	0.278	0.270	0.222	0.211	0.251	0.262	0.230	0.228	0.259	0.203	0.264	0.284	0.260	0.207	0.155	0.235	0.178	0.174
Other_31	0.188	0.206	0.225	0.216	0.186	0.227	0.192	0.211	0.181	0.224	0.169	0.203	0.208	0.186	0.192	0.478	0.227	0.251	0.147	0.234	0.260
Other_32	0.099	0.074	0.119	0.111	0.038	0.163	0.102	0.119	0.108	0.156	0.079	0.141	0.122	0.141	0.100	0.454	0.184	0.117	0.130	0.178	0.203
Other_33	0.061	0.042	0.037	0.118	0.090	0.094	0.012	0.052	0.077	0.047	0.039	0.074	0.014	0.076	0.119	0.338	0.060	0.051	0.066	0.055	-0.001
Other_34	0.286	0.261	0.332	0.290	0.293	0.338	0.278	0.306	0.297	0.299	0.268	0.310	0.321	0.318	0.331	0.486	0.343	0.315	0.330	0.341	0.298
Other_35	-0.039	-0.010	-0.023	-0.017	-0.013	-0.051	-0.056	-0.041	-0.035	-0.080	0.002	-0.027	-0.001	-0.005	-0.011	0.346	-0.059	0.008	-0.030	-0.046	-0.095
Other_36	0.026	-0.001	0.054	0.040	0.009	0.090	0.044	0.039	0.060	0.074	0.016	0.049	0.062	0.077	0.049	0.244	0.043	0.053	0.012	0.084	-0.004
Other_37	0.173	0.170	0.228	0.185	0.181	0.214	0.221	0.232	0.168	0.221	0.172	0.185	0.200	0.204	0.182	0.439	0.193	0.193	0.135	0.244	0.193
Other_38	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.105	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748
Other_39	0.808	0.819	0.813	0.776	0.798	0.802	0.840	0.805	0.805	0.831	0.820	0.820	0.816	0.817	0.813	0.153	0.764	0.773	0.761	0.790	0.789
Other_40	0.844	0.832	0.831	0.809	0.826	0.791	0.827	0.819	0.803	0.820	0.821	0.812	0.827	0.828	0.837	0.117	0.781	0.796	0.786	0.799	0.789
Other_41	0.810	0.746	0.768	0.761	0.752	0.787	0.785	0.754	0.775	0.813	0.779	0.789	0.757	0.790	0.770	0.130	0.765	0.750	0.773	0.784	0.777
Other_42	0.864	0.820	0.810	0.829	0.843	0.805	0.824	0.823	0.834	0.826	0.828	0.829	0.814	0.832	0.851	0.111	0.771	0.780	0.798	0.781	0.760
Other_43	0.850	0.837	0.811	0.829	0.837	0.801	0.826	0.816	0.837	0.820	0.834	0.826	0.811	0.835	0.843	0.175	0.782	0.768	0.800	0.787	0.763
Other_44	0.821	0.808	0.804	0.817	0.825	0.821	0.834	0.822	0.821	0.831	0.825	0.823	0.805	0.817	0.823	0.182	0.783	0.798	0.762	0.814	0.771
Other_45	0.833	0.809	0.828	0.797	0.814	0.822	0.831	0.825	0.801	0.843	0.821	0.833	0.817	0.826	0.826	0.151	0.803	0.790	0.770	0.829	0.795
Other_46	1.000	0.811	0.810	0.828	0.826	0.813	0.824	0.824	0.826	0.834	0.809	0.814	0.810	0.837	0.830	0.107	0.775	0.774	0.799	0.776	0.762
Other_47	0.811	1.000	0.834	0.825	0.848	0.809	0.836	0.832	0.828	0.825	0.845	0.829	0.813	0.831	0.833	0.161	0.761	0.783	0.745	0.775	0.771
Other_48	0.810	0.834	1.000	0.812	0.835	0.811	0.824	0.820	0.790	0.806	0.813	0.821	0.833	0.821	0.831	0.128	0.807	0.800	0.778	0.809	0.765
Other_49	0.828	0.825	0.812	1.000	0.846	0.817	0.809	0.825	0.837	0.818	0.812	0.817	0.791	0.815	0.832	0.152	0.783	0.789	0.785	0.774	0.757
Other_50	0.826	0.848	0.835	0.846	1.000	0.810	0.825	0.842	0.831	0.813	0.821	0.826	0.813	0.821	0.853	0.127	0.774	0.802	0.777	0.774	0.760
Other_51	0.813	0.809	0.811	0.817	0.810	1.000	0.822	0.832	0.831	0.842	0.807	0.832	0.816	0.833	0.819	0.177	0.784	0.797	0.779	0.801	0.761
Other_52	0.824	0.836	0.824	0.809	0.825	0.822	1.000	0.836	0.829	0.848	0.835	0.829	0.814	0.828	0.816	0.153	0.761	0.754	0.757	0.787	0.775
Other_53	0.824	0.832	0.820	0.825	0.842	0.832	0.836	1.000	0.832	0.835	0.808	0.817	0.827	0.830	0.829	0.132	0.784	0.792	0.768	0.790	0.780
Other_54	0.826	0.828	0.790	0.837	0.831	0.831	0.829	0.832	1.000	0.832	0.819	0.837	0.809	0.833	0.834	0.152	0.757	0.781	0.778	0.754	0.751
Other_55	0.834	0.825	0.806	0.818	0.813	0.842	0.848	0.835	0.832	1.000	0.822	0.830	0.805	0.835	0.810	0.153	0.762	0.763	0.752	0.794	0.784
Other_56	0.809	0.845	0.813	0.812	0.821	0.807	0.835	0.808	0.819	0.822	1.000	0.837	0.809	0.833	0.819	0.167	0.767	0.780	0.749	0.792	0.760
Other_57	0.814	0.829	0.821	0.817	0.826	0.832	0.829	0.817	0.837	0.830	0.837	1.000	0.821	0.842	0.852	0.139	0.778	0.795	0.780	0.789	0.765
Other_58	0.810	0.813	0.833	0.791	0.813	0.816	0.814	0.827	0.809	0.805	0.809	0.821	1.000	0.821	0.830	0.141	0.774	0.816	0.791	0.798	0.744
Other_59	0.837	0.831	0.821	0.815	0.821	0.833	0.828	0.830	0.833	0.835	0.833	0.842	0.821	1.000	0.839	0.143	0.784	0.785	0.790	0.796	0.762
Other_60	0.830	0.833	0.831	0.832	0.853	0.819	0.816	0.829	0.834	0.810	0.819	0.852	0.830	0.839	1.000	0.129	0.789	0.811	0.802	0.801	0.766
Performance_1	0.107	0.161	0.128	0.152	0.127	0.177	0.153	0.132	0.152	0.153	0.167	0.139	0.141	0.143	0.129	1.000	0.194	0.130	0.131	0.195	0.190
Performance_2	0.775	0.761	0.807	0.783	0.774	0.784	0.761	0.784	0.757	0.762	0.767	0.778	0.774	0.784	0.789	0.194	1.000	0.791	0.799	0.836	0.802
Performance_3	0.774	0.783	0.800	0.789	0.802	0.797	0.754	0.792	0.781	0.763	0.780	0.795	0.816	0.785	0.811	0.130	0.791	1.000	0.774	0.801	0.759
Performance_4	0.799	0.745	0.778	0.785	0.777	0.779	0.757	0.768	0.778	0.752	0.749	0.780	0.791	0.790	0.802	0.131	0.799	0.774	1.000	0.781	0.754
Performance_5	0.776	0.775	0.809	0.774	0.774	0.801	0.787	0.790	0.754	0.794	0.792	0.789	0.798	0.796	0.801	0.195	0.836	0.801	0.781	1.000	0.804
Performance_6	0.762	0.771	0.765	0.757	0.760	0.761	0.775	0.780	0.751	0.784	0.760	0.765	0.744	0.762	0.766	0.190	0.802	0.759	0.754	0.804	1.000
Performance_7	0.776	0.781	0.788	0.776	0.780	0.794	0.768	0.807	0.773	0.782	0.765	0.774	0.780	0.787	0.788	0.131	0.814	0.801	0.781	0.822	0.794
Performance_8	0.785	0.778	0.755	0.788	0.764	0.802	0.758	0.783	0.799	0.797	0.765	0.785	0.785	0.799	0.777	0.187	0.774	0.808	0.790	0.784	0.792
Performance_9	0.777	0.776	0.798	0.783	0.774	0.798	0.792	0.778	0.779	0.782	0.794	0.808	0.803	0.801	0.812	0.238	0.826	0.800	0.799	0.843	0.800
Performance_10	0.775	0.784	0.785	0.800	0.775	0.798	0.757	0.771	0.797	0.774	0.786	0.787	0.802	0.775	0.791	0.187	0.794	0.804	0.779	0.797	0.753
Strategic_1	0.785	0.749	0.745	0.740	0.732	0.756	0.747	0.748	0.752	0.779	0.765	0.777	0.758	0.780	0.765	0.090	0.760	0.764	0.757	0.772	0.789
Strategic_2	0.750	0.761	0.742	0.734	0.747	0.746	0.749	0.746	0.727	0.750	0.745	0.752	0.741	0.748	0.752	0.198	0.765	0.757	0.752	0.764	0.811
Strategic_3	0.751	0.728	0.741	0.735	0.712	0.761	0.760	0.729	0.742	0.752	0.769	0.751	0.748	0.755	0.736	0.130	0.755	0.738	0.757	0.765	0.765
Strategic_4	0.748	0.773	0.764	0.783	0.784	0.770	0.761	0.780	0.769	0.770	0.758	0.761	0.755	0.773	0.782	0.162	0.776	0.769	0.778	0.784	0.783
Strategic_5	0.818	0.785	0.816	0.798	0.798	0.797	0.791	0.813	0.770	0.809	0.774	0.814	0.795	0.801	0.817	0.123	0.813	0.781	0.787	0.810	0.794
Strategic_6	0.736	0.776	0.767	0.787	0.775	0.763	0.743	0.755	0.770	0.732	0.768	0.755	0.766	0.761	0.755	0.178	0.765	0.775	0.792	0.751	0.748
Strategic_7	0.789	0.759	0.789	0.784	0.772	0.775	0.772	0.785	0.772	0.762	0.756	0.779	0.786	0.787	0.798	0.104	0.795	0.792	0.813	0.792	0.780
Strategic_8	0.771	0.764	0.766	0.766	0.772	0.749	0.765	0.759	0.766	0.740	0.760	0.777	0.772	0.761	0.798	0.162	0.795	0.764	0.792	0.787	0.765
Strategic_9	0.782	0.760	0.761	0.787	0.785	0.767	0.753	0.760	0.773	0.752	0.780	0.798	0.787	0.781	0.795	0.128	0.761	0.786	0.819	0.760	0.735
Strategic_10	0.798	0.779	0.799	0.794	0.778	0.806	0.763	0.780	0.789	0.791	0.789	0.813	0.812	0.814	0.801	0.203	0.816	0.811	0.801	0.812	0.775
Strategic_11	0.750	0.746	0.746	0.771	0.752	0.746	0.734	0.760	0.766	0.726	0.749	0.767	0.765	0.761	0.776	0.067	0.778	0.772	0.802	0.764	0.735
Strategic_12	0.754	0.778	0.741	0.756	0.767	0.776	0.757	0.758	0.786	0.780	0.772	0.778	0.777	0.771	0.785	0.169	0.738	0.785	0.771	0.773	0.782
Strategic_13	0.774	0.753	0.779	0.759	0.769	0.765	0.746	0.783	0.748	0.754	0.752	0.755	0.803	0.760	0.772	0.103	0.769	0.814	0.769	0.772	0.755
Strategic_14	0.781	0.769	0.787	0.774	0.782	0.771	0.744	0.768	0.752	0.759	0.776	0.779	0.787	0.786	0.788	0.173	0.825	0.813	0.799	0.809	0.793
Strategic_15	0.770	0.753	0.792	0.772	0.773	0.744	0.746	0.752	0.765	0.745	0.748	0.758	0.779	0.760	0.778	0.087	0.801	0.760	0.795	0.779	0.740
Support_1	0.756	0.771	0.789	0.780	0.781	0.767	0.780	0.771	0.763	0.756	0.762	0.759	0.784	0.755	0.777	0.222	0.786	0.788	0.772	0.794	0.800
Support_2	0.759	0.767	0.790	0.777	0.780	0.798	0.783	0.774	0.781	0.783	0.764	0.785	0.799	0.770	0.786	0.206	0.769	0.802	0.767	0.795	0.786
Support_3	0.781	0.772	0.788	0.790	0.775	0.799	0.793	0.761	0.776	0.791	0.788	0.798	0.786	0.772	0.790	0.204	0.787	0.782	0.785	0.810	0.761
Support_4	0.762	0.772	0.764	0.785	0.768	0.778	0.795	0.773	0.778	0.776	0.771	0.784	0.769	0.776	0.787	0.208	0.779	0.742	0.780	0.781	0.762
Support_5	0.751	0.751	0.742	0.741	0.743	0.753	0.771	0.756	0.762	0.739	0.751	0.763	0.764	0.752	0.752	0.131	0.743	0.731	0.762	0.736	0.742
Support_6	0.751	0.769	0.767	0.760	0.771	0.744	0.753	0.750	0.773	0.750	0.763	0.776	0.789	0.774	0.773	0.148	0.750	0.757	0.792	0.736	0.758
Support_7	0.776	0.788	0.804	0.771	0.787	0.784	0.786	0.782	0.766	0.794	0.789	0.787	0.783	0.791	0.806	0.139	0.800	0.798	0.772	0.843	0.812
Support_8	0.775	0.763	0.787	0.753	0.766	0.754	0.767	0.767	0.738	0.765	0.799	0.784	0.801	0.787	0.782	0.090	0.772	0.781	0.774	0.791	0.745
Support_9	0.777	0.743	0.742	0.762	0.749	0.728	0.744	0.736	0.727	0.738	0.749	0.735	0.747	0.738	0.757	0.130	0.769	0.747	0.782	0.765	0.765
Support_10	0.793	0.775	0.758	0.771	0.758	0.781	0.771	0.766	0.783	0.805	0.784	0.785	0.767	0.796	0.762	0.168	0.768	0.772	0.758	0.774	0.802

	Performance_7	Performance_8	Performance_9	Performance_10	Strategic_1	Strategic_2	Strategic_3	Strategic_4	Strategic_5	Strategic_6	Strategic_7	Strategic_8	Strategic_9	Strategic_10	Strategic_11	Strategic_12	Strategic_13	Strategic_14	Strategic_15	Support_1	Support_2	Support_3	Support_4	Support_5	Support_6	Support_7	Support_8	Support_9	Support_10
Core_1	0.779	0.749	0.748	0.770	0.777	0.758	0.751	0.753	0.772	0.731	0.721	0.745	0.748	0.761	0.756	0.755	0.787	0.790	0.759	0.714	0.734	0.773	0.756	0.733	0.723	0.766	0.752	0.767	0.751
Core_2	0.777	0.789	0.773	0.785	0.732	0.729	0.736	0.774	0.759	0.786	0.773	0.766	0.767	0.784	0.786	0.767	0.751	0.761	0.789	0.752	0.752	0.742	0.748	0.747	0.770	0.759	0.754	0.758	0.751
Core_3	0.759	0.789	0.767	0.740	0.774	0.803	0.743	0.747	0.799	0.753	0.759	0.775	0.781	0.769	0.751	0.772	0.754	0.767	0.721	0.754	0.752	0.778	0.783	0.751	0.760	0.762	0.762	0.750	0.768
Core_4	0.727	0.753	0.753	0.764	0.741	0.744	0.756	0.739	0.763	0.793	0.755	0.756	0.763	0.771	0.759	0.741	0.748	0.757	0.785	0.744	0.734	0.758	0.763	0.737	0.790	0.746	0.763	0.751	0.752
Core_5	0.789	0.777	0.803	0.787	0.767	0.746	0.801	0.758	0.758	0.778	0.770	0.735	0.747	0.783	0.759	0.754	0.782	0.782	0.754	0.775	0.782	0.801	0.768	0.751	0.736	0.800	0.774	0.752	0.777
Improvements_1	0.403	0.353	0.410	0.408	0.318	0.306	0.347	0.409	0.361	0.361	0.392	0.345	0.364	0.361	0.353	0.381	0.364	0.381	0.358	0.420	0.411	0.385	0.356	0.316	0.340	0.432	0.381	0.353	0.347
Improvements_2	0.761	0.732	0.765	0.778	0.758	0.764	0.760	0.765	0.781	0.737	0.761	0.745	0.750	0.756	0.741	0.748	0.743	0.739	0.745	0.764	0.761	0.752	0.754	0.759	0.754	0.760	0.750	0.767	0.750
Improvements_3	0.810	0.799	0.767	0.799	0.768	0.762	0.732	0.762	0.805	0.768	0.801	0.758	0.779	0.789	0.790	0.766	0.779	0.765	0.766	0.758	0.742	0.744	0.748	0.755	0.759	0.763	0.757	0.778	0.775
Improvements_4	0.759	0.769	0.814	0.745	0.753	0.757	0.739	0.802	0.797	0.775	0.769	0.781	0.795	0.786	0.763	0.744	0.768	0.784	0.744	0.789	0.786	0.770	0.783	0.759	0.771	0.780	0.807	0.777	0.748
Improvements_5	0.782	0.775	0.810	0.784	0.728	0.747	0.775	0.774	0.757	0.814	0.803	0.807	0.785	0.765	0.804	0.776	0.751	0.776	0.762	0.800	0.770	0.799	0.788	0.792	0.766	0.799	0.754	0.767	0.770
Leadership_1	0.193	0.193	0.178	0.221	0.118	0.174	0.183	0.152	0.128	0.207	0.147	0.163	0.163	0.184	0.153	0.118	0.156	0.235	0.130	0.200	0.145	0.172	0.147	0.147	0.089	0.140	0.137	0.215	0.171
Leadership_2	0.268	0.266	0.288	0.284	0.261	0.202	0.317	0.201	0.248	0.226	0.264	0.210	0.238	0.289	0.252	0.193	0.241	0.319	0.272	0.237	0.252	0.276	0.213	0.248	0.213	0.223	0.229	0.249	0.277
Leadership_3	0.377	0.398	0.350	0.405	0.394	0.431	0.443	0.378	0.349	0.426	0.353	0.392	0.394	0.381	0.402	0.398	0.398	0.421	0.387	0.405	0.388	0.373	0.378	0.419	0.379	0.369	0.408	0.445	0.424
Leadership_4	0.252	0.278	0.245	0.288	0.260	0.260	0.291	0.203	0.208	0.221	0.296	0.200	0.188	0.260	0.250	0.250	0.223	0.271	0.297	0.248	0.256	0.203	0.189	0.228	0.262	0.234	0.202	0.207	0.292
Leadership_5	0.576	0.611	0.556	0.592	0.539	0.550	0.546	0.563	0.500	0.616	0.560	0.535	0.616	0.581	0.581	0.597	0.553	0.612	0.553	0.557	0.553	0.560	0.541	0.545	0.593	0.541	0.531	0.535	0.585
Leadership_6	0.393	0.407	0.408	0.431	0.342	0.378	0.324	0.401	0.375	0.392	0.365	0.385	0.434	0.408	0.357	0.401	0.371	0.406	0.336	0.441	0.444	0.420	0.381	0.382	0.359	0.368	0.317	0.383	0.393
Leadership_7	0.292	0.307	0.319	0.295	0.264	0.288	0.292	0.292	0.292	0.353	0.291	0.323	0.306	0.308	0.356	0.356	0.280	0.362	0.307	0.322	0.274	0.295	0.336	0.338	0.341	0.266	0.266	0.251	0.331
Leadership_8	0.330	0.349	0.338	0.328	0.314	0.324	0.273	0.328	0.306	0.339	0.303	0.302	0.353	0.384	0.332	0.310	0.343	0.391	0.329	0.319	0.338	0.306	0.281	0.257	0.305	0.315	0.345	0.303	0.304
Leadership_9	0.128	0.134	0.185	0.158	0.048	0.084	0.169	0.107	0.046	0.142	0.116	0.059	0.092	0.141	0.082	0.125	0.125	0.134	0.070	0.120	0.147	0.147	0.093	0.131	0.112	0.105	0.050	0.036	0.126
Leadership_10	0.390	0.434	0.458	0.381	0.340	0.372	0.316	0.391	0.388	0.365	0.390	0.362	0.372	0.447	0.310	0.387	0.386	0.402	0.342	0.447	0.475	0.411	0.375	0.341	0.372	0.417	0.341	0.312	0.413
Leadership_11	0.138	0.157	0.182	0.118	0.091	0.091	0.096	0.127	0.124	0.124	0.118	0.091	0.102	0.172	0.111	0.090	0.084	0.163	0.100	0.123	0.123	0.106	0.122	0.082	0.133	0.116	0.138	0.032	0.112
Leadership_12	0.135	0.145	0.155	0.152	0.086	0.084	0.108	0.092	0.055	0.092	0.094	0.097	0.097	0.131	0.103	0.128	0.076	0.076	0.065	0.145	0.162	0.133	0.064	0.129	0.098	0.108	0.094	0.076	0.123
Leadership_13	0.116	0.081	0.212	0.212	0.068	0.106	0.155	0.138	0.122	0.108	0.163	0.160	0.097	0.106	0.139	0.119	0.092	0.147	0.094	0.094	0.127	0.104	0.152	0.150	0.141	0.149	0.133	0.077	0.097
Leadership_14	0.102	0.102	0.181	0.190	0.107	0.074	0.088	0.088	0.179	0.118	0.124	0.175	0.177	0.175	0.151	0.136	0.081	0.144	0.143	0.135	0.144	0.177	0.186	0.110	0.110	0.138	0.145	0.119	0.125
Leadership_15	0.257	0.200	0.233	0.204	0.233	0.184	0.244	0.221	0.191	0.166	0.198	0.175	0.166	0.183	0.219	0.204	0.165	0.165	0.153	0.189	0.184	0.200	0.180	0.186	0.155	0.257	0.221	0.159	0.236
Leadership_16	0.372	0.390	0.393	0.371	0.354	0.360	0.387	0.335	0.343	0.346	0.346	0.338	0.354	0.397	0.363	0.360	0.368	0.379	0.334	0.329	0.340	0.364	0.360	0.341	0.339	0.346	0.372	0.324	0.365
Other_1	0.143	0.143	0.117	0.152	0.157	0.169	0.152	0.154	0.168	0.155	0.145	0.174	0.166	0.125	0.196	0.149	0.167	0.167	0.147	0.155	0.145	0.145	0.181	0.191	0.150	0.115	0.146	0.169	0.160
Other_2	0.030	0.031	0.029	0.035	0.017	0.024	-0.003	-0.016	0.073	-0.036	0.056	0.034	-0.037	0.028	-0.056	0.019	0.008	0.024	0.048	0.050	0.034	0.032	0.006	-0.022	-0.009	0.032	-0.022	0.021	0.024
Other_3	0.282	0.310	0.307	0.358	0.234	0.266	0.245	0.270	0.282	0.318	0.288	0.307	0.276	0.319	0.286	0.282	0.269	0.315	0.308	0.311	0.286	0.295	0.288	0.255	0.283	0.268	0.241	0.298	0.276
Other_4	0.238	0.247	0.261	0.237	0.193	0.131	0.148	0.247	0.210	0.181	0.241	0.197	0.160	0.247	0.193	0.232	0.195	0.196	0.191	0.255	0.264	0.154	0.171	0.144	0.209	0.287	0.197	0.114	0.238
Other_5	0.224	0.257	0.199	0.197	0.173	0.136	0.154	0.174	0.190	0.157	0.213	0.137	0.151	0.224	0.160	0.202	0.189	0.159	0.160	0.184	0.215	0.155	0.161	0.132	0.178	0.216	0.170	0.067	0.204
Other_6	0.077	0.176	0.082	0.132	0.103	0.085	0.080	0.095	0.134	0.138	0.137	0.072	0.128	0.139	0.076	0.137	0.109	0.125	0.121	0.123	0.132	0.093	0.084	0.045	0.167	0.095	0.087	0.064	0.130
Other_7	0.120	0.100	0.066	0.105	0.054	0.016	0.036	0.121	0.051	0.097	0.062	0.030	0.073	0.078	0.070	0.080	0.108	0.087	0.054	0.102	0.098	0.059	0.052	0.026	0.054	0.111	0.077	0.022	0.087
Other_8	0.242	0.216	0.202	0.214	0.170	0.152	0.157	0.172	0.201	0.182	0.237	0.196	0.176	0.206	0.203	0.174	0.165	0.221	0.197	0.204	0.164	0.174	0.167	0.169	0.189	0.222	0.157	0.134	0.227
Other_9	0.305	0.249	0.318	0.275	0.253	0.278	0.257	0.309	0.334	0.314	0.308	0.305	0.317	0.284	0.319	0.220	0.273	0.315	0.280	0.319	0.281	0.290	0.319	0.301	0.279	0.295	0.292	0.268	0.257
Other_10	0.245	0.250	0.239	0.258	0.150	0.173	0.199	0.264	0.206	0.309	0.239	0.224	0.257	0.225	0.254	0.223	0.223	0.240	0.230	0.285	0.258	0.228	0.246	0.244	0.263	0.231	0.212	0.174	0.221
Other_11	0.098	0.106	0.117	0.062	0.042	0.069	-0.014	0.125	0.107	0.073	0.066	0.050	0.071	0.128	-0.002	0.071	0.055	0.120	0.053	0.116	0.108	0.045	0.036	-0.030	0.061	0.134	0.089	0.046	0.070
Other_12	0.134	0.124	0.156	0.133	0.080	0.103	0.023	0.176	0.108	0.090	0.087	0.098	0.133	0.127	0.071	0.138	0.094	0.136	0.059	0.143	0.131	0.114	0.110	0.064	0.097	0.129	0.101	0.134	0.109
Other_13	-0.008	0.027	0.040	-0.013	-0.072	-0.001	-0.081	-0.043	-0.042	-0.058	-0.022	-0.062	-0.053	0.011	-0.138	0.027	-0.032	0.001	-0.116	0.017	0.045	-0.002	-0.061	-0.103	-0.063	0.014	-0.081	-0.100	-0.033
Other_14	0.079	0.078	0.120	0.077	0.014	0.073	0.059	0.039	0.075	0.013	0.078	0.021	0.009	0.072	-0.024	0.094	0.041	0.044	-0.013	0.079	0.107	0.077	0.053	0.038	0.026	0.088	-0.002	-0.025	0.063
Other_15	0.128	0.149	0.176	0.115	0.083	0.134	0.054	0.140	0.130	0.078	0.133	0.106	0.087	0.131	0.043	0.148	0.119	0.128	0.032	0.172	0.166	0.097	0.109	0.070	0.099	0.135	0.087	0.094	0.101
Other_16	0.206	0.198	0.254	0.166	0.180	0.205	0.154	0.194	0.281	0.122	0.205	0.184	0.114	0.217	0.098	0.162	0.183	0.162	0.125	0.250	0.245	0.213	0.233	0.158	0.148	0.239	0.167	0.136	0.228
Other_17	0.175	0.189	0.182	0.159	0.088	0.136	0.095	0.160	0.159	0.124	0.199	0.167	0.100	0.144	0.099	0.188	0.105	0.155	0.165	0.200	0.179	0.126	0.130	0.092	0.162	0.203	0.107	0.103	0.146
Other_18	0.032	0.037	0.037	0.042	-0.026	0.013	-0.024	0.021	0.038	-0.003	0.027	0.045	0.024	0.023	0.016	0.002	-0.020	0.070	-0.014	0.035	0.004	0.016	0.028	0.006	-0.015	-0.023	-0.032	0.039	0.008
Other_19	0.055	0.080	0.030	0.116	0.001	0.000	-0.004	0.051	0.011	0.064	0.025	0.015	0.056	0.039	0.048	0.075	0.038	0.077	-0.005	0.075	0.087	0.067	0.025	0.014	0.018	0.024	-0.026	-0.007	0.052
Other_20	0.189	0.215	0.199	0.232	0.145	0.132	0.139	0.194	0.158	0.229	0.180	0.179	0.223	0.211	0.211	0.184	0.148	0.212	0.176	0.236	0.234	0.184	0.165	0.208	0.215	0.178	0.142	0.119	0.236
Other_21	0.020	0.022	0.024	0.053	-0.024	-0.041	-0.063	0.049	0.065	0.007	0.002	-0.014	0.061	0.040	-0.018	0.010	0.006	-0.011	0.004	0.051	0.075	0.007	-0.001	0.034	0.037	0.001	0.012	-0.006	0.012
Other_22	0.050	0.111	0.104	0.123	0.008	0.046	0.018	0.030	0.050	0.095	0.065	0.054	0.066	0.125	0.024	0.070	0.020	0.091	0.055	0.119	0.130	0.083	0.040	0.051	0.100	0.052	0.017	-0.015	0.082
Other_23	0.225	0.197	0.210	0.208	0.134	0.150	0.108	0.174	0.204	0.167	0.170	0.157	0.179	0.210	0.156	0.161	0.162	0.146	0.120	0.178	0.183	0.210	0.194	0.167	0.130	0.182	0.150	0.121	0.177
Other_24	-0.073	-0.064	-0.057	-0.091	-0.119	-0.082	-0.155	-0.093	-0.055	-0.097	-0.109	-0.118	-0.066	-0.026	-0.125	-0.146	-0.119	-0.082	-0.141	-0.097	-0.101	-0.081	-0.054	-0.099	-0.109	-0.124	-0.105	-0.125	-0.057
Other_25	0.074	0.065	0.153	0.083	0.011	-0.002	-0.002	0.080	0.105	0.020	0.045	0.108	0.087	0.104	0.071	0.038	0.025	0.055	0.044	0.062	0.090	0.130	0.142	0.064	0.031	0.073	0.058	0.004	0.027
Other_26	0.153	0.220	0.205	0.164	0.100	0.121	0.089	0.157	0.163	0.158	0.145	0.096	0.107	0.201	0.086	0.129	0.121	0.130	0.068	0.213	0.230	0.139	0.142	0.124	0.146	0.149	0.122	0.067	0.165
Other_27	0.112	0.123	0.166	0.086	0.092	0.041	0.036	0.098	0.138	0.052	0.123	0.100	0.099	0.152	0.097	0.081	0.068	0.125	0.035	0.082	0.100	0.090	0.097	0.024	0.051	0.150	0.099	0.019	0.105
Other_28	0.055	0.085	0.066	0.076	0.012	-0.028	0.017	0.041	0.061	0.023	0.065	-0.021	0.049	0.068	0.012	0.034	0.007	0.019	0.000	0.081	0.116	0.073	0.016	0.008	0.009	0.058	0.007	-0.008	0.072
Other_29	0.083	0.098	0.153	0.077	0.034	0.067	0.033	0.091	0.127	0.084	0.087	0.143	0.094	0.121	0.088	0.038	0.067	0.147	0.051	0.097	0.071	0.106	0.140	0.082	0.076	0.065	0.104	0.067	0.056
Other_30	0.206	0.163	0.184	0.203	0.168	0.113	0.149	0.209	0.228	0.169	0.187	0.187	0.218	0.193	0.218	0.168	0.164	0.212	0.212	0.158	0.169	0.192	0.188	0.176	0.180	0.184	0.186	0.158	0.187
Other_31	0.206	0.265	0.242	0.221	0.191	0.229	0.203	0.167	0.233	0.184	0.225	0.173	0.143	0.238	0.153	0.198	0.213	0.240	0.150	0.256	0.258	0.231	0.201	0.161	0.177	0.213	0.157	0.149	0.257
Other_32	0.135	0.202	0.207	0.133	0.161	0.130	0.135	0.138	0.165	0.107	0.145	0.101	0.088	0.204	0.095	0.113	0.126	0.165	0.079	0.167	0.192	0.169	0.156	0.083	0.111	0.141	0.106	0.076	0.186
Other_33	0.041	0.029	0.071	0.065	-0.030	-0.026	-0.013	0.039	0.034	-0.003	0.039	0.026	0.022	0.045	0.023	0.027	0.004	0.053	-0.026	0.016	0.021	0.073	0.068	-0.041	-0.039	0.038	-0.026	-0.025	0.017
Other_34	0.285	0.302	0.333	0.281	0.252	0.243	0.286	0.299	0.324	0.268	0.318	0.280	0.267	0.312	0.249	0.305	0.281	0.315	0.314	0.300	0.333	0.303	0.287	0.225	0.300	0.323	0.299	0.214	0.258
Other_35	-0.039	-0.018	-0.035	-0.008	-0.091	-0.073	-0.067	-0.076	-0.097	-0.008	-0.033	-0.082	0.002	-0.011	-0.032	-0.039	-0.032	0.006	-0.066	-0.025	-0.036	-0.044	-0.080	-0.074	-0.028	-0.065	-0.039	-0.091	-0.031
Other_36	0.027	0.069	0.089	0.036	-0.023	-0.076	0.024	0.012	0.020	-0.013	0.047	-0.020	-0.038	0.063	-0.015	0.017	-0.005	0.024	0.035	0.032	0.080	0.052	0.026	-0.043	0.001	0.068	-0.003	-0.099	0.037
Other_37	0.225	0.184	0.206	0.172	0.122	0.127	0.148	0.193	0.204	0.135	0.206	0.095	0.142	0.176	0.122	0.149	0.157	0.145	0.149	0.224	0.246	0.157	0.128	0.141	0.137	0.213	0.154	0.103	0.166
Other_38	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748	0.748
Other_39	0.763	0.767	0.799	0.759	0.775	0.769	0.765	0.777	0.798	0.724	0.775	0.760	0.755	0.764	0.720	0.792	0.757	0.761	0.743	0.778	0.792	0.781	0.779	0.756	0.775	0.795	0.785	0.762	0.774
Other_40	0.775	0.780	0.802	0.767	0.784	0.759	0.749	0.778	0.814	0.744	0.798	0.781	0.771	0.786	0.749	0.774	0.779	0.794	0.765	0.786	0.778	0.781	0.772	0.739	0.771	0.810	0.804	0.786	0.781
Other_41	0.762	0.781	0.778	0.751	0.801	0.752	0.775	0.745	0.795	0.718	0.772	0.744	0.762	0.786	0.718	0.780	0.754	0.762	0.764	0.740	0.769	0.790	0.741	0.729	0.754	0.796	0.765	0.739	0.801
Other_42	0.775	0.770	0.783	0.776	0.780	0.741	0.739	0.758	0.816	0.736	0.783	0.786	0.791	0.791	0.758	0.775	0.776	0.773	0.779	0.752	0.758	0.785	0.768	0.742	0.759	0.796	0.787	0.766	0.775
Other_43	0.780	0.784	0.802	0.792	0.760	0.742	0.727	0.771	0.807	0.766	0.777	0.809	0.795	0.806	0.767	0.779	0.752	0.774	0.787	0.767	0.763	0.792	0.783	0.761	0.777	0.796	0.780	0.764	0.780
Other_44	0.807	0.776	0.819	0.791	0.767	0.752	0.745	0.772	0.799	0.737	0.765	0.774	0.774	0.802	0.752	0.766	0.792	0.777	0.750	0.782	0.797	0.822	0.792	0.759	0.724	0.813	0.764	0.746	0.792
Other_45	0.804	0.773	0.816	0.777	0.787	0.758	0.744	0.777	0.839	0.719	0.766	0.775	0.773	0.807	0.735	0.766	0.781	0.797	0.765	0.772	0.796	0.808	0.769	0.748	0.739	0.820	0.798	0.761	0.785
Other_46	0.776	0.785	0.777	0.775	0.785	0.750	0.751	0.748	0.818	0.736	0.789	0.771	0.782	0.798	0.750	0.754	0.774	0.781	0.770	0.756	0.759	0.781	0.762	0.751	0.751	0.776	0.775	0.777	0.793
Other_47	0.781	0.778	0.776	0.784	0.749	0.761	0.728	0.773	0.785	0.776	0.759	0.764	0.760	0.779	0.746	0.778	0.753	0.769	0.753	0.771	0.767	0.772	0.772	0.751	0.769	0.788	0.763	0.743	0.775
Other_48	0.788	0.755	0.798	0.785	0.745	0.742	0.741	0.764	0.816	0.767	0.789	0.766	0.761	0.799	0.746	0.741	0.779	0.787	0.792	0.789	0.790	0.788	0.764	0.742	0.767	0.804	0.787	0.742	0.758
Other_49	0.776	0.788	0.783	0.800	0.740	0.734	0.735	0.783	0.798	0.787	0.784	0.766	0.787	0.794	0.771	0.756	0.759	0.774	0.772	0.780	0.777	0.790	0.785	0.741	0.760	0.771	0.753	0.762	0.771
Other_50	0.780	0.764	0.774	0.775	0.732	0.747	0.712	0.784	0.798	0.775	0.772	0.772	0.785	0.778	0.752	0.767	0.769	0.782	0.773	0.781	0.780	0.775	0.768	0.743	0.771	0.787	0.766	0.749	0.758
Other_51	0.794	0.802	0.798	0.798	0.756	0.746	0.761	0.770	0.797	0.763	0.775	0.749	0.767	0.806	0.746	0.776	0.765	0.771	0.744	0.767	0.798	0.799	0.778	0.753	0.744	0.784	0.754	0.728	0.781
Other_52	0.768	0.758	0.792	0.757	0.747	0.749	0.760	0.761	0.791	0.743	0.772	0.765	0.753	0.763	0.734	0.757	0.746	0.744	0.746	0.780	0.783	0.793	0.795	0.771	0.753	0.786	0.767	0.744	0.771
Other_53	0.807	0.783	0.778	0.771	0.748	0.746	0.729	0.780	0.813	0.755	0.785	0.759	0.760	0.780	0.760	0.758	0.783	0.768	0.752	0.771	0.774	0.761	0.773	0.756	0.750	0.782	0.767	0.736	0.766
Other_54	0.773	0.799	0.779	0.797	0.752	0.727	0.742	0.769	0.770	0.770	0.772	0.766	0.773	0.789	0.766	0.786	0.748	0.752	0.765	0.763	0.781	0.776	0.778	0.762	0.773	0.766	0.738	0.727	0.783
Other_55	0.782	0.797	0.782	0.774	0.779	0.750	0.752	0.770	0.809	0.732	0.762	0.740	0.752	0.791	0.726	0.780	0.754	0.759	0.745	0.756	0.783	0.791	0.776	0.739	0.750	0.794	0.765	0.738	0.805
Other_56	0.765	0.765	0.794	0.786	0.765	0.745	0.769	0.758	0.774	0.768	0.756	0.760	0.780	0.789	0.749	0.772	0.752	0.776	0.748	0.762	0.764	0.788	0.771	0.751	0.763	0.789	0.799	0.749	0.784
Other_57	0.774	0.785	0.808	0.787	0.777	0.752	0.751	0.761	0.814	0.755	0.779	0.777	0.798	0.813	0.767	0.778	0.755	0.779	0.758	0.759	0.785	0.798	0.784	0.763	0.776	0.787	0.784	0.735	0.785
Other_58	0.780	0.785	0.803	0.802	0.758	0.741	0.748	0.755	0.795	0.766	0.786	0.772	0.787	0.812	0.765	0.777	0.803	0.787	0.779	0.784	0.799	0.786	0.769	0.764	0.789	0.783	0.801	0.747	0.767
Other_59	0.787	0.799	0.801	0.775	0.780	0.748	0.755	0.773	0.801	0.761	0.787	0.761	0.781	0.814	0.761	0.771	0.760	0.786	0.760	0.755	0.770	0.772	0.776	0.752	0.774	0.791	0.787	0.738	0.796
Other_60	0.788	0.777	0.812	0.791	0.765	0.752	0.736	0.782	0.817	0.755	0.798	0.798	0.795	0.801	0.776	0.785	0.772	0.788	0.778	0.777	0.786	0.790	0.787	0.752	0.773	0.806	0.782	0.757	0.762
Performance_1	0.131	0.187	0.238	0.187	0.090	0.198	0.130	0.162	0.123	0.178	0.104	0.162	0.128	0.203	0.067	0.169	0.103	0.173	0.087	0.222	0.206	0.204	0.208	0.131	0.148	0.139	0.090	0.130	0.168
Performance_2	0.814	0.774	0.826	0.794	0.760	0.765	0.755	0.776	0.813	0.765	0.795	0.795	0.761	0.816	0.778	0.738	0.769	0.825	0.801	0.786	0.769	0.787	0.779	0.743	0.750	0.800	0.772	0.769	0.768
Performance_3	0.801	0.808	0.800	0.804	0.764	0.757	0.738	0.769	0.781	0.775	0.792	0.764	0.786	0.811	0.772	0.785	0.814	0.813	0.760	0.788	0.802	0.782	0.742	0.731	0.757	0.798	0.781	0.747	0.772
Performance_4	0.781	0.790	0.799	0.779	0.757	0.752	0.757	0.778	0.787	0.792	0.813	0.792	0.819	0.801	0.802	0.771	0.769	0.799	0.795	0.772	0.767	0.785	0.780	0.762	0.792	0.772	0.774	0.782	0.758
Performance_5	0.822	0.784	0.843	0.797	0.772	0.764	0.765	0.784	0.810	0.751	0.792	0.787	0.760	0.812	0.764	0.773	0.772	0.809	0.779	0.794	0.795	0.810	0.781	0.736	0.736	0.843	0.791	0.765	0.774
Performance_6	0.794	0.792	0.800	0.753	0.789	0.811	0.765	0.783	0.794	0.748	0.780	0.765	0.735	0.775	0.735	0.782	0.755	0.793	0.740	0.800	0.786	0.761	0.762	0.742	0.758	0.812	0.745	0.765	0.802
Performance_7	1.000	0.795	0.797	0.808	0.772	0.762	0.740	0.789	0.794	0.756	0.785	0.764	0.757	0.794	0.790	0.777	0.791	0.801	0.772	0.765	0.768	0.774	0.747	0.755	0.728	0.821	0.745	0.750	0.783
Performance_8	0.795	1.000	0.797	0.797	0.786	0.774	0.751	0.773	0.774	0.805	0.797	0.757	0.782	0.832	0.773	0.810	0.767	0.797	0.755	0.781	0.793	0.767	0.750	0.741	0.792	0.791	0.749	0.738	0.829
Performance_9	0.797	0.797	1.000	0.796	0.765	0.772	0.779	0.794	0.805	0.776	0.802	0.815	0.780	0.823	0.781	0.771	0.765	0.809	0.762	0.818	0.814	0.822	0.820	0.780	0.764	0.824	0.783	0.772	0.787
Performance_10	0.808	0.797	0.796	1.000	0.748	0.740	0.749	0.766	0.756	0.783	0.761	0.776	0.776	0.815	0.782	0.791	0.770	0.791	0.785	0.791	0.797	0.796	0.749	0.761	0.760	0.783	0.745	0.760	0.782
Strategic_1	0.772	0.786	0.765	0.748	1.000	0.787	0.770	0.734	0.784	0.713	0.761	0.729	0.762	0.791	0.741	0.767	0.779	0.783	0.746	0.728	0.745	0.758	0.735	0.722	0.750	0.783	0.762	0.757	0.805
Strategic_2	0.762	0.774	0.772	0.740	0.787	1.000	0.760	0.756	0.777	0.742	0.752	0.748	0.763	0.771	0.713	0.775	0.767	0.786	0.712	0.775	0.766	0.753	0.764	0.751	0.761	0.753	0.737	0.791	0.777
Strategic_3	0.740	0.751	0.779	0.749	0.770	0.760	1.000	0.725	0.741	0.752	0.786	0.734	0.736	0.736	0.757	0.755	0.743	0.756	0.733	0.753	0.749	0.770	0.770	0.778	0.746	0.759	0.749	0.752	0.777
Strategic_4	0.789	0.773	0.794	0.766	0.734	0.756	0.725	1.000	0.767	0.776	0.758	0.760	0.770	0.763	0.756	0.775	0.749	0.777	0.742	0.793	0.795	0.761	0.778	0.749	0.765	0.788	0.757	0.773	0.748
Strategic_5	0.794	0.774	0.805	0.756	0.784	0.777	0.741	0.767	1.000	0.726	0.801	0.789	0.778	0.805	0.765	0.738	0.783	0.787	0.771	0.750	0.755	0.781	0.789	0.750	0.751	0.791	0.797	0.776	0.764
Strategic_6	0.756	0.805	0.776	0.783	0.713	0.742	0.752	0.776	0.726	1.000	0.774	0.758	0.791	0.790	0.785	0.763	0.736	0.778	0.767	0.795	0.778	0.755	0.754	0.764	0.802	0.753	0.744	0.743	0.767
Strategic_7	0.785	0.797	0.802	0.761	0.761	0.752	0.786	0.758	0.801	0.774	1.000	0.775	0.766	0.777	0.800	0.773	0.778	0.767	0.773	0.773	0.757	0.765	0.775	0.753	0.770	0.792	0.765	0.757	0.775
Strategic_8	0.764	0.757	0.815	0.776	0.729	0.748	0.734	0.760	0.789	0.758	0.775	1.000	0.770	0.778	0.801	0.752	0.737	0.779	0.777	0.779	0.753	0.785	0.803	0.790	0.762	0.781	0.783	0.771	0.741
Strategic_9	0.757	0.782	0.780	0.776	0.762	0.763	0.736	0.770	0.778	0.791	0.766	0.770	1.000	0.802	0.784	0.765	0.762	0.791	0.760	0.770	0.775	0.781	0.763	0.770	0.798	0.742	0.791	0.780	0.757
Strategic_10	0.794	0.832	0.823	0.815	0.791	0.771	0.736	0.763	0.805	0.790	0.777	0.778	0.802	1.000	0.766	0.768	0.784	0.823	0.785	0.781	0.794	0.789	0.760	0.736	0.786	0.792	0.784	0.756	0.812
Strategic_11	0.790	0.773	0.781	0.782	0.741	0.713	0.757	0.756	0.765	0.785	0.800	0.801	0.784	0.766	1.000	0.749	0.759	0.772	0.785	0.741	0.726	0.761	0.782	0.787	0.759	0.762	0.772	0.749	0.752
Strategic_12	0.777	0.810	0.771	0.791	0.767	0.775	0.755	0.775	0.738	0.763	0.773	0.752	0.765	0.768	0.749	1.000	0.760	0.769	0.748	0.767	0.787	0.770	0.741	0.733	0.785	0.797	0.744	0.743	0.793
Strategic_13	0.791	0.767	0.765	0.770	0.779	0.767	0.743	0.749	0.783	0.736	0.778	0.737	0.762	0.784	0.759	0.760	1.000	0.790	0.751	0.752	0.763	0.772	0.750	0.724	0.729	0.770	0.775	0.765	0.763
Strategic_14	0.801	0.797	0.809	0.791	0.783	0.786	0.756	0.777	0.787	0.778	0.767	0.779	0.791	0.823	0.772	0.769	0.790	1.000	0.784	0.779	0.776	0.792	0.756	0.739	0.775	0.792	0.790	0.783	0.799
Strategic_15	0.772	0.755	0.762	0.785	0.746	0.712	0.733	0.742	0.771	0.767	0.773	0.777	0.760	0.785	0.785	0.748	0.751	0.784	1.000	0.743	0.741	0.761	0.741	0.725	0.785	0.778	0.760	0.743	0.744
Support_1	0.765	0.781	0.818	0.791	0.728	0.775	0.753	0.793	0.750	0.795	0.773	0.779	0.770	0.781	0.741	0.767	0.752	0.779	0.743	1.000	0.848	0.783	0.774	0.776	0.780	0.788	0.748	0.768	0.771
Support_2	0.768	0.793	0.814	0.797	0.745	0.766	0.749	0.795	0.755	0.778	0.757	0.753	0.775	0.794	0.726	0.787	0.763	0.776	0.741	0.848	1.000	0.796	0.763	0.765	0.776	0.793	0.746	0.747	0.778
Support_3	0.774	0.767	0.822	0.796	0.758	0.753	0.770	0.761	0.781	0.755	0.765	0.785	0.781	0.789	0.761	0.770	0.772	0.792	0.761	0.783	0.796	1.000	0.809	0.756	0.730	0.790	0.760	0.769	0.769
Support_4	0.747	0.750	0.820	0.749	0.735	0.764	0.770	0.778	0.789	0.754	0.775	0.803	0.763	0.760	0.782	0.741	0.750	0.756	0.741	0.774	0.763	0.809	1.000	0.785	0.748	0.756	0.766	0.773	0.742
Support_5	0.755	0.741	0.780	0.761	0.722	0.751	0.778	0.749	0.750	0.764	0.753	0.790	0.770	0.736	0.787	0.733	0.724	0.739	0.725	0.776	0.765	0.756	0.785	1.000	0.765	0.727	0.743	0.748	0.755
Support_6	0.728	0.792	0.764	0.760	0.750	0.761	0.746	0.765	0.751	0.802	0.770	0.762	0.798	0.786	0.759	0.785	0.729	0.775	0.785	0.780	0.776	0.730	0.748	0.765	1.000	0.744	0.773	0.734	0.779
Support_7	0.821	0.791	0.824	0.783	0.783	0.753	0.759	0.788	0.791	0.753	0.792	0.781	0.742	0.792	0.762	0.797	0.770	0.792	0.778	0.788	0.793	0.790	0.756	0.727	0.744	1.000	0.772	0.741	0.791
Support_8	0.745	0.749	0.783	0.745	0.762	0.737	0.749	0.757	0.797	0.744	0.765	0.783	0.791	0.784	0.772	0.744	0.775	0.790	0.760	0.748	0.746	0.760	0.766	0.743	0.773	0.772	1.000	0.768	0.746
Support_9	0.750	0.738	0.772	0.760	0.757	0.791	0.752	0.773	0.776	0.743	0.757	0.771	0.780	0.756	0.749	0.743	0.765	0.783	0.743	0.768	0.747	0.769	0.773	0.748	0.734	0.741	0.768	1.000	0.732
Support_10	0.783	0.829	0.787	0.782	0.805	0.777	0.777	0.748	0.764	0.767	0.775	0.741	0.757	0.812	0.752	0.793	0.763	0.799	0.744	0.771	0.778	0.769	0.742	0.755	0.779	0.791	0.746	0.732	1.000

PRILOG D - Naziv ustanove
Dom zdravlja Bihać
Dom zdravlja Sanski Most – Centar za mentalno zdravlje
JU Apoteke Sarajevo
JU Apoteke Sarajevo - Olovo
JU Dom zdravlja Konjic
JU Dom zdravlja KS
JU Dom zdravlja Livno
JU Dom zdravlja Ljubuški
JU Dom zdravlja Mostar
JU Dom zdravlja Tešanj
JU Doma zdravlja Kakanj
JU Kantonalna bolnica “Safet Mujić” Mostar
JU Kantonalna bolnica Zenica
JU Univerzitetski klinički Centar Tuzla
JU Zavod za medicine rada KS
JU Zavod za zaštitu žena i materinstva KS
JZU Kantonalna bolnica Goražde
Klinički Centar Univerziteta u Sarajevu
Opća bolnica “prim. Dr. Abdulah Nakaš”
Opća bolnica Konjic
Poliklinika Agram
Psihijatrijska bolnica KS
PZU Eurofarm
Zavod za hitnu medicinsku pomoć KS
Zavod za javno zdravstvo HNK
Zavod za medicine rada KS
Zavod za zaštitu zdravlja studenata UNSA
Zavod zdravstvenog osiguranja KS

INDEKS AKRONIMA I SKRAĆENICA	
AKAZ	Agencija za Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu
BDP	Bruto domaći proizvod
BHAS	Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine
BIH	Bosna i Hercegovina
BPR	Reinženjering poslovnih procesa
COMPET	Savjet za konkurentnost Savjeta EU
DB	Distrikt Brčko
DM	Donabedijanov model
EFQM	Evropska fondacija za upravljanje kvalitetom
EK	Evropska komisija
EU	Evropska unija
FBIH	Federacija Bosne i Hercegovine
FMZ	Federalno ministarstvo zdravstva
FZS	Federalni zavod za statistiku (Federacija BiH)
G-20	Grupa od dvadeset ministara finansija i guvernera centralnih banaka
G-7	Savjetodavni forum (SAD, Kanada, Japan, Njemačka, Italija, Francuska, UK)
HC	Zdravstvena usluga
HLA	Alijansa za vodstvo u zdravstvu
IEC	Internacionalna komisija za elektrotehniku
IHF	Međunarodna federacija bolnica
IHFSIG	Međunarodna federacija bolnica- kompetencije za lidere u zdravstvu
IKT	Informaciono-komunikacione tehnologije
IOM	Institut za medicinu (svjetski)
ISO	Međunarodna organizacija za standarde
IU	Interesno uticajne strane
JCI	Međunarodna zajednička komisija
JPP	Javno-privatno partnerstvo
JZU	Javna zdravstvena ustanova
KCUS	Klinički Centar Univerziteta u Sarajevu
KPE	Kontinuirana profesionalna edukacija
KSA	Znanja, vještine i sposobnosti
MAP	Mjerenje, analiza i poboljšanje
MBA	Magistar poslovne administarcije
MBO	Menadžment usmjeren na ciljeve

MD	Doktor medicine
MMF	Međunarodni monetarni fond
NIAHO	Državna integrisana akreditacija za zdravstvene organizacije
NPA	Nova javna administracija
NPM	Novi javni menadžment
NPM	Novi javni menadžment
NVO	Nevladina organizacija
OECD	Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj
PDCA	Demingov krug kvalitete
PM	Proces menadžment
QA	Osiguranje kvalitete
QIS	Sistem za unapređenje kvaliteta
QLDC	Razvojna kompetencija liderstva u kvaliteti
QM	Upravljanje kvalitetom
QMS	Sistem upravljanja kvalitetom
RM	Upravljanje rizicima
RS	Republika Srpska
RZS	Republički zavod za statistiku (Republike Srpske)
RZzS	Republički zavod za statistiku (SR BiH)
SAD	Sjedinjene Američke Države
COVID	Teški akutni respiratorni sindrom koronavirusa
SB	Svjetska banka
SHCE	Edukacija iz strateškog upravljanja zdravstvom
SIZ	Samoupravna interesna zajednica
SM	Strateški menadžment
SMART	Specifični, mjerljivi, dostižnii, realistični i vremenski određeni ciljevi
SUK	Sistem upravljanja kvalitetom
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija
TQM	Potpuno upravljanje kvalitetom
UMIC	Zemlje višeg srednjeg dohotka
UN	Ujedinjene Nacije
UNDP	Razvojni program Ujedinjenih Nacija
USAID	Američka agencija za međunarodni razvoj
WEF	Svjetski ekonomski forum
ZZO	Zavod zdravstvenog osiguranja

BROJ	NAZIV SLIKA	STR.
1.	Teorijski sinergetsko-holistički model SUK-a i SM-a	23
2.	Proces naučnog metoda	24
3.	Grafički prikaz istorije razvoja teorija vođenja	45
4.	Etape razvoja kvalitete	61
5.	HLA model kompetencija	67
6.	Nivoi unutar QLDC modela	69
7.	Model sistemskog pristupa	72
8.	EFQM model: procesi na zdravstvenih ustanovama	77
9.	ISO 9000 serija standarda	109
10.	Osam osnovnih principa upravljanja kvalitetom	110
11.	Dekompozicija temeljnog procesa zdravstvene ustanove tercijarnog nivoa	125
12.	Adaptirani DM model kvaliteta	127
13.	Kolbeov model učenja	131
14.	Metodologija izrade KPE	132
15.	PDCA krug	134
16.	Komunikacija unutar zdravstvenih ustanova	138
17.	Odnos dva „čista“ modela (javni i privatni) i novog S-H modela	176
18.	Prijedlog novog sinergetsko-holističkog modela (SH model)	183
19.	Procentualna raspodjela po područjima modela	184

BROJ	NAZIV GRAFIKONA	STR
1.	Uporedni indikator razvoja zdravstva: doktori	88.
2.	Broj medicinskih sestara i babica (na 1000) komparacija	95
3.	Broj medicinskih doktora (na 1000) komparacija	95
4.	Stopa smrtnosti odraslih (na 1000) – komparacija (USAID, 2021)	96
5.	Eksterni rashodi (EXT) kao % tekućih rashoda u zdravstvu – komparacija	97
6.	Domaći opšti rashodi Vlade per capita, PPP – komparacija	97
7.	Domaći opšti rashodi Vlade za zdravstvo (% GDP-a) – komparacija	98
8.	Domaći opšti rashodi Vlade za zdravstvo (postotak opštih rashoda Vlade)	98
9.	Rashodi za zdravstvo: plaćanja domaćinstava “iz džepa” (% opštih rashoda)	99
10.	Domaći privatni rashodi za zdravstvo (kao % tekućih rashoda za zdravstvo)	99
11.	Rashodi “iz džepa” (kao % tekućih rashoda za zdravstvo)	100
12.	Profil kompetitivnosti Bosne i Hercegovine za 2019.	100
13.	Struktura ispitanika po statusu ustanove	145
14.	Struktura ispitanika po veličini ustanove (%)	145
15.	Struktura ispitanika po poziciji	145
16.	K1 - Analiza konteksta ustanove, vizije, misije, okruženja (planiranje)	148
17.	K1 - Udio pojedinačnih samoevaluacija iz područja KPE	149
18.	K2 - Kreiranje i (re)definisanje strategije, ciljeva, resursa i planova aktivnosti	150
19.	K2 - Udio pojedinačnih samoocjena	150
20.	K3 - Implementacija aktivnosti unutar strateškog i operativnih planova	151
21.	K3 - Udio pojedinačnih samoocjena	152
22.	K4 - Mjerenja u procesnom modelu (prosječna ocjena po elementima)	153
23.	K4 - Udio pojedinačnih samoocjena	153

24.	K5- Analiza poboljšanja unutar procesnog modela - (prosječna ocjena)	154
25.	K5 - Udio pojedinačnih samoocjena	155
26.	K6 - Liderska komunikacija – Analiza poboljšanja (elementi, područja)	156
27.	Ukupne prosječne ocjene od K1-K6	156
28.	Primjena elemenata PESTEL analize - menadžerska praksa u zdravstvu	158
29.	Tačka 5. Vodstvo – udio samoocjene u ukupnom zbiru po elementima	160
30.	Ispunjavanje Tačke 6. Planiranje (Q3.1-Q3.12)	161
31.	Tačka 6. Planiranje - Udio pojedinačnih samoocjena	162
32.	Tačka 7. Podrška - Ispunjavanje zahtjeva samoocjena prakse ustanova	163
33.	Ispunjavanje Tačke 7 - Podrška – prosječna samoocjena i ukupna prosječna	164
34.	Tačka 8. Provedba – prosječne ocjene po elementima i ukupna prosječna	165
35.	Tačka 8. Implementacija - Udio pojedinačnih ocjena	166
36.	Tačka 8.– Samoocjena primjene u praksi (dihotomna)	166
37.	Analiza Tačke 9. Vrednovanje – prosječne ocjene i ukupna prosječna	167
38.	Tačka 9. Vrednovanje - Udio pojedinačnih samoocjena	168
39.	Analiza Tačke 10. Poboljšanja - prosječne ocjene i ukupna prosječna	168
40.	Poređenje tri modela (DSM, MM, SH model) po područjima	175

BROJ	NAZIVI TABELA	STR.
1.	Definicije kvalitete	61
2.	Koncepti razumijevanja kvalitete u javnom sektoru	62
3.	Komparativni koncepti kvalitete	65
4.	HLA model kompetencija	68
5.	Uporedni indikatori razvoja zdravstva: stomatolozi i b.o.	88
6.	Stopa smrtnosti odojčadi: umrli na 1000 rođenih	88
7.	Izdaci za zdravstvo - pružaoci usluga i izvori finansiranja	89
8.	Odabrani segmenti indeksa kompetitivnosti (u odnosu na zdravstveni sektor)	101
9.	Karakteristike dobrog odnosa pacijent – praktičar (iz perspektive praktičara)	113
10.	Komponente i elementi SEIPS modela (Carayon et al, 2006)	114
11.	Izvodi članova 66 i 152 iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBIH	118
12.	Struktura KPE formirana od strane radne grupe	120
13.	Komparativni prikaz tradicionalnog i menadžmenta kvalitete	122
14.	Tačke norme ISO u skladu sa zahtjevima (od 4 do7)	124
15.	Tačka 8. norme ISO u skladu sa zahtjevima	124
16.	Tačke 9. i 10. norme ISO u skladu sa zahtjevima	125
17.	Indikatori kvaliteta zdravstvene njege (WHO,1999)	127
18.	Komparativni prikaz elemenata KPE i zahtjeva funkcija SM-a	133
19.	Komparativni prikaz funkcija SM i zahtjeva norme ISO od tačke 4. do 6.	136
20.	Komparativni prikaz funkcija SM i zahtjeva norme ISO tačka 7.	137
21.	Komparativni prikaz funkcija SM i zahtjeva norme ISO tačka 8.	138
22.	Komparativni prikaz funkcija SM i zahtjeva norme ISO tačke 9 i 10.	139
23.	Komparativni prikaz funkcija SM i novog poboljšanog DM modela	140

24.	Mapiranja HC procesa	142
25.	Određivanje uzorka, metoda i tehnika prikupljanja primarnih podataka	143
26.	Prikaz prosječnih ocjena po elementima Q2.1-Q2.7	159
27.	Struktura dubinskih intervjua (grupacija, kod, metačvorovi i čvorovi)	170
28.	Struktura metačvorova i čvorova dubinskih intervjua	170
29.	Elementi područja akreditacije i sertifikacije u SM, MM, te SH modelu	178
30.	Komparativni pregled ISO 9001:2015, funkcije SM, DM i KPE	180
31.	Područja, podpodručja i dodijeljeni postoci i bodovi	182
32.	Šifrirani elementi modela po područjima	185
33.	Interpretacija Spearmanovog koeficijenta relacije ranga	187
34.	Rezultati korelacije odnosa vodstva i unapređenja (Spearman koeficijent)	187
35.	Rezultati korelacije odnosa vodstva i vrednovanja (Spearman koeficijent)	188
36.	Rezultati korelacije vodstva i strateškog menadžmenta (Spearman koef.)	189
37.	Rezultati korelacije strateškog menadžmenta i vrednovanja performansi (Spearman k.)	190

ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ
Универзитета у Бањој Луци

ПРИМЉЕНО			
ОРГ. ЈЕД.	БРОЈ	ПРИЛОГ	ВРИЈЕДНОСТ
13/1	657/22	30	

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ФАКУЛТЕТ: ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ

ИЗВЈЕШТАЈ
о оцјени урађене докторске тезе

ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ

На основу члана 141. Закона о високом образовању („Службени гласник Републике Српске", број : 67/20, члана 54. Статута Универзитета у Бањој Луци и члана 20. Статута Економског факултета, Научно-наставно вијеће, Економског факултета на VII сједници одржаној 16.05. 2022. године донијело је Одлуку број: 13/3.547- VII-4.4/22 од 16.05.2022. о именовању Комисије за оцјену урађене докторске дисертације кандидаткиње мр Ване Кењић под називом: *„Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел"*:

1. Др Јово Атељевић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област *Менаџмент*, предсједник
2. Др Зоран Лукић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област *Менаџмент*, члан и
3. Др Бранислав Машић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Источном Сарајеву, ужа научна област *Менаџмент*, члан.

Датум и орган који је именовао комисију, Састав комисије са назнаком имена и презимена сваког члана, звање, назив уже научне области за коју је изабран у звање и назив универзитета и факултета у којој је члан комисије запослен.

1. УВОДНИ ДИО ОЦЈЕНЕ ДОКТОРСКЕ ТЕЗЕ

Тема докторске дисертације под називом: „Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел" кандидаткиње мр Ване Кењић, прихваћена је од стране Научно-наставног вијећа Економског факултета Универзитета у Бањој Луци, Одлуком број: 13/3.150-III-6/16 године којом је за ментора именован др Јово Атељевић, редовни професор Економског факултета Универзитета у Бањој Луци.
Сенат Универзитета у Бањој Луци је Одлуком број 02/04-3.220-48/16 од 17.02.2016. године дао сагласност на Извјештај о оцјени подобности теме за израду докторске

дисертације кандидаткиње мр Вање Кењић на Економском факултету Универзитета у Бањој Луци.

Докторска дисертација је написана на српском језику и латиничним писмом, коришћени формат текста је „*Times New Roman*", величина фонта 12, коришћени проред 1,1. Дисертација је написана на укупно 249 страна компјутерски сложеног и форматираног текста формата А4, од чега је 209 страница чистог текста, 15 страница литературе, 25 страница прилога, 5 страница које се односе на попис слика, табела и графикона, а преостале странице односе се на наслов дисертације (на српском и енглеском језику), информације о ментору и докторској дисертацији (на српском и енглеском језику), сажетак дисертације (на српском и енглеском језику), посвету, захвалнице и садржај дисертације. Докторска дисертација садржи 19 слика, 37 табела, 40 графикона и прилог са широм верзијом резултата и једним примјером анкетних упитника. Укупан фонд коришћене литературе састоји се од 483 референце.

Садржај докторске дисертације је изложен је у сљедећим поглављима:

1. Увод (стр.7-30)
2. Теоријски приступ досадашњих истраживања (стр. 31-78)
3. Стратешко управљање здравственим установама (стр. 79-114)
4. Израда синергетско-холистичког (СХ) модела (стр. 115-142)
5. Анализе истраживања (стр.143-190)
6. Дискусија и Закључак (стр.191- 209)

Структура докторске дисертације, поред Увода, Закључка, пописа литературе, прилога и пописа слика, табела и графикона, садржи шест међусобно логички повезаних дијелова. Свако поглавље је подијељено у неколико потпоглавља.

Увод се састоји од резимеа, дефиниција и појмова на којима се базира рад, описа проблема истраживања и предмета истраживања, сврхе и циљева истраживања, генералне и помоћних хипотеза, независних и зависних варијабли и подваријабли, методолошког приступа кроз опис метода рада и истраживања, те образложење структуре докторске дисертације. Такође образложен је допринос истраживања и очекивани резултати. На крају уводног дијела дат је преглед структуре рада.

Друго поглавље дисертације, под називом *Теоретски приступ досадашњих истраживања* бави се теоретским приступом досадашњих истраживања у подручју стратешког менаџмента и система управљања квалитетом базираног на процесном моделу, у складу са захтјевима међународне норме ISO EN BAS 9001 и 9000ff. Дат је преглед терминолошких одредница и историјског развоја стратешког менаџмента, као и истраживања о томе која су потребна знања и вјештине лидера, те је предочен и систематизован приказ функција стратешког менаџмента. Такође, ово поглавље обухвата основе норме ISO 9000ff кроз терминолошке одреднице, норму 9001:2015, као и остале комплементарне документе и смјернице. У овом поглављу представљен је и модел изврсности темељен на EFQM моделу, као једном од најраспрострањенијих и најобухватнијих генеричких управљачких модела.

Треће поглавље под називом *Стратешко управљање здравственим установама* даје кратак осврт на тренутну ситуацију у Европи и свијету, утицају пандемије COVID-19, глобалне економске кризе, као и трендова у здравственом сектору. Детаљно обрађује дио који се односи на успоставу и структуру здравственог система у Босни и Херцеговини, са посебним акцентом на Федерацију БиХ, кроз организациони и правни оквир дијела здравственог система у Босни и Херцеговини. У овом дијелу је представљен развој и структура програма континуиране професионалне едукације, која чини основни захтјев за стицање позиције лидера на топ, средњем или оперативном нивоу унутар здравственог система ФБиХ. У наставку поглавља детаљно су приказане захтјеви тачака норме ISO 9001:2015, овај пут у директној корелацији са захтјевима свих тачака (4-10), која објашњава примјену норме на здравствене установе примарног, секундарног и терцијарног нивоа. С циљем објашњења све три помоћне хипотезе, представљен је и Донабедијанов модел (ДМ) као систем побољшања квалитета здравствене услуге, на којем се темељи досадашњи систем квалитете здравствених установа у свијету. Унутар ДМ модела представљене су знање, вјештине неопходне за имплементацију система, али и елементи који недостају.

У четвртом поглављу под називом *Израда синергетско-холистичког модела* представљени су структура и фазе новог модела, те везе и утицаји елемената модела. У првом дијелу, представљен је програм КПЕ, захтјеви норме ИСО 9001:2015, те захтјеви ДМ модела, а у другом дијелу поглавља 4. тј. 4.2. фазе модела: везе и утицаји испитују се и упоређују захтјеви КПЕ, СУК ISO 9001:2015, ДМ са захтјевима и функцијама стратешког менаџмента. Четврто поглавље представља постепену декомпозицију поменутих дијелова, с циљем касније изградње новог теоретског синергетско-холистичког модела (СХМ), који обједињује КПЕ, СУК и ДМ функције стратешког менаџмента у јединствени оквир. Испитивање веза и утицаја елемената модела са функцијама стратешког менаџмента чини кључни дио изградње новог модела.

Пето поглавље, под називом *Анализе истраживања* укључује детаљно представљање карактеристика одабране популације и узорка, те приказ и анализу свих резултата истраживања проведених прикупљањем примарних података. Даља анализа фокусира се на садашње стање два подручја: имплементација система управљања квалитетом на здравственим установама и имплементација функција стратешког менаџмента. На основу изведених анализа даје се приједлог новог теоријског синергетско-холистичког модела (СХМ), те валидације саставних дијелова елемената модела путем анализе коефицијента корелације ранга Спеармана.

Поред предочених и обрађених резултата структурисаних анкетних упитника, али и дубинских интервјуа, у закључним разматрањима истраживач даје дубљи увид у разумијевање истраживачког проблема, те у складу са обављеним примарним истраживањима (кроз структурисане анкетне упитнике за три подручја, те неструктурисане дубинске интервјуе са топ-менаџерима здравствених установа)

креира нови теоријски синергетско-холистички модел СХ уважавајући политички, економски, друштвени, технолошки оквир у којем здравствени систем дјелује. Квантитативним методама је тестирана корелација између више подручја управљачког процеса. Будући да се закључци изводе на основу проведене анализе, гдје је и истраживач основни инструмент, посебна пажња се обратила на избјегавање три могуће грешке: а) холистичка (међузависност); б) елитистичка пристрасност и ц) урођеничка објашњења.

Посљедњи дио дисертације односи се на дискусију резултата истраживања са аспекта главне и помоћних хипотеза, укупни преглед претходно анализираних подручја у којем се испитују помоћне хипотезе, те се у складу са претходним налазима и обављеним истраживањима потврђује главна хипотеза. Новокреирани теоретски модел обухвата све неопходне функције стратешког менаџмента, као и све функције и захтјеве система управљања квалитетом, као и управљачке компетенције које подржавају функције стратешког менаџмента.

У настојању предвиђања најбољег пута за Босну и Херцеговину, али и шире, дефинишу се импликације истраживања и садржаја дисертације за теорију, политике и даља истраживања. Додатно, наводе се и ограничења студије која сужавају простор сагледавања свих аспеката комплексности проблематике.

Босанско-херцеговачки здравствени систем, здравствени професионалци, те укупна јавност треба имати прилику критички сагледати нове конструкте и дискурсе, који већином потичу глобалну примјену ДМ, те се одредити о адекватности и друштвеној прихватљивости промовисаних и често наметаних реформи здравства. Радом се даје допринос деконструкцији приступа и утицаја појединих модела на креирање новог генеричког модела, примјењивог за све здравствене установе.

У складу са чланом 3. Правилника о поступку провјере оригиналности завршних радова I и II циклуса студија Универзитета у Бањој Луци, докторска дисертација кандидаткиње мр Ване Кењић прошла је провјеру оригиналности докторске дисертације, о чему постоји званична потврда.

а) Истаћи основне податке о докторској тези: обим, број табела, слике, број цитиране литературе и навести поглавља.

2.УВОД И ПРЕГЛЕД ЛИТЕРАТУРЕ

Кандидаткиња сматра да је финансијска криза која је почела у САД-у септембру 2008. године, прерасла у глобалну економску кризу (Patel, 2010) и проширила се на практично све међународне организационе структуре и нивое одлучивања (G-7, G-20, MMF, Свјетска банка, OECD, Свјетска здравствена организација, Европска унија), те да је управо интензивна дерегулација финансијских тржишта, идеолошки и практично заснована на неолибералном учењу, омогућила предуслове за неодговорно пословање и злоупотребу основних постулата процјене ризика од стране водећих финансијских институција који су у коначном и довели до развоја кризе (Mirowski & Plehwe, 2009). Идентификује неолиберализам и глобализација кључним процесима који утичу на слабљење јавне сфере, заједно са пратећим

процесима приватизације и тржишне оријентације (маркетизације), те повећањем конкуренције (Hammerschmid & Meyer 2005).

Под утицајем неолиберализма настаје и приступ Новог јавног менаџмента (НЈМ), који се у првом периоду имплементирао управо у Енглеској, те у Шведској крајем '70-их година 20-ог вијека (Bleiklie, 2018). Политички развој који је водио снажењу неолиберализма у Шведској настао је као посљедица економских тешкоћа деведесетих година, које су довеле и до промјене свијести о јавном сектору. Неолиберализам и глобализација идентификовани су кључним процесима који утичу на слабљење јавне сфере, заједно са пратећим процесима приватизације и тржишне оријентације (маркетизације), те повећањем конкуренције (Hammerschmid & Meyer 2005). Самим тим, различити механизми и поступци иманентни приватном сектору трансферисали су се и проводили у јавним институцијама. Кандидаткиња напомиње да је БиХ прошла низ шокова у временском периоду од три деценије, процесима започетим увођењем вишепартијског парламентарног система, који су настављени проласком кроз ратно и постратно искуство. Постратно искуство се временски поклапа са транзиционим и глобализацијским ефектима који су на социо-економску слику земље имали снажан утицај.

Будући да посебно мјесто унутар реформи јавног сектора заузима здравствени сектор, потребно је имати у виду чињеницу да је здравље основа добробити те кључни предуслов за повећање продуктивности једне земље (Todaro & Smith 2015). Како би се остварили користи развоја модерних технологија и повећања продуктивности, земље у транзицији обавезне су првенствено реформисати образовни и здравствени систем (Barr, 1996). Кандидаткиња сматра да образовање и здравство представљају основне циљеве развоја земаља у транзицији.

Међузависности и интеракције стратегије (или стратешког менаџмента) и квалитета у процесима реформи могу донијети многоструке користи за јавни сектор (здравство), социјалну и демографску слику земље (становништво), те економију земље (кроз повећање продуктивности радно способног становништва). Кандидаткиња у раду истражује интеракције стратегије и квалитета као важан задатак са становишта научне, али и практичне примјене. Значај здравља на укупан раст, развој те благостање и продуктивност државе постаје јасно и кроз сагледавање посљедица пандемије вирусне респираторне болести узрокована новим коронавирусом САРС-ЦоВ-2 (WHO, 2020) крајем 2019. године, која још увијек није завршена.

У раду је представљен прегледи и анализа неких од најважнијих мислилаца за развој стратешког менаџмента као и саме дисциплине менаџмента (Henry Fayol, Igor Asnoff, Peter Drucker, Henry Mintzberg i Michael Porter и др). Alfred Chandler (1962) фокусира се на анализу три димензије стратегије: потребе дефинисања циљева, дефинисања плана акције или концепције. Steiner (1979) наглашава да се стратегија односи на кључне одлуке о правцима дјеловања. Michael Porter (1996) истражује разлике стратегије и оперативне ефективности, наглашавајући да оперативна ефективност не може бити сама стратегија. Аутор примјећује да су менаџерски алати (TQM, бенчмаркинг, аутсорсинг, реинжињеринг) заузели мјесто стратегије, те да менаџери посљедично (бављењем унапређењима, а не стратегијом) удаљавају фирме од одрживе конкурентске позиције. Ефикасно управљање јавним сектором данас, захтијева од јавних установа развој капацитета за примјену

стратешког менаџмента као централног менаџерског процеса који интегрише све кључне активности и функције (Poister & Streib, 1999). McBain & Smith (2010) сматрају да је стратешки менаџмент постао стандардно средство којим менаџери у јавном сектору креирају вриједности и обликују организацију.

Анализом чланака из Harvard Business Review кандидаткиња наглашава важност (Dimon & Bossidy) доктрине којом се наглашава, да је извршење стратегије кључ стратешког успјеха сваке организације (Martin, 2010). Okumus & Roper (2000) закључују да стратегије немају никакву вриједност уколико не могу бити имплементиране, док други аутори потврђују да се мање од 50% формулисаних стратегија заиста и имплементира (Mintzberg, 1994; Hambrick & Canella, 1989; Miller & Dess, 1996). Овдје се може наћи упориште у тврдњи да функција стратешког планирања (без обзира на модерне алате које користи) не може замијенити све друге функције стратешког менаџмента (Lega, Ferre & Cuccurullo, 2012). Из наведеног слиједи да је неопходно развити концептуални оквир који симултано обухвата све функције стратешког менаџмента (не само планирање), али при томе не занемарује разлике између топ менаџера који осмишљавају и користе стратешке функције и свих осталих који их у пракси проводе

Веза између стратешког менаџмента и система квалитета је дефинитивно етаблирана у '70-им и '80-им годинама прошлог вијека, гдје кандидаткиња представља историјски развој, као и различите концепте. Тако Garvin (1988) истиче да управљање системом квалитета представља саставни дио процеса стратешког планирања. Peters и Waterman (1982) су кроз своја истраживања приказали да су најконсистентнији фактори који се оцјењују унутар организација квалитет, поузданост и услуга. Garvin и остали аутори 90-их година приказују помјерања у размишљању унутар топ менаџмента, уско повезујући квалитет са профитабилношћу, те посматрајући га искључиво финансијским елементом у процесима стратешког планирања. Calingo (1996) сматра овакав поглед на квалитет изузетно уским и наводи да се не може сматрати конкурентском предношћу, већ мора обухватити цјелокупан систем. Наводи приступе квалитети кроз различите теоријске и апликативне концепте у јавном сектору, те менаџерске алате за ефикасно управљање организацијом, као што су Balanced ScoreCard (Kaplan i Norton, 1996); стратешке мапе (Voelker, Rakich i French, 2001; Norton, 2006; Wicks i St. Clair, 2007; Wu i Kuo, 2012); организационо учење (Seok Hee et al., 2007; Hovlid et al., 2012) и сл., с циљем евалуације и оцјењивања квалитета пословања и перформанси одређене организације. Занимљиво је да су сви досадашњи теоретски и емпиријски модели система управљања квалитетом, те ванјског оцјењивања модела настали управо обједињавањем постојећих метода, алата и техника из подручја менаџмента (Weale, 2007; Dominquez-Mayo, 2012), те постојећег know-how из подручја едукације (темељено на основном Донабедијановом моделу квалитета здравствене установе).

Наравно, појављивали су се различити приступи и тумачења квалитета, зависно од приступа и поља интересовања аутора, које кандидаткиња анализира у складу са њиховим разумијевањем квалитете и фокусом дјеловања (Crosby,1979; Taylor, 1911; Shewhart, 1939; Deming, 1943; Juran, 1951, 1986; Feigenbaum, 1961; Ishikawa, 1985; Mandru, 2011; Taguchi, 1957; Kackar, 1989; Crosby, 1979; Summers, 2005; Lazibat, 2009). Још од 1960. године позната је техника стратешког управљања квалитетом под називом Hoshin Kanri (хо-метод, схин-усмјеравање, канри-планирање) развијен

од стране Yokogawa Hewlett-Packard, која се користи за укупну контролу система и TQM-а (Nicholas, 2016). Помоћу овог модела покушала се поправити функција стратешког планирања помоћу интеграције стратешких циљева на оперативном нивоу, имплементације PDCA круга на управљање пословним процесима, методологијом паралелног планирања и извршавања (Tennant & Roberts, 2003). Међутим, Hoshin Kanri се ипак односи само на једну функцију стратешког менаџмента, а то је планирање (компоненте: формулисање плана, развој одјела, имплементација и аудит - контрола). Walsh (2006) је синтетисао различите концептуалне моделе у један свеобухватни приступ стратешком управљању квалитетом, предложивши оквир за интеграцију квалитета и стратегије.

Кандидаткиња наводи да у јавним здравственим установама, менаџери имају најмање утицаја на финансијски менаџмент здравствене установе, као што и проведена истраживања доказују (Calingo, 1996; McLaren, 1984; Bays, 1986 i Batchelor, Butler i Jellinek, 1987). Почетак претварања филозофије и концепта квалитете у конкретне покушаје креирања модела система осигурања квалитета кроз развој и имплементацију појединих менаџерских алата унутар здравствене установе започињу Wowk,1990; Claus, 1991 i Batalden, 1992. Appel (1991) i Weiner (1992) у теорији први пут покушавају креирати заједничке индикаторе квалитета здравствене услуге путем истраживања резултата имплементације унутар болница (Weiner et ал. 2006). Al-Assaf (1993), а затим и Nichols и Zallar (1997) почињу се ослањати на резултате система квалитета на америчким здравственим установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа. Њихова одредница имплементације квалитета веже се директно за тотално управљање квалитетом, гдје је у потпуности прескочен нужни дио имплементације система управљања квалитетом. Sloves (1999), Burstin и Attree (2001), Meurer и Larson, те Willis (2002) сматрају да је након имплементације осигурања квалитета потребно кренути у побољшања и да се здравствене установе могу акредитовати у односу на побољшања која приказују након имплементације основног Донабедијановог модела квалитете здравствене услуге. На одређен начин, систем квалитета посматра се искључиво као паралелни систем постојећим управљачким системима. Clancy и Cronin (2005), Halvorson (2005) и Gorgos (2006) фокусирају своја истраживања на индикаторе квалитета, процесе мјерења, анализе и побољшања, али искључиво унутар темељних процеса и везано за пружање здравствене услуге. Shershneva (2007), Hellinger (2008) & Humphreys (2008) фокус враћају на задовољство корисника/пацијената пруженом услугом (укључујући и упослените), али први пут проширују мјерења и на остале интересно-утицајне групе (осим оснивача, партнера и на акредитацијске агенције и куће). Поједини аутори уочавају процесни карактер стратешког менаџмента (Certo & Peter, 1993; Pearce & Robinson, 2005.). Важно је назначити да се системи квалитете базирају управо на процесном моделу, што указује на сличности приступа и широк простор могућности усклађивања. У прилог томе, Koontz & Weihrich (2009) приказали су системски концепт менаџмента, базиран на моделу инпут-трансформација-аутпут, односно процесном моделу.

Здравствене организације су често велики плуралистички концепти у плуралистичким оквирима и постоји много истраживања која се баве овом тематиком (Boyne, 2002; Meyer et al., 2006; Cristofoli & Longo 2007). Тешкоће у управљању и вођењу здравствених установа, узроковане њиховом комплексношћу, али и моћи коју стављају у руке појединаца, те конфликти интереса интерних и екстерних управљачких система, стварају такође и потешкоће у комуницирању и

провођењу експлицитних, кохерентних и јединствених стратешких праваца. Постојећа литература (академска, стручна и истраживачке студије) о стратешком менаџменту у организацијама/установама јавног сектора често посуђује теорије, технике и алате из пословно оријентисаних контекста.

Утицај NPM-а огледа се у преносу инструмената, техника и алата (али и захтјева интересно-утицајних група) из приватног у јавни сектор. Рад менаџера у јавном сектору није адекватно рефлектован у постојећим управљачким оквирима. Постоји реална потреба за бољим концептуалним оквиром који ће одражавати све функције стратешког јавног менаџмента. Нпр. Weingart-ова класична студија (1993) истражује процесе доношења одлука у односу на набавку технологије у дванаест великих медицинских центара. Његови резултати показују да је финансијски утицај пројекта био најчешће кориштен критериј одлучивања, али да су у случају здравства финансијски утицаји били најмање важни (у односу на утицај технологије на квалитет укупне здравствене његе и задовољства корисника). У посљедњих двадесетак година, међу академским радницима фокус је стављен на стратешки менаџмент унутар организација јавног здравственог сектора (Meier et al., 2006). Литература показује да се тема даље фокусира на осигуравање менаџерских алата за достизање бољих перформанси, чиме се потврђује утицај рационализма НПМ-а у реформама у подручју здравственог сектора. НПМ наглашава да установе јавног сектора морају усвојити праксе стратешког планирања како би побољшале дугорочно управљање, вођење јавних установа те побољшале перформансе у турбулентном окружењу (Alford, 2001, Barzelay, 2001). Lega (2012) тврди да, узимајући у обзир ову перспективу, појам стратешког планирања често се грешком поистовјећује са појмом стратешког менаџмента (иако чини само један његов дио).

Кандидаткиња сматра да постоји конфузија између неопходних менаџерских знања и разумијевања контекста окружења, те новости у подручју саме медицине збуњује и креаторе континуиране професионалне едукације здравствених менаџера. Дакле, поистовјећивање система управљања квалитетом на здравственој установи (управљачки модел) и система квалитете здравствене услуге (Донабедијанов модел квалитете здравствене услуге), доводи и до таутологије унутар КПЕ здравствених менаџера (Fentahun & Molla, 2012), гдје се најчешће мијешају јединице из медицине и биомедицине, са садржајним јединицама стратешког управљања, организацијским перформансама и управљања квалитетом. Као што је већ представљено управљање здравственим установама се посматра под појмом менаџерских знања и вјештина, док се квалитет придружује искључиво у подручју задовољства корисника и мониторинга одређених индикатора директно везаних за здравствену услугу. Јаз који се може видјети јесте потпуно занемаривање изградње система квалитете у односу на задовољство корисника, те креирање индикатора перформанси здравствених услуга и производа, мјерења, анализе и побољшања. При томе, у цјелости се занемарује процесни модел, конзистентност процеса и једнак развој друге двије врсте процеса – управљачког и процеса подршке.

Управљање јавним здравственим организацијама мора узети у обзир двије димензије установе: њену јавну природу с једне стране, те посебности/специфичности контекста здравствене услуге, с друге стране. Allison (1993), Van de Bij i Broekhuis (1998), Larson & Muller (2002), Boyne (2002), Ictenbas i Eryilmaz (2011), te Benazić (2012) потврђују неопходност фокуса на неколико аспеката јавних организација (здравствених установа): јавне установе имају велики

број интересно-утицајних страна које имају своје захтјеве и стављају ограничења на рад здравствених установа. Често су захтјеви различитих екстерних група (нпр. оних који плаћају порезе и оних који примају услуге) у конфликту. Јавне здравствене организације су често развучене у много праваца тј. очекује се да допринесу општем развоју заједнице, изводе све своје примарне активности, симултано укључујући и користећи менаџерске алате приватног сектора уз истинске вриједности ефикасности и ефективности (Arrowsmith et al., 2000; Porter & Lee, 2013). Већа бирократија организација јавног сектора намеће се због бирократских процедура за доношење одлука, истовремено смањујући аутономију менаџера који у јавној организацији имају мање слободе у доношењу одлука (Lega, 2012).

Проблем истраживања постаје нарочито значајан уколико се узме у обзир да је у посљедњих двадесетак година присутна криза повјерења у јавне здравствене установе, којима се спочитава наводна неспособност да адекватно одговоре захтјевима пацијената и друштвеној заједници, те преузму одговорност за раст и развој цјелокупне државе. Они који контролишу финансирање здравственог сектора не вјерују да установе одговарају потребама пацијената и других интересних група у здравственом сектору (Lee, Vlaev i King, 2013; Tyagi et al., 2013). Одговором на провођење структурних реформи јавног сектора може се сматрати имплементација система управљања квалитетом унутар здравствених установа, с циљем повећања транспарентности, ефикасности и ефективности пословања истих (Evans, 2009; Schmitt, 2010). Све је присутнија потреба за диференцираном функцијом менаџмента квалитета у здравству (а тиме и менаџмента људских ресурса као његове неодвојиве компоненте), која ће створити амбијент унапређења квалитета и сигурности здравствених услуга (Boulkedid, 2011; Kennedy 2011).

Однос између стратегије, организацијске структуре и организацијских перформанси посебна је тема литературе стратешког менаџмента (Nouri, 2013). Обично се наводе два темељна ослонца конкурентске предности, а то су ефикасност и иновативност. Међутим, фокусом на јавне услужне организације (узимајући у обзир захтјеве који немају приватне организације), Hill наводи и два додатна, а то су квалитет и потпуно разумијевање и сензибилност на захтјеве корисника (Šehić, 2002). Поједини чланци најпрестижнијих часописа у подручју менаџмента (Calingo, 1996; Bossink, 2002; Beer, 2003) баве се стратешком функцијом квалитете у менаџменту иновација, уводе синтагму стратешког управљања квалитетом, расправљају о повезивању стратегије и квалитете (Beercroft, 2006), али нико не увиђа предност генеричког модела СУК ISO 9001. Кандидаткиња предлаже обједињавање захтјева норме СУК ISO 9001 који би могао послужити као стратешки оквир који обједињује све стратешке функције (објашњено у ISO 9004:2018), истовремено имплементирајући СУК на организацију, те посљедично избјегавајући утврђени јаз између креирања стратегије и њене имплементације.

Циљеви здравственог сектора су обично замагљени и нејасни, изузев оних који се односе на једнак приступ здравственој услузи и смањење трошкова. Сви захтјеви који се постављају пред јавне организације, на нивоу стратешког менаџмента већ су обухваћени и захтјевима генеричког модела система управљања квалитетом по норми ISO9000фф (ISO 9000:2015; ISO 9001:2015 и ISO 9004:2018). Поставља се питање зашто овај генерички оквир, одговарајући за све институције/организације раније није интегрисан као модел који повезује стратешко управљање

организацијом и систем управљања квалитетом (Heuvel, 2006; Bell, 2010). ISO 9001 процесни модел користио се за истраживање компатибилности и са другим моделима: однос између ИСО 9001 и Six-sigma (Lupan, 2005); однос између QMC-a и система управљања заштитом (El Ayadi et ал., 2007): компатибилност ISO и одрживости (Jasiulewicz-Kaczmarek, 2017): компаративна студија о ISO сертификацији и акредитацијама у здравству (Guerra B, 2017.) и компатибилност ISO и специфичних стандарда квалитета за здравство (Tošić, 2018).

Умјесто тога, аутори (више академски истраживачи, мање практичари) сматрали су да увођењем TQM-a (за побољшање квалитете) задовољавају функцију квалитета на стратешком нивоу и тиме занемарили чињеницу да свака организација мора имати имплементиран СУК да би могла примијенити алате TQM-a (Deming, 1986; Juran, 1989; Buzzel &Gale, 1987; Hackman & Wageman, 1995; Lawler et al. 1998; Hendricks & Singhal, 2001). Унутар захтјева генеричког СУК модела (тачке Норме од 4 до 10.) наведени су сви елементи стратешких функција (стратешки менаџмент) организације, уз дјелимично искључивање подручја финансијског менаџмента.

Кандидаткиња представља концепт квалитета здравствене услуге дефинисан је од стране Донабедијана 60-их година помоћу модела који је и даље универзално прихваћен и користи се у академским истраживањима, и у свјетској пракси, али искључиво за развој стандарда квалитете здравствене услуге. Модел се фокусира на три главне компоненте: структуру – процес – резултати/исходи (Ammenwerth et al., 2007; Bahrami et al., 2007: Jlassi et al., 2007; Kunkel et al., 2007). ДМ структура фокусира се на статичке карактеристике особља које осигурава здравствену услугу, као и окружење у којем се одвија, процес обухвата активности здравствене услуге пацијенту (дијагнозе, прописивање лијекова и сл.), док компонента резултата/исхода обухвата квалитет здравствене његе који се мјери помоћу неколико индикатора (El Haj, 2013). Наведени модел је прихваћен у здравственим установама широм свијета, будући да представља окосницу, тј. основу модела квалитете здравствене услуге препоручене од стране WHO (2002; 2008; 2014). На стратешком нивоу здравствених установа усвојен је TQM систем (само у виду коришћења додатних алата за побољшања система квалитете), те су се паралелно, на нивоу стратешког менаџмента усвајали различити и неприлагођени управљачки алати (пренесени из приватних предузећа и бизниса). Систем квалитете многих здравствених установа почива на ДМ квалитете здравствених услуга, надограђеним TQM алатима за побољшавање квалитете, пренесене из индустријског сектора, али неприлагођене здравству. Кандидаткиња анализира дијелове који се односе на побољшање квалитете здравствене услуге, те на питања везана за тренутни ниво менаџерских и лидерских вјештина топ менаџера (Hill, 2020; Osseo-Asare & Longbottom, 2002). Остали аутори (водећи Srikanthan & Dalrymple, 2002, касније и Painter& Mok, 2008, te Dollery et al., 2011) дискутују о увођењу менаџерских култура у систем управљања квалитетом у јавном сектору. Међутим гап у литератури унутар здравственог сектора, налази се у процијепу између понуђених теорија, метода и техника стратешког менаџмента - генеричких, истовремено се у подручју квалитете фокусирајући искључиво на квалитет здравствене услуге у складу са основама модела понуђеног 60-тих година. Једини развој који је здравствени сектор у подручју квалитете остварио, јесте унапређење индикатора, али искључиво унутар здравствене услуге као темељног процеса установе (Becket &Brookes, 2008; El Haj, Lamrini & Rais, 2013). Дакле, проблем истраживања јесте непостојање јединственог модела система управљања квалитетом на здравственим

установама, који обухвата све процесе и активности здравствене установе (не само здравствену услугу). Непостојање јединственог модела СУК-а повећава фокус на аспект стратешког планирања, али умањује фокус на имплементацију стратегије.

У зависности од саме парадигме појам квалитета може бити схваћен на различите начине користећи различите појмове, ознаке и моделе. Кандидаткиња даје и приказ о непостојању консензуса о томе како дефинисати квалитет у здравственој установи, будући да недостаје заједнички систематски оквир (Blumenthal 1996; Brook et al., 1996; Saturno, 1999; Bengoa et al., 2006; Evans et al., 2001; Shaw i Kalo, 2003; Sunol et al.,2005). Разумијевање темељних концепата, димензија, алата за мјерење те интересно-утицајних страна у процесима доношења одлука јесте кључ процјене система квалитете који постоје унутар здравствених сектора земаља Европске уније. Од 1995. до 2015. године већина земаља почиње укључивати преференсе и захтјеве пацијената те их детерминисати кључним елементима система квалитете (Brook, 1996, Shaw и Kalo, 2002), а касније и осталих интересно-утицајних група.

У америчкој литератури (Kavaler & Alexander, 2014; Kongstvedt, 2013; Kennedy & Fiss, 2009) изнова говоре о квалитети здравствених услуга, те о управљању здравственим услугама (management of health care), док у европској литератури (Van der Bij & Broekhuis, 1999; Van den Heuvel et al., 2005; Stephens & Ledlow, 2010 & Rotar-Pavlić, 2012) у подручју система побољшања квалитете у здравственим установама те њихове акредитације, стручњаци препознају искључиво квалитет здравствене услуге темељен на Донабедијановом (ДМ) моделу (Донабедиан, 1988) квалитете здравствених услуга (WHO, 2018). Под управљањем квалитетом у здравственом сектору обично се подразумијева постојање националних/државних агенција за квалитет и акредитацију у здравству (NIAHO, JCI, итд.) ипак све земље ЕУ имају властите државне агенције за унапређење квалитете у здравству. ЕУ бави надоградњом (побољшањем) квалитете услуга, прије него је уопште имплементирала систем управљања квалитете на цијелој установи.

Узимајући у обзир да се генеричка норма ISO 9000фф може користити као стратешки модел примјењив на цијелу институцију/организацију, те да својим захтјевима удовољава свим функцијама стратешког менаџмента, истовремено осигуравајући симултано увођење система управљања квалитетом, у овој тези је (ISO 9001) предложен помоћном хипотезом, те истражен у складу са намјерним узорком. Уколико се овоме дода и широко распрострањени модел квалитете здравствене услуге (Донабедијанов модел-ДМ), једноставно је доказати да је ISO 9001 шири модел, који унутар својих захтјева (темељни процеси – ISO, 2008; El Haj, Lamrini & Rais,2013), обухвата и квалитет здравствене услуге по процесном моделу (помоћна хипотеза два) која је, такође, истражена унутар намјерног узорка. Трећа помоћна хипотеза која је третирана као улазни елемент и истражена у складу са намјерним узорком јесте континуирана професионална едукација топ менаџера здравствених установа (КПЕ). Истраживање ове три помоћне хипотезе темељи се на захтјевима функција стратешког менаџмента, те резултује изградњом јединственог синергетско-холистичког модела система управљања квалитетом, који представља интегрисани модел стратешког управљања у здравственим установама.

Како би се могли носити са изазовима здравственог сектора, топ менаџери

здравствених установа имају потребу за сталним професионалним усавршавањем менаџерских знања и вјештина – у даљем тексту КПЕ (Nichol, 1990; Wooden, Robertson, Dawkins, 1994; Chase & Macfarlane 2006: Roemer, 2008). Ипак, до данас (Rosenzweig, 2013) приступи КПЕ у управљању здравственим установама нису се значајније укоријенили у здравству (као што је то случај са другим секторима). Најчешће се проводе едукације о менаџерским знањима и вјештинама према узусима и алатима узетим из приватних бизниса. Crow и Hartman (2006) прегледом наставних планова и програма водећих школа за менаџере у здравству тврде да су задовољена сва подручја од основног менаџмента, стратешког менаџмента, квалитета, финансија, маркетинга, осигурања, иновација и сл. Међутим, и даље је фокус на знању и вјештинама менаџера, те на његовој когнитивној и емоционалној интелигенцији (Goleman, 2010) у процесу доношења свих одлука, па тако и стратешких (Hartman, Brockman & Henson, 2008). Трећа помоћна хипотеза је истражена на намјерном узорку топ менаџера који су прошли КПЕ едукацију (детаљније у наставку), те утврђује њихова знања и вјештине како у подручју стратешког управљања здравственим установама, тако и о систему управљања квалитетом. Управо сматрајући да континуирана професионална едукација топ менаџера здравствених установа треба обухватити образовне активности из подручја медицинске експертизе (иновације, технологије, лијекови, е-компонента и сл. - Fentahun & Molla, 2012) занемарују се менаџерска знања и вјештине неопходне за управљање здравственим установама.

Основни предмет истраживања кандидаткиње усмјерен је на три главна елемента. Први дио се односи на истраживање знања и вјештина топ менаџера здравствених установа у подручју управљања квалитетом и стратешког менаџмента. Други дио се фокусира на недовољну развијеност и имплементацију система управљања квалитетом у здравственим установама, темељену на процесном моделу захтјева норме ISO EN BAS 9001:2015 (ISO EN 9001:2015). Трећи дио истражује јаз (гап) између постојећег система квалитете базираног на ДМ моделу квалитете здравствених услуга и његове недостатке у односу на СУК. Истраживања и анализе се повезују у посљедњем дијелу, изградњом новог теоријског синергетско-холистичког модела (СХ) и анализа корелације ранга као верификација дијелова модела.

Увидом у доступну литературу, академске и стручне чланке постаје јасно да се они баве појединачно стратешким менаџментом, засебно системима управљања квалитетом, тоталним и интегрисаним управљањем квалитетом, а посебно здравственим установама. Једини сублимат ова три подручја могуће је пронаћи у мањој мјери унутар стратегија развоја здравствених сектора на државним нивоима, те у одређеним законским обавезама (државним и наднационалним – европске директиве и WHO) и агенцијама за квалитет у здравству. Изузев консензуса о потреби постојања система квалитета на здравственим установама, те консензуса о коришћењу критерија и индикатора за поједине здравствене услуге на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, још увијек не постоји заједнички модел СУК-а на нивоу Европе. Наведене везе, помоћне хипотезе, те додијељени индикатори омогућавају упоређивање захтјева са захтјевима стратешког менаџмента, те конструисање новог теоретског синергетско-холистичког модела (СХМ), који обједињује СУК и функције стратешког менаџмента у јединствени оквир.

H1 - Обједињавање функција стратешког менаџмента и система управљања квалитетом има директан позитивни утицај на побољшање управљања здравственим установама.
H1a - Континуирана професионална едукација топ менаџера има директан и позитиван утицај на функције стратешког менаџмента , а тиме и система управљања квалитетом.
H1b - Задовољавање захтјева норме ISO 9001 унутар здравствене установе има директан и позитиван утицај на функције стратешког менаџмента
H1c - Имплементација захтјева ДМ модела квалитете унутар здравствене установе фокусира се искључиво на темељне процесе процесног модела, те има дјелимично позитиван утицај на функције стратешког менаџмента.

На основу описаног предмета, проблема и циљева истраживања могуће је идентификовати варијабле, подваријабле и индикаторе који утичу на истраживање. Независне варијабле чине функције стратешког менаџмента у здравству. Његов концептуални оквир се састоји од три помоћне хипотезе: Континуирана професионална едукација - КПЕ (знања и вјештине у СУК-у и СМ-у); СУК у складу са захтјевима норме ISO 9001 (тачке норме 4,5,6,7, 8, 9 и 10) и Систем побољшања квалитета здравствене услуге ДМ (знање, вјештине и имплементација). С циљем испитивања проблема неефикасности и неефективности управљања здравственим установама, било је потребно прво провјерити суфицијентност знања и вјештина топ менаџера здравствених установа у подручјима система управљања квалитетом, те стратешког менаџмента. Помоћу резултата који су анализом примарних података добивени у односу на захтјеве функција стратешког менаџмента, креиран је нови теоријски синергетско-холистички модел који може служити као оквир за систем управљања квалитетом и стратешки менаџмент здравствених установа.

Кандидаткиња сматра да провођење неолибералних реформи у одређеним земљама (Чиле, Боливија, Шри Ланка, Русија) представља примјер репресивних приступа у реализацији идеологија, те је неопходно квалитативно изучавати и разумјети економске, политичке и друштвене феномене, некохерентне контексте и системе како би се пронашли приступи примјерени датим околностима (Klein, 2008). Развојна економија (Todaro & Smith, 2006) бави се формулисањем одговарајућих развојних политика при чему јавни сектор преузима већу и одлучнију улогу у односу на ону коју је имао у традиционалној неокласичној економској анализи. Представљене су и различите подјеле историјског развоја стратешког менаџмента, те допринос појединих аутора свакој наведеној фази (Machiavelli, Sun Tzu, stari grčki pisci Euripid, Sokrat, Homer i dr., Shakespeare, Montesuieu, Kant, Hegell, Mill, Liddel Hart, Backer, Von Neumann i Morgenstern, Drucker, Chandler, Ansoff, Gluck, McNichols, Steiner, Miner, Mintzberg, Hofer, Schendel itd: Narikae & Lewa, 2017).

Кандидаткиња у наставку дефинише све интегративне елементе стратешког менаџмента, управо из разлога проблема који утичу на различита разумијевања појмова, нпр. између стратегије и алата за ефективност, те стратегије и стратешког планирања, као и њихове историјске перспективе (Vaara, 2018) гдје се развој стратешког менаџмента дијели на три историјска приступа: историјски реализам, интерпретативна историја, те постструктуралистички историјски приступ (Juha-Antti, 2016).

Наводе се четири фазе развоја стратешког менаџмента кроз преглед литературе и

аутора (H. Fayol и сљедбеници; F.W. Tayler и сљедбеници; Weber и сљедбеници; Philippo, J. Ettington, O. Sheldon, E. Mayo, M. Follet, A. Maslow, C. Argiris, D. McGregor, F. Herzber у сљедбеници; Dirkhem, N. Wiener, L. von Bertalanffy, A. Rapoport, K. Boulding, W. R. Ashby, M. Mead, G. Bateson, T. Peters, R. Watermman i dr. Hadžiahmetović, Softić, Kulović i dr.) Приказан је развој стратешког менаџмента, његов фокус и алате унутар седам подручја Ginter (2018), од 50-тих до 2010 - 1950-те: Теорија X и теорија Y (McGregor, 1960), Менаџмент по циљевима (Drucker, 1954), Диверзификација, Квантитативни менаџмент (Suzuki, 1967), на 1960-те: менаџерске мреже (Blake & Mouton, 1964), T-групе (Bradford et al., 1964), централизација вс. децентрализација; на 1970-те: буџет заснован на нули (Pyhrr, 1970), партиципативни менаџмент, портфолио менаџмент (Markowitz, 1952.), на 1980-те: теорија З (Ouchi, 1982), организацијска култура (Jacques, 1951), TQM (Deming, 1951); на 1990-те: фокус на корисника, побољшање квалитете (Deming, 1982), реинжењеринг, бенцхмаркинг; на 2000-те: six-sigma, БСЦ (Kaplan & Norton, 1992), организације које уче, плави океани (Kim & Mouborgne, 2004); на 2010-те: управљање знањем, стратешко мапирање (Kaplan & Norton, 1994), црни лабуд (Taleb, 2007), аналитика великих података и др.). Narikae (2017) их дијели по доминантним темама на корпоративне стратегије, планирање и раст, а стратегију ставља у центар доношења менаџерских одлука. Аутор Kwok (2014) са Хонг Конг Института за технологију, основну подјелу и еволуцију менаџмент теорија дијели на традиционалне теорије менаџмента које укључују бирократску теорију менаџмента, административну теорију менаџмента и научну теорију менаџмента (у којој почиње брзи развој стратешког менаџмента), а сљедећим фазама сматра бихевиористичке теорије менаџмента, те постструктуралистичке теорије. Од краја 2019. године, као и цијелу 2020. годину аутори подручја стратешког менаџмента, оперативног менаџмента, ХРМ-а, подузетништва све више се баве контекстуализованим разумијевањем кроз историјско резоновање, изворе података и методе тумачења који представљају значајну прилику за унапређење истраживања унутар подручја. Све до краја 2019. године могло се говорити о различитим концептима, развојима, идејама и алатима у стратешком менаџменту.

У употребу је стављен и појам неергодички. Мада је још нобеловац Douglass North још 1999. године објаснио „сада постојимо у неергодичком свијету, у којем се нова равнотежа након великих поремећаја наставља мијењати након тога, слично динамичкој равнотежи у отвореним системима" (Hitt, 2021), тек данас у пракси кроз нову нормалност (new normal), овај појам постаје јасним. Веома важна постаје чињеница да ли се ради о тврдим капиталистичким системима као што су амерички, енглески или западним социјалним демократијама (мада и постоје одступања нпр. Њемачка вс Шведска), тврдим комунистичким режимима (Кина, Сјеверна Кореја) или посткомунистичким социјалним друштвима (источна Европа и Русија). У свим овим земљама постоје различити приступи пандемији, тј. здрављу становништва, а тиме и економији. Није исто бити топ менаџер у 2020. години у Великој Британији, Кини или Сингапуру, у зависности од њихових јавних политика везаних за здравствени систем, али и економију, као и у зависности од укупног здравља становништва. Пандемија је озбиљно измијенила динамику пословања, не само на нивоу компаније или организације, већ и на радне сценарије, емотивну и психолошку димензију упосленика, али и корисника. Мијењају се идеје коришћења инфраструктуре, дистрибуције, али и добробити упосленика, ангажмани корисника и задовољства, те количина изгубљеног знања, компетенција и вјештина која се неумитно десила кроз велики број смртних исхода у свим сегментима друштва. На

плану управљања људским ресурсима, повећава се флуктуација особља и апсентизам усљед боловања, професионално сагоријевање (бурноут) постаје веома чест разлог одсуства, те се компаније суочавају с валом недостатка мотивације особља, популарно званим „Велики отказ". Дуга фокусираност на квантитативне индикаторе и остварени профит нажалост довели су до тога да топ менаџери искрено гледају на људе као на "капитал"/ трансакцијску робу не схватајући да су запослени ипак ставили већу вриједност на властити живот.

Kumar & Gupta (2021) стављају фокус на подручја стратешког управљања, водства, али и управљања катастрофама (Pankaj et al. 2021) говоре о lockdown економијама, узимајући у обзир не само тренутну пандемију Ковид-19, већ и будуће на које CDC, али и WHO дугорочно упозоравају. За вријеме трајања пандемије, Harvard Business Review (2022) на својој страници свакодневно континуирано објављује различите смјернице, vebinare, чланке и доступне алате за моделирање стратегија, оперативног менаџмента, али и дугорочне бриге за запослене. Емпиријски су утврђени и објављени кроз различите студије случаја на HBR страници и трендови смањене продуктивности и задржавања упосленика, повећана стопа абсентизма и лошије ментално здравље. У различитим peer-review медицинским студијама, као проблематично, а директно везано за подручје радне снаге је и утврђивање дугорочних неуролошких проблема, као што су погоршање постојећих здравствених стања, симптоми депресије, инсомније, умора, анксиозности, смањене концентрације, али и пада коефицијента интелигенције са инфекцијом или поновном реинфекцијом вирусом ЦОВИД-19 у просјеку за седам IQ бодова. Преглед и подаци везани за утицај пандемије на радну снагу су од изузетне важности за све елементе стратешког менаџмента, јер је јасно да је цовид 19 у својој сржи људска криза. С циљем повезивања нових пандемијских и пост пандемијских изазова за све интегративне елементе, концепте и алате стратешког менаџмента, важно је било навести интегративне дијелове, те објаснити проблеме са којима се суочавају након пандемије.

Топ менаџер који управља здравственом установом мора имати одређена знања и вјештине, како би их претворила у компетенције, неопходне за успјешно вођење организације. Иако се чини да су и знање, способности, вјештине и компетенције веома слични појмови, кандидаткиња је посебно дефинисала сваки појединачни појам, ради бољег разумијевања компетентности стратешког лидера (Horwath, 2006; Kaplan & Norton, 2001; Davies, 2003). Кандидаткиња је дала допринос у увођењу новог начина посматрања и фокуса на употребни језик у стратешком менаџменту кроз Руску школу формализма, књижевне критике, али и лингвистике. Врло утицајни руски и совјетски научници попут Viktora Šklovskog, Jurija Tinjanova, Vladimira Proppa, Borisa Eichenbauma, Romana Jakobsona, Borisa Tomashevskog, Grigorija Gukovskog, дају основе за даљи развој авангардне руске школе заумног језика (Velimir Hlebnikov & Aleksej Kručenih, трансмислени или трансрационални језик), а и прве теорије немогућности мишљења ван језика. Не улазећи детаљније у идеје мета и интертекстуалности, нити језика као одреднице мисленог људског бића познатог руског филозофа, критичара и научника Mihaela Bahtina и бугарске семиотичарке и психоаналитичарке Julije Kristeve (Vargova, 2007), разумијевање знања кроз језик постаје незаобилазно, али такође и разумијевања да се ништа ново не може десити у свијету, а да се није десило раније, на свјетском, регионалном, локалном, па и на нивоу организације. Управо зато када се говори о компетенцијама за стратешко вођење и стратешко управљање, потребно је имати на уму управо ове лингвистичке и филозофске теорије знања.

Под појмом вјештина, подразумијева се учење кроз искуство, а вјештине се унутар организације користе за обављање сложених активности или радних функција за постизање унапријед одређених резултата. Оне не представљају дата понашања, већ се она морају развијати и побољшавати кроз праксу или специфичну обуку. Кандидаткиња наводи ауторе који су се бавили историјом развоја теорије вођења и знања и вјештина код лидера од зачетака до данас (Tomas Carlyle,1841; Bernard 1926; Cattel, 1962; Allport и Odber,1936; Thorndike,1937; Wechsler, 1958; McClelland,1958; Stodgill, 1948; Weber, Friedler и Schramma; Warrick, 1981; Katz,1955; Friedler, 1964; Greenleaf, 1977; Fiedler i House, 1994; Vroom и Yetton, 1974; Fisher, 1980; Burns, 1978; Gardner,1990; Horner, 1997; Newstrom и Davis, 2002, Bolman и Deal, 2003; Goleman, 1998; Gardner, 1983; Dhani & Sharma, 2016, и др.

Квалитет едукације запослених и њихова способност да буду одговорни за сопствени професионални развој сматра се кључем успјеха сваке институције или организације, те се континуирано стицање нових знања и вјештина сматра неопходним да би се задржала тренутна позиција или отвориле нове професионалне могућности за појединца (Hegel, 1955; Fallon, 1980; Despot, 1991; Nuhanović, 2005; Bouckaert, 2009; Pollitt, 2012). Будући да су здравствене установе карактерисане као професионалне бирократије, управљачки модели су ослоњени на менаџерски развој управљања професионалним бирократијама (Mintzberg, 1983; Peters, 1989; Bolman, 2003; Dahlgaard, 2005; Loukas, 2007). Постојећи управљачки модели по подручјима (управљачки процеси, финансирање, акредитација и темељни процеси) у које се могу сврстати сви системи здравствених установа у Европи са већим или мањим постотком заступљености у различитим државама, у зависности од уређења државе и преферираног економског модела (Clark, 1983; Lane, 1997; Thomas, 2007). Кандидаткиња је анализирала различите теорије и приступе у разликама менаџера и лидера Yukl, 1989, Bass, 2010; Ricketts, 2009; Kotterman, 2006; Kotter, 2001; Northouse, 2007; House i Aditya, 1997; Drucker, 1999; Capowski, 1994; Kotter,1987; House, 1997; Wajdi, 2017; Xiaomeng i Bartol, 2010; Zenger i Folkman, 2014; Freeman i Siegfried, 2015; Giles, 2016; Lee i Chung, 2019 и др.

Развој лидера у данашњем ВУЦА свијету је хитна и захтјевна тема. Истраживања вођења од организација као што су Deloitte (2016), Центар за креативно водство (2014), Hay група (2011) су различитим методологијама дошле до истог закључка, а то је да традиционални пирамидално обликован модел развоја лидерства не производи лидере довољно брзо да би се носили са захтјевима у окружењу које се стално мијења. Haj група (Leadership 2030) је идентификовала и шест мегатрендова у будућности које ће утицати на лидерства (Iordanoglou, 2018) убрзавањем глобализације 2.0. Кандидаткиња представља и анализира обухват функција стратешког менаџмента, директно их повезујући са управљачким функцијама унутар јавног сектора, детаљније здравственог система. Многи аутори и професионалци из подручја менаџмента сматрају да се водство не може научити, за разлику од менаџмента (Zaleznik, 1977; Halal i Brown, 1981; Northaus, 2012), јер сматрају да лидерство није техника већ комбинација способности. Знања и вјештине из подручја менаџмента се могу савладати кроз учење и праксу.

Први проблем неприлагођености едукативних и академских програма у подручју менаџмента за докторе медицине, лежи у рјечнику који се користи и различитом схватању одређених појмова. Проблем неприлагођености едукативних и академских програма у подручју менаџмента за докторе медицине, лежи у рјечнику

који се користи и различитом схватању одређених појмова. Проблем представља и разумијевање значаја доброг управљања здравственом установом. Ради бољег разумијевања система управљања квалитетом кандидаткиња је дала краћи осврт на приказ концепата разумијевања квалитете у јавном сектору. Кандидаткиња је представила и HLA модел лидерских компетенција у здравству израђен од стране IHF-a 2015. године, који се тренутно користи у свијету. QLDC (Quality Leadership Developmental Competency) модел лидерства у квалитету и развоја компетенција укључује шест подручја (Garman, 2011), а претечом овог модела може се сматрати NCHL модел компетенција (Krawczyk-Soltys, 2017) - 26 компетенција у 3 подручја. Стицање вјештина интеграције Barker (2010) сматра важнијим од овладавања сета знања унутар програма едукације из бизниса. Обзиром да се фокусира примарно на сарадњу, а не на конкуренцију, интеграција се више учи него што се подучава. Doublestein (2010) сматра да лидерске вјештине за едукацију у подручју медицинских наука укључују стратешке увиде и погледе, глобалне интеграције, мишљење и дизајн, визионарство и спремност на промјене, креативност и иновирање, те развој људског капитала.

Нит водиља овог докторског рада је да систем управљања квалитетом (QM) као модел може допринијети усаглашавању терминологије, заједничком разумијевању појмова, заједничком и укључивом дефинисању процеса унутар организације (кључних/темељних, процеса подршке), дефинисању инпута и жељених резултата процеса итд. На платформи QM могуће је повезати различите дијелове професионалне организације. Оквир QM потиче унутар-организацијску динамику у смјеру доношења заједничких рјешења унутар система управљање квалитетом (СУК), чиме уклања баријере између снажно обликованих професионалних група (бијелих мантила и одијела), те њихових често супротстављених ставова.

Историјском анализом представљени су различити приступи традиционалног менаџмента и менаџмента квалитете, као и систем управљања квалитетом у складу са EFQM моделом, усвојеним од стране Европске фондације за управљање квалитетом (EFQM, 2012, 2019; Gene Badia, 2001; Kaplan & Lamotte, 2001; Forghani, Barkhordar & Abbas, 2010; Nenadál, Vykydal i Waloszek, 2018), као и будући трендови развоја квалитете Квалитет 4.0.

Кандидаткиња даје и преглед анализа и студија које анализирају компаративни приступ ИСО 9001 и EFQM моделу. Резултати студијских истраживања показују да је коришћење EFQM модела и ISO 9001 у болницама повезано с побољшањем стопе задовољства амбулантних клиника и одјела хитне помоћи, смањењем средње дужине боравка у болницама за акутну његу, смањењем кашњења ...(Yousefinezhadi, 2015). Наравно, резултати су представљени искључиво унутар квалитете и исхода кључног процеса трансформације, тј. пружање медицинске услуге и резултате лијечења.

Кандидаткиња сматра да транзицијске земље, иако су свједочиле краху система који су се чинили неурушивима, и даље имплементирају друге, нове системе једнако стихијски и некритично, без стварних доказа о успјешности и одрживости тог система (Blair, 2000; Turen, 2000; Weber, 2004; Lallement 2004; Heywood, 2005; Latinović, 2005; Žižek, 2006; Swedberg, 2006; Jessua, 2008; Giddens, 2009; Mises, 2010; Kecmanović, 2010).

а) Укратко истаћи разлог због којих су истраживања предузета и циљ истраживања;
б) На основу прегледа литературе сажето приказати резултате претходних истраживања у вези проблема који је истраживан;

в) Навести допринос тезе у рјешавању изучаване проблематике;
г) У прегледу литературе треба водити рачуна да обухвата најновија и најзначајнија сазнања из те области код нас и у свијету.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА

У процесу реализације дефинисаних циљева истраживања, кандидат је користио бројне опште научне методе, али и методе специфичне за економску науку. Основни мотив за постављени истраживачки проблем је намјера да се истражи и надопуни недостатак исказан кроз различите теоријске погледе и анализе које су приказане у дијелу који се односи на емпиријски контекст у погледу утицаја универзитета на економију знања. Главна истраживачка хипотеза је постављена на начин да тестира међусобну условљеност функција стратешког менаџмента и система управљања квалитетом. У оквиру хипотезе дата је могућност анализе три појединачне компоненте утицаја помоћних хипотеза који чине дијелове елемената, а који помажу изградњу новог синергетско-холистичког модела управљања здравственим установама.

Након тачног дефинисања и утврђивања главне и помоћних хипотеза, дефинисан је проблем и циљ докторске дисертације. Након тога, извршено је претраживање доступне релевантне литературе, те сагледавање и примјерено анализирање доступних искустава. Прије почетка прикупљања литературе, тј. након одабира датих подручја истраживања приступило се бази података ISI WoS (Thompson-Reuters). Ово није агрегатна база са фул текстом, али је неопходна јер се кроз њу може утврдити да ли је неко од истраживача већ истраживао различите аспекте задатог подручја истраживања и уколико јесте прикупити неопходне податке. Након прегледа ISI базе, приступа се претраживању агрегатних база података (са пуним текстом), боолеанове претраге (по истраживачима, кључним ријечима и темама). Дакле, приступило се прикупљању секундарних података из постојећих домаћих и међународних стручних и статистичких публикација из подручја менаџмента, стратешког менаџмента, система управљања квалитетом и здравственог система. Анализом прикупљених терцијарних и секундарних података показала су се искуства, ставови, околности и проблеми са којима су се сусретали професионалци у подручјима дефинисанима истраживањем. Избор редослиједа прикупљања података: терцијарни – секундарни – примарни.

Користиле су се квалитативне и квантитативне методе при анализи истраживања. Квантитативна метода - обрада претходно прикупљених података, подразумијева реализацију три основне етапе прије доношења одлуке о прихватању/одбацивању генералне хипотезе: експлоатација података (упознавање, евидентирање и сређивање прикупљених података); анализа (класификација, сажимање, груписање, опис и представљање података помоћу табела, одговарајућих графичких приказа и сл.) и трећа фаза подразумијева интерпретацију добивених резултата за анализиране параметре с циљем провјере главне и помоћних хипотеза. Такође, користио се метод корелационе анализе.

Квалитативна метода - историјска метода примјењује анализу, синтезу, индукцију и дедукцију кроз одређени временски период. Документациона анализа и анализа

случаја су такође коришћене. Компарацијом се анализирао утицај постојећих система квалитета унутар здравствених установа, те побољшања која су остварили у подручју квалитета здравствене услуге, а неквалитета у осталим процесима здравствене установе

Дакле, у току истраживања и анализирања литературе те провођења емпиријског истраживања на простору БиХ, кандидаткиња је користила сљедеће научне методе: Опште научне методе дедукције, индукције, анализе и синтезе; Компаративна метода; Историјска метода; Дескриптивна/анкетна; Статистичка метода, Студија случаја.

Опште научне методе дедукције, индукције, анализе и синтезе кандидат је комплементарно корисно у свим етапама истраживања. Дедукција као систематска и досљедна примјена дедуктивног начина закључивања (Zakić, 2000, Zelenika, 2000) подразумијевала је у раду разматрање општих ставова и теоријских схватања о теми дисертације, а затим извођење посебних и појединачних тврдњи и судова. Супротан пут научног сазнања, индукција, кандидат је такође примјенио, доминатно у процесу тестирања хипотеза истраживања, при чему је на основу индуктивне тј. емпиријски прикупљених чињеница доносио закључке, односно статистичку генерализацију о односу између испитиваних варијабли. Комбинација ове двије методе, односно дедуктивно-индуктивни пут сазнања, као и метода синтезе дошли су до изражаја у интерпретацијама и закључцима истраживања. Синтези је претходила примјена методе теоријске анализе. Теоријска анализа подразумијева дефинисање јединица анализе као битног методолошког поступка (Šešić, 1988). Јединице анализе у истраживању су произашле из самог наслова дисертације. Конкретно, јединице анализе су три компоненте помоћних хипотеза (самоевалуација знања и вјештина КПЕ програма из подручја стратешког менаџмента и СУК-а, самооцјена имплементације захтјева тачака норме ISO 9001:2015 на здравственим установама и имплементација ДМ модела на акредитованим здравственим установама) и укупно шест подручја са мјерној скали који дефинишу зависну варијаблу (условљеност функција стратешког менаџмента и система управљања квалитетом).

Историјска документациона анализа подразумијевала је упоредну анализу секундарних података различитих примјера из Европе и свијета. Примјена компаративне методе је укључивала поређење елемената захтјева из подручја стратешког менаџмента са захтјевима тачака норме ISO 9001:2015. Такође, дати су компаративни индикатори развоја здравственог система на нивоу Босне и Херцеговине. Наведене методе засноване су на изворима, односно прикупљеним секундарним подацима, првенствено из стране литературе, како је кандидат истакнуо, која је доста обимнија и детаљнија у погледу изучаване теме. Такође, консултована је и анализирана великим дијелом доступна домаћа и регионална литература на задату тему, која је мање заступљена. Преглед и анализа научних и стручних истраживачких радова, публикација и чланака пружило је шири увид у посматрану појаву и омогућило сагледавање комплексности и повезаности стратешког менаџмента и СУК-а.

У примарном истраживању, одређена је популација за све три испитаничке групе. Врста коришћених узорака је циљани (намјерни) узорак, кроз класификацију квота узорка и узорка типичних јединица. Методи истраживања су били за двије групе метод дескриптивне статистичке анализе, а за трећу групу испитаника коришћени је метод анализе садржаја. Код потврда новокреираног модела коришћена је статистичка метода анализе коефицијента корелације ранга. Технике које су коришћене су структурисани анкетни упитник и неструктурисани дубински интервју.

За студију случаја је одређена ФБиХ, и у сврху тестирања постављених хипотеза кандидаткиња је припремила и реализовала емпиријско истраживање на територији ФБиХ односно конкретно:

- На јавним и приватним здравственим установама у ФБиХ (примарног, секундарног и терцијарног нивоа, заводима и фондовима) из подручја КПЕ;
- На јавним здравственим установама у ФБиХ (примарног, секундарног и терцијарног нивоа) из области захтјева норме ИСО 9001:2015 система управљања квалитетом;
- На јавним установама које су акредитоване у складу са ДМ моделом (АКАЗ акредитација) у ФБиХ

Истраживање је спроведено у другој половини 2021. и првом кварталу 2022. године. Прикупљање примарних података извршено је уз помоћ електронског анкетног упитника који се налази у прилогу. Приступљено је прикупљању и анализи материјала који је од значаја за ову активност. Сагледана су слична тематска истраживања и примјери анкетних упитника који су се употребљавали за те прилике. Затим је приступљено изради приједлога анкетног упитника, који је тестиран са ментором и другим релевантним стручњацима из области статистике. Након тога је дефинисан коначан садржај и структура, односно питања анкетног упитника. Техничка израда и креирање анкетног упитника реализован је путем апликације упитници у оквиру личног *google* налога кандидаткиње.

Важно је напоменути да је анкета анонимна, односно нису у анкету унесени подаци испитаника о величини установа, којој стручној групи припадају, да ли су у приватном или јавном сектору, с циљем одређивања нивоа анкетног структурисаног обрасца који попуњавају. Испитаници су подијељени у три групе са јасно постављеним критеријумима попуњавања. Сви испитаници који су слушали и полагали КПЕ програм (СХЦЕ1, СХЦЕ2 и СХЦЕ3) у наведеном периоду попуњавали су први А дио, они који су слушали КПЕ и обављању функције топ менаџера у наведеном периоду су попуњавали други Б дио, а неструктурисани дубински интервју је био обављен са топ менаџерима здравствених установа који су акредитовали своје установе.

На основу задатих варијабли у моделу истраживања односно независне и зависне варијабле, и постављених помоћних и главне хипотезе, креирана је структура и садржај питања. Садржај је одговарао самој сврси и суштини емпиријског истраживања, односно са циљем да се добију конкретни одговори на постављене

хипотезе и тврдње. Свака помоћна хипотеза је покривена са неколико специфичних елемената, увртених у питања у садржају анкетног упитника. Приликом формирања питања у анкетном упитнику водило се рачуна да тип питања одговара типу дефинисаних варијабли. За потребе обраде података у овом истраживању кориштени су сљедећи статистички параметри и поступци: дескриптивна анализа (проценти, аритметичка средина, мјере дистрибуције), анализа коефицијента корелације ранга (у циљу тестирања постављеног модела).

Приликом израде докторске дисертације кандидаткиња се досљедно придржавала примјене научних метода и уважавала принцип објективности, систематичности, уопштености, поузданости и тачности.

За вријеме трајања израде докторске дисертације, те провођења примарних истраживања, уочени су сљедећи недостаци и ограничења истраживања: при одабиру циљаног узорка, првобитно је било замишљено истраживање од укупне популације од 613 активних топ менаџера здравствених установа (јавних и приватних), те је планирани узорак 2013. године износио 250 топ менаџера тј. 40, 8%. У међувремену, КПЕ програм је претрпио значајне измјене и квалитет се више није изучавао као посебна тематска цјелина, већ искључиво као тематска јединица TQM-а унутар менаџмента. Тиме је истраживач био ограничен на популацију од 182 топ менаџера која су похађала континуирану професионалну едукацију из ове области. То се такође одразило и на други ниво истраживања помоћне хипотезе система управљања квалитетом као функција стратешког менаџмента, те се у складу са наведеним морало приступити смањењу броја активних топ менаџера на 89, који су у наведеном периоду похађали КПЕ.

Друго ограничење студије огледало се у анкетним листићима и дубинским неструктурисаним (отворена питања) интервјуима, будући да су се испитаници самооцјењивали (подложнији субјективној процјени), док истраживач није имао прилику да их посјети на терену (унутар здравствених установа како би се увјерила у постојање одређене документације, процедура, поступака и активности). Дубински неструктурисани интервјуи су обављени телефонским путем, будући да здравствени радници нису били у прилици обавити лично интервјуе (здравствена сигурност истраживача и испитаника), нити су установе допуштале посјете. Самим тим, предложени модел СХ је темељен на самоевалуацији (личној и институционалној) без могућности провјере на терену, изузев на темељу понуђених одговора.

Комисија констатује да је главна хипотеза, у суштини, остала непромијењена, већ да се измјена односи на груписање помоћних хипотеза односно на операционализацију истих. Промјенама које су извршене у домену дефинисања посебних хипотеза и новог синергетско-холистичког модела (у пријави су наведени метод регресионе анализе и корелационе анализе, гдје је извршена само корелациона анализа због горе наведених ограничења) није промијењена сврха и циљ ове докторске дисертације

а) објаснити материјал који је обрађиван, критеријуме који су узети у обзир за избор материјала;
б) дати кратак увид у примјењени метод рада при чему је важно оцијенити сљедеће:

в) да ли су примјењене методе адекватне, довољно тачне и савремене, имајући у виду достигнућа на том пољу у свјетским нивоима;
г) да ли је дошло до промјене у односу на план истраживања који је дат приликом пријаве докторске тезе, ако јесте зашто;
д) да ли испитивани параметри дају довољно елемената или је требало испитивати још неке, за поуздано истраживање;
е) да ли је статистичка обрада података адекватна;
ж) да ли су добивени резултати јасно приказани;

4. РЕЗУЛТАТИ И НАУЧНИ ДОПРИНОС ИСТРАЖИВАЊА

Кандидаткиња је дала приказ студије случаја креирања програма континуиране професионалне едукације на нивоу ФБИХ (КПЕ СХЦЕ) укључујући планирана знања, вјештине и способности за топ менаџере у здравственом сектору, креиране на основу захтјева функција стратешког менаџмента.. Компаративном анализом приказани су односи и везе између захтјева норме ISO 9001:2015 (од 4-10) и функција стратешког менаџмента. Исто је урађено и за програм КПЕ-а и захтјева функција стратешког менаџмента и СУК-а у подручју компетенција топ менаџера. Кандидаткиња је приказала и компаративну анализу захтјева ДМ система управљања на здравственим установама са захтјевима функција стратешког менаџмента и СУК-а.

Упоредне анализе раста утицаја менаџерства као дијела инструментарија NPM-а често показују унутар-организационо латентно супротстављање између двије најјаче групе унутар здравствене институције. Кандидаткиња наводи да се ДМ темељи на процесној оријентацији. Као и систем управљања квалитетом у складу са захтјевима норме ISO 9001:2015. ДМ модел препознаје три основна дијела унутар здравствене установе: структуру, процес и исходе. Иако су се дефиниције и обухват квалитете мијењале у различитим епохама од самог почетка ДМ модела (1980; IOM 1990; Вијеће Европе, 1997) фокус остаје само на систему побољшања квалитете. Ово су наднационалне институције које оперишу на свјетском нивоу и важе за препоруке и смјернице за здравствене системе свих земаља. Дакле, ДМ је унапријеђен на начин да су се извадиле функције стратешког менаџмента и СУК-а и дословно само пренијеле унутар WHO.

Након обављених дубинских интервјуа, кандидаткиња сматра да се здравствени систем ФБИХ, али и WHO баве искључиво СУК-ом једног процеса и то темељног. Уважавајући поједине алате који се односе на управљачке процесе (стратегија, мисија, визија, вриједности, анализе и сл.) који се користе на појединим установама, не постоји потпуна вертикална и хоризонтална проходност три процеса. И управо у тим дијеловима се и крију подручја неквалитете. Дакле, WHO је 2018. године одлучила да на свим нивоима здравственог система направи смјернице и упутство за употребу алата стратешког менаџмента, покушавши их прилагодити здравственим установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа. У складу са захтјевима и смјерницама WHO и ФБИХ је креирала и усвојила Закон о систему побољшања квалитета, сигурности и о акредитацији у здравству (АКАЗ), који је напредовао усвајајући појединачне алате, те вршећи обуку корисника и проводећи акредитацију здравствених установа. И даље је фокус на здравственој услузи, као што је дефинисано Законом и Статутом АКАЗ-а 2005. године. Из разговора проведених са топ менаџментом здравствених установа које су се акредитовале код АКАЗ-а, важно је напоменути да су систем управљања квалитетом заиста имплементирали унутар једног процеса, и то темељног, а то је процес пружања здравствених услуга и у топ

подручју доста напредују. Посматрају се управљачки процеси искључиво кроз њихову повезаност са здравственом услугом, док се занемарује или јако мало укључује остало пословање (ИКТ умрежавање, интегрисани СУК, и сл.). Нажалост, процеси подршке се консултују само у мјери потребног запошљавања и инфраструктуре. Не постоје мапе процеса, водитељи процеса, индикатори перформанси на нивоу установе. У дијелу који се односи на резултате истраживања постаће јасно да топ менаџмент разумије појмове стратешког менаџмента, као и његове фазе и процесе али само у дијелу темељног процеса. Чињеница да нити једна установа не посједује мапу властитих процеса, показује да и даље систем управљања квалитетом гледају кроз вертикални процес, гдје је управа најважнија, темељни процес средње важан, а процеси подршке који укључују рад стручних служби као најмање важан. Суштина цијелог системског процесног приступа огледа се управо у разумијевању подједнаке важности топ менаџмента и финансијске, правне или хигијенске службе. Једни без других не могу функционисати и једна грешка унутар стручних служби може довести до урушавања цијеле институције

При анализирању прве, друге и треће помоћне хипотезе коришћене су квантитативне и квалитативне методе дескриптивне статистичке анализе с циљем анализе значаја вјештина и знања топ менаџера здравствених установа о систему управљања квалитетом и стратешком менаџменту, стеченим путем континуиране професионалне едукације из здравственог менаџмента, те имплементације захтјева норме ИСО 9001:2015 на здравствене установе у ФБиХ у складу са захтјевима функција стратешког менаџмента. За анализу и провјеру елемената новог СХ модела коришћена је анализа коефицијента корелације ранга Спеармана. Кандидаткиња је представила план и програм узорковања којим су утврђене јединице узорковања, величина узорка, као и поступак избора јединица узорка (Hanić, 2004). При посматрању и прикупљању примарних података везаних за истраживање три помоћне хипотезе изградње новог СХМ модела коришћен је намјерни узорак за све три, а класификација узорка дијели се на квота узорак и узорак типичних јединица са географским одређењем (Hanić, 2004; Zikmund et al., 2012).

При анализирању прве двије независне подваријабле коришћене су методе дескриптивне статистичке анализе с циљем анализе значаја вјештина и знања топ менаџера здравствених установа о систему управљања квалитетом и стратешком менаџменту, стеченим путем континуиране професионалне едукације из здравственог менаџмента. У овом случају, популацију представљају топ менаџери здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа. Коначна структура испитаника по статусу установе показује да је око 60% ангажовано у примарној здравственој заштити, око трећине у терцијарној, те око 5% у установама секундарне здравствене заштите и осталим установама (заводи за јавно здравство). Оваква структура у знатној мјери одражава и структуру запослених унутар сектора (претежно запошљавање у домовима здравља и болницама као установама примарног и терцијарног сектора), уз постојање мањег броја установа секундарне заштите (поликлиника), посебно у јавном сектору.

Кандидаткиња је у наставку представила синергетско-холистички модел (СХ) који обухвата и обједињује функције стратешког менаџмента, система управљања квалитетом у складу са захтјевима норме ISO 9001:2015 и може обезбиједити пуну имплементацију процесног приступа динамичке установе какве су здравствене установе. Он би се могао примјењивати како на јавним, тако и на приватним, па чак и у приватно јавним партнерствима, уколико се неке услуге или производи

аутсорсују. Након обављених дескриптивно-статистичких анализа, прикупљени подаци и модел дјелимично су тестирани и анализирани методом коефицијента релације ранга. Предложени СХ модел је свеобухватни теоретски управљачки модел и може послужити као самоевалуацијски оквир топ менаџменту за сагледавање тренутног статуса и развоја на установи по подручјима модела (14 подручја укључених у предложени модел), те дефинисању стратешких одлука и мјера с циљем развоја и побољшања појединих подручја модела или цјелокупног модела. Посматрајући здравствени сектор и управљање на нивоу држава, могло би се извести неколико закључака који су важни за даљи развој стратешког менаџмента као науке, али и посебности унутар стратешког менаџмента у здравству. Наиме, стратешки менаџмент се више не може ослањати на појединачне теорије као што су нпр. теорије базиране на ресурсима или теорија агенција, већ сложеност и неизвјесност захтијевају већу употребу теорија системског приступа. Неергодички свијет ће захтијевати коришћење више теорија које холистички и синергетски обухватају системе, ресурсе и вриједност интересно-утицајних група. Погрешан покушај задржавања претпандемијског положаја моћи и утицаја међу државама и корпорацијама, био је видљив 2021. када је глобална неједнакост кроз промовисање конкурентског понашања и стратегија, довео свијет у још веће проблеме и фактички продужио кризни период глобално. Кандидаткиња је креирала јединствен појмовник помоћу компаративне анализе и евалуације понуђених дефиниција у оквиру ДМ модела и у складу са тачкама норме ISO 9001:2015.У складу са наведеним појмовником, методом документационе анализе, историјске анализе, анализе садржаја, као и процесног модела креирани су управљачки модели, два основна (ДСМ и ММ) са изведеним новим теоријским моделом (СХ).

Метод студије случаја укључио је полазнике КПЕ програма, топ менаџере здравствених установа, те топ менаџере чије су установе акредитоване од стране АКАЗ-а. Анализирани су основни елементи система управљања квалитетом на установама које су сада или су биле акредитоване од стране АКАЗ-а. Анализиран је и правни оквир, као и захтјеви који се односе на стратешки менаџмент, а садржани су у појединим процесима здравствене установе. Осим секундарних података добивених документационом анализом, приступило се и прикупљању примарних података у виду структурисаних анкетних упитника (два дијела за КПЕ и за СУК), те обављања дубинског полуструктурисаног интервјуа. Кандидаткиња је методом полуструктурисаног дубинског интервјуа интервјуисала представнике топ менаџмента/ руководства здравствених установа акредитованих од стране АКАЗ-а (ДМ модел). На основу проведених анкета и дубинских интервјуа по наведеним елементима, креирана су чворишта и метачворишта функција стратешког менаџмента и њихове испуњености на здравственим установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа. Извршена је квалитативна анализа методом анализе садржаја, помоћу унапријед одређених чворишта и метачворишта. Компаративном анализом мјерења чворова и метачворова, у смислу захтјева КПЕ, СУК-а, СМ-а и ДМ-а развијали су се и креирали дијелови елемената, који ће ући у каснији финални предложени теоријски СХ модел. Квалитативна анализа је омогућила дубље разумијевање проблема и разлога слабо развијених функција стратешког менаџмента на здравственим установама, као и начин гледања медицинске струке на континуирану професионалну едукацију из овог подручја (КПЕ), захтјеве норме ISO (СУК), али и контекст друштва и притиске које медицинско особље доживљава у свом раду. Квантитативна анализа омогућила је увид у управљачке праксе, те утврђивање основних подручја знања, вјештина и

пракси управљања која су сматрана проблематичним. Дефинисање процесног модела и система управљања квалитетом које су проводили топ-менаџери тј. испитаници на здравственим установама, придружене су креираним управљачким моделима. Анализиране су неусклађености провођених пракси различитих припадајућих модела унутар појединих установа, а затим и неусклађености политика квалитета. За изградњу предложеног теоријског СХ модела кориштена је и анализа Спирманового коефицијента корелације ранга унутар укупно 14 испитиваних подручја (шест повезаних са КПЕ, седам са Нормом, једно са ДМ моделом) која су анализирана на нивоу подручја и појединачних елемената. Остали кориштени инструментариј укључује коришћење историјске методе, методу анализе наратива (појмовног апарата, здравствених и едукативних политика), компаративну анализу, документациону анализу, те методу студије случаја.

Дакле, претходне анализе резултата свих подручја и подподручја КПЕ везаних за функције стратешког менаџмента показују конзистентне трендове унутар већине посматраних области. Приликом самопроцјене стечених знања путем КПЕ едукације видљиво је да су се оперативни, средњи и топ менаџери оцијенили просјечним средњим оцјенама унутар већине наведеног подручја (укупни просјек свих подручја је 3.17). Може се закључити да су усвојили довољна знања и вјештине које су им потребне за почетак проведбе неких функција стратешког менаџмента, укључујући појмове, процесе и активности. Анализирани подаци дају индикацију о правилном препознавању испитаника о потребама боље афирмације немедицинских активности здравствених установа, интерно али и као веома значајно екстерно према интересно-утицајним групама. Такође, испитаници су свјесни недостатака у примјени елемената који подржавају функције стратешког менаџмента, кроз све испитиване тачке захтјева норме ISO 9001:2015. Цјеловита анализа по свим тачкама норме које су посматране врло јасно приказују да здравствене институције одлично познају властити темељни процес – пружање здравствене услуге. Ипак, примијећени су изазови при дефинисању и имплементацији управљачких и процеса подршке. Ово указује на релативно низак ниво упознатости са начелима и правилима процесног приступа.

Дубински интервју обављен је се са топ менаџерима акредитованих здравствених установа (ДМ модел). Будући да се овај модел темељи такође на процесном, у разговору са топ менаџерима здравствених установа које су имплементирале систем побољшања квалитете, без имплементације система управљања квалитетом на цијелој установи, постаје јасно да они схватају и разумију процес СУК-а, али само за подручје темељних процеса. По питању функција које су изведене из подручја стратешког менаџмента, као и захтјева тачке норме ISO 9001:2015 (подручја анализе, планирања, израде, имплементације, мјерења и евалуације и побољшања), једина континуирана побољшања проводе се у подручју здравствених услуга. Уколико би се процеси везали искључиво за темељни процес, чак и управљачки и процеси подршке, здравствене установе би биле на 100% проведбе. Нажалост, док се на институцији проводи систем осигурања квалитете, неуједначен са системом управљања квалитетом унутар темељног процеса, тешко је држати пословни баланс установе.

Резултати обављених анализа и прегледа процеса система побољшања квалитете кроз доступне документе (Савјет Европе, Европска комисија, Институт за медицину и Свјетска здравствена организација), указују на то да је могуће непобитно устврдити да ДМ модел представља наднационални, али свакако државни јавни

модел за побољшање квалитете. Резултати анализе показују да испитаници, изван темељног процеса немају разумијевање елемената стратешког менаџмента на друга два процеса. Међутим у недостатку имплементације свих функција стратешког менаџмента и интегрисања система рада у свим процесима могу се утврдити двојаки разлози: оквир који им је наметнут фокусира се искључиво на темељни процес пружања здравствене услуге, док са друге стране мотивација за имплементацију СУК-а недостаје из разлога неразумијевања предности интегрисаних система квалитете.

Претходно тестиране помоћне хипотезе су прихваћене или дјелимично прихваћене. Тестирана Хипотеза H1a: КПЕ топ менаџера има директан и позитиван утицај на функције стратешког менаџмента, а тиме и система управљања квалитетом је дјелимично прихваћена. Тестирана хипотеза H1b: Задовољавање захтјева норме ISO 9001 унутар здравствене установе има директан и позитиван утицај на функције стратешког менаџмента је прихваћена. H1c: Имплементација захтјева ДМ квалитете унутар здравствене установе фокусира се на темељне процесе, те има дјелимично позитиван утицај на функције стратешког менаџмента је прихваћена и то искључиво у дијелу гдје се стратешки процеси вежу за медицинске услуге.

Дакле, рад приказује повезаност свих дијелова елемената помоћних хипотеза које укључују КПЕ, захтјеве СУК-а, те управљачки модел ДМ-а темељен на кључном процесу. Обједињавањем свих елемената поменутих подваријабли, те њиховом анализом, било је могуће направити нови теоријски синергетско-холистички управљачки модел (СХМ). Синергетско-холистички модел у основи је свеобухватни теоретски управљачки модел и може послужити као самоевалуацијски оквир топ менаџменту за сагледавање тренутног статуса и развоја на установи по подручјима модела (14 подручја укључених у предложени модел), те дефинисању стратешких одлука и мјера с циљем развоја и побољшања појединих подручја установе или свих процеса на установи. Такође, обухват модела може помоћи и бољем обухвату, сагледавању и разумијевању интегрисања функција стратешког менаџмента и менаџмента управљања квалитетом. Анализом Спеармановог коефицијента корелације ранга обухваћен је укупно 121 елемент унутар укупно 14 испитиваних подручја (шест повезаних са КПЕ, седам са нормом, једно са ДМ моделом) која су анализирана на нивоу подручја, подподручја и појединачних елемената. Квантитативним методама је тестирана корелација између више подручја управљачког процеса (водство, стратешки менаџмент) са подручјима резултата (вредновања перформанси и побољшања).

Анализом корелације између водства и побољшања уочена је најснажнија позитивна асоцијација видљива је на елементу „Leadership 5" који одговара поделементу из водства везаном за идентификацију стратешких циљева у складу са доступним ресурсима – људским, материјалним и инфраструктурни, уз наглашену развојну компоненту. Вриједности коефицијента за овај поделемент налазе се у горњој половини ранга слабе позитивне повезаности, у близини снажне позитивне повезаности. Елемент „Leadership _6" који одговара поделементу везаном за рад са носиоцима процеса на претварању стратешких у оперативне циљеве у складу са доступним капацитетима унутар појединих процеса показује снажну позитивну повезаност (0.710) са елементом „Improvements_1" (који одговара питању из подручја побољшања о побољшањима кроз сва три процеса, услуга, те свих пословних активности). Сличну повезаност (0.600) показује и елемент „Leadership_10" који одговара поделементу из водства о подстицању и осигуравању

развоја система мониторинга на нивоу установе, али и сваког процеса и услуге. Анализом корелације између водства и вредновања перформанси, као и у претходном случају, видљива је на елементу „Leadership_5" (који одговара поделементу из подручја водства везаном за идентификацију стратешких циљева у складу са доступним ресурсима – људским, материјалним и инфраструктурни, уз наглашену развојну компоненту, гдје вриједност износи 0.611). Вриједности коефицијента за овај елемент налазе се у горњој половини ранга слабе позитивне повезаности, у близини снажне позитивне повезаности и прилично су уједначени и конзистентни.

Наредна највећа позитивна повезаност биљежи се на елементу „Leadership _10" из подручја водства који одговара анкетном питању о идентификацији и документовању подручја побољшања унутар сва три процеса. Вриједности коефицијента за овај елемент налазе се у горњој половини ранга слабе позитивне повезаности и прилично су уједначени и конзистентни у односу на све елементе вредновања перформанси (од 0.4 до 0.5). Најснажнија позитивна асоцијација између водства и стратешког менаџмента видљива је на елементу „Leadership _5" који одговара питању из подручја водства везаном за идентификацију стратешких циљева у складу са доступним ресурсима – људским, материјалним и инфраструктурни, уз наглашену развојну компоненту. Вриједности коефицијента за овај елемент налазе се у горњој половини ранга слабе позитивне повезаности, у близини снажне позитивне повезаности, уједначени су и конзистентни по свим елементима стратешког менаџмента.

Најниже оцјене повезаности забиљежене су по елементу „Leadership _12" (елементи из подручја водства повезано са осигуравањем да резултати свих анализа и евалуација у процесу имплементације циљева буду коришћени за наредну ревизију стратегије, циљева и активности), те елемент „Leadership _9" (који одговара поделементу из подручја водства везаном за препознавање односа који утичу на рад Установе – унутрашњих и ванјских страна, нпр. односа између одјељења, клиника, колега, здравствених центара и сл.). Већина вриједности коефицијената по овим елементима креће се у рангу од 0 до +0.17, што показује да су елементи међусобно повезани врло мало или никако. На крају анализе резултата коефицијента релације ранга Спеармана као метода анализе приказани су односи између стратешког менаџмента и вредновања перформанси, као кључног подручја на нивоу резултата. За разлику од лидерства које је показало резултате у рангу слабе позитивне повезаности, подручје стратешког менаџмента и елементи подручја вредновања перформанси показују резултате снажне позитивне повезаности (ранг +0.7 до +1.0 према скали).

Шири обухват функција стратешког менаџмент од функција водства у великој мјери детерминише овакво стање. Додатно, а као врло важно је назначити да се елементи повезани са лидерством у контексту СХ модела деривишу из КПЕ, те да су као такви усмјерени првенствено на индивидуална знања, вјештине и способности. Насупрот томе, подручје стратешког менаџмента укључује поља повезана са свим функцијама СМ, те покрива контекст установе, управљање знањем, управљање људским ресурсима, управљање односима са партнерима и добављачима, управљање ресурсима, као и управљање ризицима, те је као такво усмјерено на организациона знања, вјештине и способности и њихову оптималну комбинацију, као и мјере њиховог чувања и унапређивања. На страни слабе повезаности, елемент

„Перформанце_1" (који одговара анкетном питању из подручја вредновања повезаним са посједовањем документованих мјера надзора, мјерења, анализе и евалуације) показује знатно слабије резултате коефицијента релације ранга у односу на остале елементе вредновања перформанси.

На темељу проведеног примарног (емпиријског) истраживања, те упоредбе са захтјевима стратешког менаџмента креиран је нови теоријски СХ модел, који обједињује СУК и СМ, те доприноси разумијевању и побољшању управљања здравственим установама. Креирани концептуални модел се може посматрати као свеобухватни оквир и кључни научни допринос у подручју истраживања стратешког менаџмента и система управљања квалитетом. Модел уноси нову перспективу унутар подручја квалитете здравствених установа, уз помјерање фокуса са квалитете здравствене услуге на систем управљања квалитетом организације у цјелости. Потврђивањем главне хипотезе приказани су нови међуодноси креирања и имплементације функција стратешког менаџмента уз помоћ СУК-а, али и разумијевање специфичних знања и вјештина топ менаџера унутар јавног сектора. Научни допринос овог модела огледа се посљедично и у његовој практичној примјени која би осигурала извршност у управљању здравственим установама у свијету.

Процјена очекиваног научног доприноса огледа се у проширеним елементима управљачких функција стратешког менаџмента (планирање и имплементацију) са системом мјерења, анализе и побољшања, тако да се све будуће менаџерске одлуке заправо и искључиво темеље на чињеницама. Кандидаткиња је обогатила теоријска сазнања везана за реформе јавног здравственог сектора у земљама у транзицији, те креирала јединствени појмовник квалитете у здравству, отклањајући неразумијевање настало усљед различитих дефиниција истих појмова и појава. У раду је анализиран и оцијењен КПЕ програм здравствених менаџера кроз конципирање основних знања и вјештина које требају посједовати из подручја стратешког менаџмента и система управљања квалитетом. Кроз рад је популарисан процесни модел и припадајући алати као управљачки модел који истовремено задовољава СУК и све функције СМ-а (модерни трендови указују на повратак процесном моделу, надограђен пројектним приступом). Кандидаткиња је на темељу резултата анализе креирала нови СХ модел управљања здравственим установама, као теоријски модел за стратешко управљање јавним здравственим установама. Научни допринос проведеног емпиријског истраживања огледа се и у креирању теоријског генеричког модела СХ који се може примјењивати на свим нивоима здравственог сектора. Синергетско-холистички модел система управљања здравственим установама позиционирао би се као теоријски оквир новог, стратешког приступа управљања здравственим установама, што је посебно важно у јавном сектору. Очекује се да би нови, хибридни модел консеквентно у пракси поспјешио дјеловање јавног сектора и унаприједио пословно управљање у здравственом сектору. У складу са дефинисаним научним циљевима, истраживањем су продубљена научна сазнања о стратешком и оперативном менаџменту. У новим околностима СУК се посматрао као модел стратешког управљања, на тај начин обједињујући функције стратешког менаџмента са унапређењем система управљања квалитетом (испитивањем три нивоа новог предложеног модела у односу на функције стратешког менаџмента), креирајући нови свеобухватни СХ модел.

Очекивани прагматични допринос истраживања може се посматрати на три нивоа:

утицај на појединца – запослених у здравственом сектору, утицај на ниво организације – здравствене установе, те утицај на здравствени систем (на нивоу заједнице, земље или наднационалном нивоу). Топ менаџмент и запослени у здравственим установама добивају могућност едукације унутар оквира који омогућује интегрисаност стратешке оријентације и система управљања квалитетом током цијелог процеса. Овим се у основи стварају претпоставке директне узрочно-посљедичне везе између иницијатива побољшања и њиховог практичног видљивог утицаја на квалитет рада здравствене установе. Додатно, постојање јасног оквира новог управљачког модела и дијела едукације даје простор за унапређење вјештина и знања топ менаџмента и запослених. На организационом нивоу, овим се смањује могући отпор запослених према промјенама. Промјене се често перципирају пријетњама по властити опстанак или опстанак организације, те је неопходно посветити пажњу потенцијалним проблемима у процесу промјена. Још једна од предност огледа се у креирању организације културе квалитета, чиме се питање квалитета ставља у фокус пажње, те се интегрише у све процесе и на све нивое организације. Квалитативни помак овог истраживања јесте помјерање са разумијевања квалитета као оперативне функције, ка разумијевању свеобухватног оквира стратешког менаџмента, те разумијевању СХ модела као стратешког модела примјењивог за здравствени сектор.

Здравствене установе ће добити прилично једноставан и свеобухватан управљачки модел у којем је СУК интегрисан у све функције стратешког менаџмента и не посматра се као засебни систем. На нивоу здравственог система, истраживање би могло имати за резултат усвајање новог јединственог управљачког модела, што би могло директно користити здравственим установама, пацијентима, оснивачима, партнерима и добављачима, а индиректно и цијелој друштвеној заједници. Нови модел побољшава друштвено одговорно пословање јавних здравствених установа, на начин да се повећава ефикасност употребе средстава из јавних фондова, чиме се учвршћује улога система здравства унутар земље. Такође, истраживање би помогло у промоцији новог модела широм Европе и његовом усаглашавању на нивоу препорука Свјетске здравствене организације и Европске комисије. Као закључак дискусије о научном и прагматичном доприносу истраживање је допринијело креирању практичног модела и бодовног система којима се организацијама омогућава самоевалуација, те одређена врста обрасца, оквира (шематског плана) према којем могу потицати даљи развој дијелова организације, који се покажу мање развијеним. Истраживање је допринијело и унапређењу теоријских спознаја о стратешком управљању организацијама јавног здравственог сектора, уз истовремено предлагање практичног модела чијом би се имплементацијом на свим нивоима могли досегнути прагматични циљеви здравственог сектора (у сфери праксе). Узимајући у обзир ограничења истраживања, те друштвени контекст, будућа истраживања би се могла усмјерити у проучавање даљих разрада и надоградње модела, како би се више приближили различитим типовима институција здравственог сектора. По мишљењу кандидата то би допринијело да се стекну сазнања и прошири свијест о дугорочној важности и комплексности управљања здравственим установама у будућности.

а) Укратко навести резултате до којих је кандидат дошао;
б) Оцијенити да ли су добивени резултати правилно, логично и јасно тумачени, упоређујући са резултатима других аутора и да ли је кандидат при томе испољавао довољно критичности;
в) Посебно је важно истаћи до којих нових сазнања се дошло у истраживању, који је њихов теоријски и практични допринос, као и који нови истраживачки задаци се на основу њих могу утврдити или

назирати.

5. ЗАКЉУЧАК И ПРИЈЕДЛОГ

Научно-наставном вијећу Економског факултета Универзитета у Бањој Луци и Сенату Универзитета у Бањој Луци предлажемо да прихвати позитивну оцјену докторске дисертације кандидаткиње *мр Вање Кењић* под називом: *„Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел"*, одобри њену јавну одбрану и одреди комисију за спровођење поступка одбране.

а) Навести најзначајније чињенице што тези даје научну вриједност, ако исте постоје дати позитивну вриједност самој тези;

б) Ако је приједлог негативан, треба дати опширније образложење и документовано указати на учињене пропусте, односно недостатке написане докторске тезе.

Бања Лука, 02.06.2022. године

ПОТПИС ЧЛАНОВА КОМИСИЈЕ

1. Др Јово Атељевић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област *Менаџмент*, предсједник

2. Др Зоран Лукић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област *Менаџмент*, члан и

3. Др Бранислав Машић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Источном Сарајеву, ужа научна област *Менаџмент*, члан.

3.
4.
5.
6.

ИЗДВОЈЕНО МИШЉЕЊЕ: Члан комисије који не жели да потпише извјештај јер се не слаже са мишљењем већине чланова комисије, дужан је да унесе у извјештај образложење, односно разлог због којих не жели да потпише извјештај.

Прилог 2.

УНИВЕРЗИТЕТУ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ПОДАЦИ О АУТОРУ ОДБРАЊЕНЕ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Име и презиме аутора дисертације
Вања Кењић
Датум, мјесто и држава рођења
09.09.1978. Општина Центар, Сарајево, БиХ, СФРЈ
Датум одбране мастер/ магистарског рада аутора
15.09.2009. године
Наслов мастер/магистарског рада аутора
Управљање квалитетом у високом образовању: мистерија невидљивог оквира
Академска титула коју је аутор стекао одбраном мастер/магистарског рада
Магистар економских наука
Академска титула коју је аутор стекао одбраном докторске дисертације
Доктор економских наука
Назив факултета/ академије на коме је докторска дисертација одбрањена
Економски факултет Универзитета у Бањој Луци
Назив докторске дисертације и датум одбране
Сицтем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел
Научна област диретације према ЦЕРИФ шифрарнику
С 189
Имена ментора и чланова комисије за одбрану докторске дисертације
Проф. Др. Јово Атељевић, редовни професор и Предсједник,
Проф. Др. Зоран Лукић, редовни професор и члан,
Проф. Др. Бранислав Машић, редовни професор и члан.

У Бањој Луци, дана 01.06.2022.

Декан

_____

Прилог 3

Изјава 1

ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Изјављујем

да је докторска дисертација

Наслов рада: Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел

Наслов рада на енглеском језику: Quality Management System in the function of the strategic management: new synergetic-holistic model

- ☒ резултат сопственог истраживачког рада
- ☒ да докторска дисертација, у цјелини или у дијеловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- ☒ да су резултати коректно наведени и
- ☒ да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

У Бањој Луци, дана 10.06.2022.

Потпис докторанта

Изјава 2

Изјава којом се овлашћује Универзитет у Бањој Луци
да докторску дисертацију учини јавно доступном

Овлашћујем Универзитет у Бањој Луци да моју докторску дисертацију под насловом

Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел

која је моје ауторско дјело, учини јавно доступном.

Докторску дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у дигитални репозиторијум Универзитета у Бањој Луци могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (*Creative Commons*) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство – некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – дијелити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – дијелити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

У Бањој Луци 06.06.2022.

Потпис докторанта

Изјава 3

Изјава о идентичности штампане и електронске верзије докторске дисертације

Име и презиме аутора	Вања Кењић
Наслов рада	Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел
Ментор	Проф. др. Јово Атељевић

Изјављујем да је штампана верзија моје докторске дисертације идентична електронској верзији коју сам предао/ла за дигитални репозиторијум Универзитета у Бањој Луци.

У Бањој Луци 06.06.2022.

Потпис докторанта