



Univerzitet u Nišu
Medicinski fakultet



Sonja M. Novak

**ZNAČAJ I UTICAJ MENADŽMENTA NA KLJUČNE
POKAZATELJE AKTIVNOSTI HIRURŠKIH KLINIKA**
DOKTORSKA DISERTACIJA

Niš, 2019



University of Niš
Faculty of Medicine



Sonja M. Novak

**IMPORTANCE AND IMPACT OF MANAGEMENT ON
KEY ACTIVITY INDICATORS OF SURGICAL
CLINICS**

DOCTORIAL DISSERTATION

Niš, 2019.

Подаци о докторској дисертацији

Ментор:	Др Небојша Ђорђевић, редовни професор, Универзитет у Нишу Медицински факултет
Наслов:	Значај и утицај менаџмента на кључне показатеље активности хируршких клиника
Резиме:	<p>Квалитетне и сврсисходне промене у секундарним и терцијарним здравственим установама у Србији могу се очекивати само уз темељне трансформације руковођења и доказа из реалне праксе. Основни циљ истраживања је утврдити квалитет вештина менаџера хируршких клиника КЦ у Нишу и њихов значај и утицај на кључне показатеље учинка рада поменутих клиника и мотивацију запослених. Примарно истраживање је спроведено методом анкете на валидном узорку 11 хируршких клиника КЦ Ниш. Главне целине упитника су: опште карактеристике, ставови и мишљење, мотивација, лидерске особине, руковођење, менаџерске вештине, задовољство послом. Затим су организовани и анализирани интервјуи и фокус групе на испитиваним клиникама, ради укрштања података и смањења потенцијалне грешке. SWOT анализом формулисани су будући стратешки правци руковођења у испитаним клиникама. Резултати истраживања су показали да су најјачи мотивациони фактори међу испитаницима висина плате, сигурност запослења, могућност развијања сопствених вештина и способности, и шанса да се учини нешто вредно. Најслабији мотивациони фактор испитаника је био похвала од стране надређеног. Најважније вештине и особине успешног руководиоца су, према анкети, комуникативност, успешна организација рада, равноправна расподела задатака запосленима, неговање позитивних међуљудских односа. Успешан менаџер у здравству треба да буде лекар, са обуком из менаџмента, који обезбеђује адекватне услове за рад запослених, мотивише запослене и креативан је. Највеће задовољство испитаници имају у вези природе посла, а укупни скорови фактора задовољства су ниски. Укупно задовољство испитаника је статистички значајно повезано са менаџерским улогама, а систем вредновања, равноправна расподела задужења, тимски рад, мотивација и стимулација, као и систем награђивања, оцењени су максимално важним. Снага хируршких клиника су људски ресурси, стручан и мотивисан кадар, као и повезаност са Медицинским факултетом, а слабост недовољан број запослених, неадекватна мотивација и сагоревање на послу. Могућност решења је нова зграда Клиничког центра, акредитација и нова законска регулатива у планирању броја запослених у здравству. Утврђена је статистички значајна повезаност између задовољства послом и три параметра квалитета здравствене заштите.</p>
Научна област:	Медицина

Научна дисциплина:	Менаџмент у здравству
Кључне речи:	Менаџмент, здравствени менаџмент, мотивација, задовољство послом, здравствени радници, показатељи активности рада хируршких клиника
УДК:	005.96:[355.72:617(043.3)
CERIF класификација:	B685
Тип лиценце Креативне заједнице:	CC BY – NC - ND

Data on Doctoral Dissertation

Doctoral Supervisor: Prof. dr Nebojša Djordjević, University of Niš, Medical Faculty

Title: Importance and impact of management on key activity indicators of surgical clinics

Abstract: High quality and purposeful changes in secondary and tertiary healthcare institutions in Serbia can only be expected with fundamental transformations of management and evidence from real practice. The main goal of the research is to determine the quality of skills, of KC Niš surgical clinics, managers and their significance and impact on the key activity indicators of the mentioned clinics and on the motivation of the employees. The primary research was carried out by a survey method on a valid sample of 11 surgical clinics KC Niš. The main components of the questionnaire are: general characteristics, attitudes and opinion, motivation, leadership qualities, managing, managerial skills, job satisfaction. Then, interviews and focus groups in the examined clinics were organized and analyzed, in order to cross data and reduce the potential biase. SWOT analysis formulated the future strategic direction of management in the examined clinics. The results of the research have shown that the highest motivation factors among the respondents are the height of wages, job security, the ability to develop their own skills and abilities, and the chance to do something worthwhile. The lowest motivation factor of the respondents was praise by the superiors. The most important skills and characteristics of a successful manager are, according to the survey, communication, successful organization of work, equal distribution of tasks to employees, fostering positive interpersonal relations. A successful healthcare manager should be a doctor, with training from management, which provides adequate conditions for the work of employees, motivates employees and is creative. Respondents have the highest satisfaction with regard to the nature of the work, but the overall satisfaction levels are low. The overall satisfaction of the respondents is statistically significantly related to managerial roles, and the evaluation system, equal distribution of tasks, teamwork, motivation and stimulation, while the reward system, were considered to be of the most importance. The strength of the surgical clinic is human resources, professional and motivated staff, as well as the connection with the Medical faculty, while the weakness is the insufficient number of employees, inadequate motivation and burn out at work. Opportunityans solution is seen in a New Clinical Center building, accreditation and new legal regulations in planning the number of employees in health care. A statistically significant correlation between job satisfaction and three parameters of quality of health care was found.

Scientific Field: Medicina

Scientific Discipline: Health Management

Key Words: Management, health management, motivation, job satisfaction, health workers, indicators of activities of surgical clinics

UDC: 005.96:[355.72:617(043.3)

CERIF Classification: B685

Creative Commons License Type: CC BY – NC - ND

Ova doktorska disertacija je plod rada i bezuslovne podrške mnogobrojnih, neverovatnih ljudi, velikog i toplog srca, koji su me pratili na putu učenja, verujući u mene, obasipajući me ljubavlju, ulivajući mi snagu, volju i veru.

Hvala, od srca, profesoru dr Nebojši Djordjeviću, mom mentoru, koji je udahnuo život ovoj disertaciji.

Hvala neizmerno

....mojim dragim roditeljima Miodragu i Kosari,

... dragim roditeljima mog supruga Desanki i Julijanu,

.... mojoj voljenoj sestri Suzani - hvala neizmerno.

Hvala mom neprocenjivom blagu, Saši, Lari i Lei, za ljubav, zagrljaje, radost, smeh....

Veliko hvala jednoj velikoj plemenitoj duši, mom izvoru energije i vere, profesoru dr Maji Nikolić.

Skraćenice i simboli

EU	- Evropska Unija
KC	- Klinički Centar
OECD	- The Organisation for Economic Co-operation and Development
RS	- Republika Srbija
SAD	- Sjedinjene Američke Države
SD	- Standardna Devijacija
SZO	- Svetska Zdravstvena Organizacija
SWOT	- Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
USD	- Unated States Dollar

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Zdravstveni menadžment - pojmovi i značaj	4
1.2. Motivacija zaposlenih i zadovoljstvo poslom	9
1.3. Uloga zdravstvenog menadžmenta na pokazatelje aktivnosti zdravstvenih ustanova 11	
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	20
3. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	21
4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	22
4.1. Statistička obrada podataka	28
5. REZULTATI.....	29
5.1. Analiza podataka iz upitnika	29
5.1.1. Opšte karakteristike ispitanika	29
5.1.2. Znanje i stavovi ispitanika u vezi menadžmenta	32
5.1.3. Stavovi ispitanika u vezi sa radnom motivacijom	42
5.1.4. Rezultati ispitivanja liderskih osobina direktora hirurških klinika	50
5.1.5. Rezultati u vezi menadžerskih karakteristika	57
5.1.6. Ocena zadovoljstva poslom	69
5.2. Analiza podataka iz intervjua	79
5.3. Analiza podataka dobijenih kroz fokus grupe	83
5.4. Analiza ključnih pokazatelja aktivnosti hirurških klinika KC u Nišu	91
6. DISKUSIJA	112
7. ZAKLJUČAK	143
8. LITERATURA	145
Prilozi	163
Biografija autora	174
Bibliografija autora	175
Izjave autora	176

1. UVOD

Reforma javnog sektora, koji je često neefikasan i neracionalan sistem, predstavlja okosnicu tranzicije u mnogim zemljama, pa i u Srbiji (Lukashenko i sar., 2009; Veselinović, 2014). Izuzetno značajnu ulogu u ovom procesu zauzima reforma zdravstvenog sektora koja je preduslov unapređenja zdravlja stanovništva i celokupnog društvenog napretka (Peterson i sar., 2016). Zdravstveni sektor se danas, više nego ikada ranije, nalazi u stanju dinamičkih promena i to je globalni trend, pun neizvesnosti i turbulencija, koji će se održati još dugo. Novi milenijum doneo je nove pretnje i izazove zdravstvu, kao što su migracije (Daynes, 2016) i terorizam (De Cauwer i sar., 2016), te je veoma bitno definisati modele funkcionisanja zdravstvenog sistema koji odgovara konkretnim zahtevima savremenog okruženja.

Jedan od ključnih faktora u organizaciji i implementaciji promena u zdravstvenim organizacijama i sistemu u celini je reforma ljudskih resursa (Šantrić Milićević i sar., 2015; Villalobos Dintrans, Chaumont, 2017). Bez temeljne transformacije rukovođenja u zdravstvu i promena u strukturi i kvalitetu rada zaposlenih, nema poboljšanja u zdravstvu, što zahteva primenu odgovarajućih strategija, metoda i alata menadžmenta koji su se značajno promenili u poslednjih pedeset godina (Longest i sar., 2000; Teodorović, Gajić-Stevanović, 2008; Ernst i Young, 2016; Savage i sar., 2017). Do promena je došlo zahvaljujući sve većoj svesti o značaju strateškog planiranja zdravstvenog kadra, kao i potreba da se pruži više usluga boljeg kvaliteta u uslovima ograničenih finansijskih resursa.

Zdravstvene ustanove današnjice se suočavaju sa značajnim promenama u svom radu uslovljenim, pre svega, promenom patologije, brzim razvojem medicinske tehnologije, demografskom i ekonomskom tranzicijom, očekivanjima sredine, ali i sve većim finansijskim problemima. Navedene promene imaju nesporn uticaj na kvalitet zdravstvene nege i pružene usluge (Kheir i sar., 2016; Hall i sar., 2014; Mackintosh i sar., 2016), što zahteva novu organizaciju rada i zaposlene sa višestrukim veštinama (Healy, McKee, 2002; Alwan, Hornby, 2002; Szócska i sar., 2005; Rechel i sar., 2009; Leon-Perez i sar., 2016). Uloga lekara u modernim zdravstvenim ustanovama nije svedena samo na pružanje zdravstvenih usluga, već se od njih traži da preuzmu administrativnu i menadžersku odgovornost (Mumen, 2015), kao i da edukuju druge zdravstvene radnike i bave se istraživanjima (Akbulut i sar., 2010).

Vizija novog sistema zdravstvene zaštite Republike Srbije u trećem milenijumu je definisana od strane Ministarstva zdravlja još pre šesnaest godina (Ministarstvo zdravlja RS, 2003) i izrađen je Nacrt strategije za upravljanje ljudskim resursima. Značajan pokretač pomenutih promena u zdravstvenom sistemu Republike Srbije (RS) bila je i obaveza da se ispune kriterijumi za članstvo u Evropskoj Uniji (EU), a proces reforme još traje.

U savremenom pristupu pružanja zdravstvenih usluga promene u načinu funkcionisanja, pre svega hospitalnih ustanova, su velike. Bolnice u celom svetu su pod pritiskom da smanje troškove, unaprede kvalitet rada i poboljšaju efikasnost (Varabyova, Schreyogg, 2013). Za bilo koju reformu bolnica važna je činjenica da su one najotpornije na promene, što je predstavljao dodatni motiv za istraživanje. Tako na primer, konfiguracija i organizacija bolnica oslikava praksu zdravstvene zaštite i populaciju pacijenata iz prošlog veka i zdravstveno osoblje je edukovano da leči ljude u bolnicama, a ne u zajednici (Murken, 2010; Healy, McKee, 2002).

Izazovi sa kojima se suočava zdravstveni sistem u Srbiji su veliki i kontinuirani, te su reorganizacije neophodne (Teodorović, Gajić-Stevanović, 2008). Bolnički sistem u Srbiji je građen za drugačije uslove. Konkretno, bivša Jugoslavija je imala oko 20 miliona stanovnika i drugačiji politički sistem, a Srbija danas ima manje od 10 miliona.

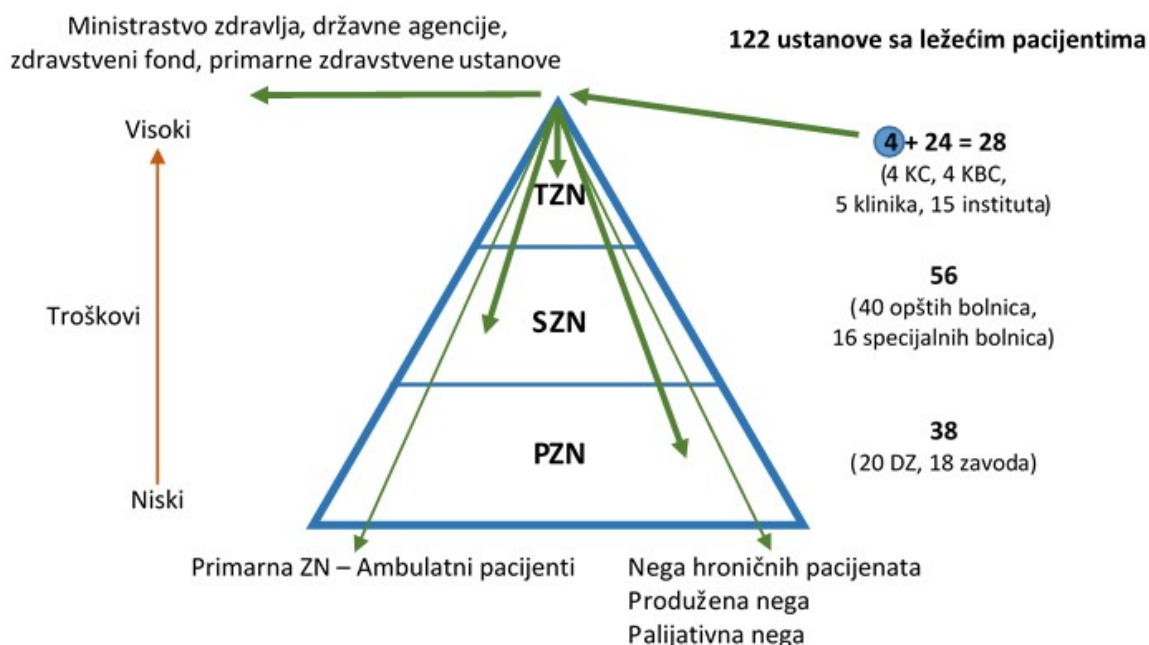
Novi koncept menadžmenta danas stavlja akcenat, pre svega, na ljude, odnosno na njihovo profesionalno i specijalizovano znanje. Iako su reforme u zdravstvu počele još krajem prošlog veka, dosadašnja praksa u Srbiji nije pokazala značajna poboljšanja u procesu upravljanja (Novak, 2010; Marković i sar., 2009) zahvaljujući znanjima i veštinama menadžera, a to je bio glavni motiv za ovo istraživanje.

Kao i u drugim zemljama u tranziciji, (Wu i sar, 2015; Yip i sar, 2012; Milevska Kostova i sar, 2017; Dimova i sar, 2012) najveći deo troškova zdravstvene zaštite u Srbiji preuzimaju ustanove sa hospitalizovanim pacijentima, odnosno, najveći deo troškova zdravstvene zaštite u Srbiji usmeren je ka bolnicama iako se učešće bolničke potrošnje u ukupnoj potrošnji za zdravstvo smanjuje, ovo se dešava sporo (Ernst & Young, 2016).

Sa promenom vlasti krajem 2000. godine, u Srbiji počinju reforme u svim sektorima i na svim nivoima, pa i u zdravstvenom sektoru koji je proglašen prioritetnim. Vlada Republike Srbije početkom 2002. g. usvojila je dokument „Zdravstvena politika Republike Srbije” kojim je kao osnovni cilj reforme definisano „postavljanje korisnika u centar sistema zdravstvene zaštite”. Nakon toga usvojene su brojne strategije kao osnov reforme. Uz pomoć

međunarodne zajednice, počelo se sa rekonstrukcijom 20 bolnica od 2004. do 2006. godine. Izgrađena je nova zgrada KC u Nišu (2018).

Sistem zdravstvene zaštite Republike Srbije ima danas tri nivoa pružanja zdravstvene zaštite – primarni, sekundarni i tercijarni (Slika 1).



Izvor: "Politicians and policy makers – where are managers in policy creation? An inclusive approach for Tertiary health care policy in Serbia" – presented and published within European Health Management Association Conference 2008, <http://slidegur.com/doc/3265120/slide-1>

Slika 1. Nivoi zdravstvene zaštite u Republici Srbiji

Pozicija na vrhu sistema zdravstvene zaštite kliničkih centara i bolnica uslovljava i uticaj na sveukupnu zdravstvenu zaštitu u zemlji, tako da većina reformi zdravstvenih sistema kreće upravo od ovih ustanova (Novak, 2010). Klinički centri su od ključnog značaja i za reformu zdravstvenog sistema Srbije, zato što sa preko 14 000 zaposlenih čine 14% ukupnih aktivnosti i materijalnih ulaganja u sistem zdravstvene zaštite Srbije. Pomenute institucije imaju partnerski odnos sa drugim ustanovama iz mreže zdravstvenog sistema Srbije, što podrazumeva podele u okviru brige za pacijenta, protokol o zbrinjavanju pacijenta, podelu odgovornosti za edukaciju i obuku, posebne programe i informacione sisteme.

Usluge lečenja i rehabilitacije čine nešto manje od jedne polovine ukupnih zdravstvenih rashoda (4,5 % bruto društvenog proizvoda). U bolničkom sektoru, kapacitet kreveta i stope prijema su relativno visoki, ali postoji prostor za poboljšanje efikasnosti akutne bolničke zdravstvene zaštite. Gustina rasprostranjenosti bolnica je usklađena sa

regionalnim prosekom u zemljama Zapadnog Balkana, ali je broj kreveta na 100.000 stanovnika mnogo veći. Iako su rashodi za zdravstvenu zaštitu u Srbiji visoki u relativnom smislu, oni su u stvari niski i nedovoljni u apsolutnom smislu. Zdravstveni troškovi Srbije u 2014. iznosili su 401,44 milijarde dinara i to odgovara zdravstvenoj potrošnji po glavi stanovnika u iznosu od 636 USD. Bolnice imaju najveći udeo u troškovima zdravstvene zaštite, dok primarne zdravstvene ustanove u 2013. godini nose manje od jedne trećine troškova bolnica. Sve u svemu, Srbija ima relativno jak bolnički sektor, iako je potreba za modernizacijom velika, posebno u javnom sektoru. Za pojedine skupe i komplikovane medicinske procedure i intervencije kreiraju se liste čekanja.

Epidemiološki profil Srbije blisko podseća na one u drugim državama Centralne i Istočne Evrope i razvijenim zemljama, uzimajući u obzir da su neprenosiva oboljenja primarni uzroci mortaliteta i morbiditeta. Do 2012. godine procenat stanovništva starosti 65 i više godina je porastao sa 10% na 14%, a prema projekcijama predviđa se da će dostići 25% do 2050. godine. S obzirom na starenje stanovništva, nezarazne bolesti su već duže primarni uzroci smrtnosti i morbiditeta (Ipsos, 2013).

Bolnice su skupi sistemi i bez temeljne transformacije rukovođenja, nije realno očekivati poboljšanja u celini (Peterson i sar, 2016; Murken, 2010; Teodorović i Gajić-Stevanović, 2008). Suština menadžmenta je u promenama, te je neophodno pružiti dokaze iz realne prakse kod nas kako bi do kvalitetnih i svrsishodnih promena i došlo.

1.1. Zdravstveni menadžment - pojmovi i značaj

Menadžment je nastao iz potrebe za povećanjem produktivnosti. Razvoj menadžmenta u naučnom smislu vezuje se za poslednje decenije XIX veka. Prema Druckeru, menadžerstvo je „veština upravljanja ljudima, specifična samostalna oblast aktivnosti i znanja“ (Drucker, 1995; Drucker, 2011).

Prema široj definiciji, menadžment je „znanje praktično, stručno, univerzalno, naučno koje se primenjuje u procesu planiranja, organizovanja, vođenja i kontrole, s ciljem postizanja efektivnosti („raditi prave stvari“) i efikasnosti („stvari raditi na pravi način“) organizacije“ (Višnjic, 2015). Jedan od pionira menadžmenta, Henri Fayol, predstavlja menadžment kao proces predviđanja, organizovanja, komandovanja, koordinacije i kontrole (Guthrie, Peaucelle, 2015). Menadžment se prikazuje i kao složen proces usmeravanja grupe ljudi u izvršavanju određenih poslova i zadataka radi postizanja unapred utvrđenih, zajedničkih ciljeva, pri čemu ovaj proces obuhvata više različitih podprocesa, npr: planiranje, kadrovi, organizovanje, liderstvo, kontrola itd. (Bjegović, 2011). Menadžeri upotrebljavaju

sve dostupne resurse organizacije (finansijska sredstva, opremu, informacije, ljude) kako bi ostvarili postavljene ciljeve.

Pravila menadžmenta su ista nezavisno od njegovog društveno-političkog i ekonomskog sistema i na isti način se primenjuju u privatnim, državnim i mešovitim oblicima svojina (Griffin, 2010). Menadžment je fokusiran na efikasnost tj. pravilnu upotrebu resursa, obezbeđenje pravovremenih informacija, predviđanje okolnosti i prilagođavanje promenama u okruženju, a to uključuje i profesionalizam i veštine.

Današnje okruženje zahteva veoma fleksibilne i prilagodljive organizacije, koje obezbeđuju visoko kvalitetne proizvode i usluge, trošeći novac na najbolji mogući način. Neefikasan i rigidan javni sektor je prvi na udaru reformi sa ciljem povećanja efikasnosti, fleksibilnosti, ali i postavljanja korisnika u centar pružanja usluga (Flynn, 2012; Flynn, 2010).

Razvoj zdravstvenog menadžmenta je zaostajao za razvojem tzv. opšteg menadžmenta i imao je, do skora, čak negativnu konotaciju i otpor zbog specifičnosti zdravstvenog sistema u odnosu na proizvodni sektor (Mintzberg, 2012; Mintzberg, 2009). U zdravstvenim organizacijama, posebno u stacionarnim ustanovama, evidentna je određena organizacijska kultura i postoji određena hijerarhijska lestvica na čijem vrhu su doktori, zatim visoki, viši i srednji medicinski kadar, pa ostali zaposleni. Čak postoji i određeni respekt među odeljenjima, pa su tako hirurzi često ispred ostalih zdravstvenih radnika.

Zdravstveni menadžment (Bjegović, 2011) je proces kojim se planiraju, usmeravaju, kontrolišu i koordiniraju resursi i procedure pomoću kojih se zadovoljavaju potrebe i potražnja za zdravstvenim i medicinskim uslugama prilagođenih potrebama i očekivanjima stanovništva.

Elementarne funkcije menadžmenta jesu planiranje, organizovanje, liderstvo (vođenje) i kontrola, te su one sadržane i u zdravstvenom sistemu (Bjegović, 2011; Griffin, 2010; Guthrie, Peaucelle, 2015; Mintzberg, 2012; Hill, McShane, 2008; Drucker, 2011).

Planiranje podrazumeva izradu pravca akcija koje će omogućiti zdravstvenoj organizaciji da realizuje svoje ciljeve. Organizacija predstavlja mobilisanje materijalnih i kadrovskih resursa organizacije u cilju pružanja kvalitetne zdravstvene zaštite. Vođenje je obezbeđivanje harmoničnog funkcionisanja resursa i aktivnosti u cilju postizanja željenih ciljeva. Menadžeri daju instrukcije zaposlenima, podižu radni elan zaposlenima i poboljšavaju komunikaciju među saradnicima. Kontrola podrazumeva nadgledanje radnog procesa i neprestano proveravanje da li se sve odvija po planu (Bjegović, 2011; Griffin, 2010; Guthrie, Peaucelle, 2015; Mintzberg, 2012; Hill, McShane, 2008; Drucker, 2011).

Menadžeri u zdravstvu upravljaju izvršavanjem pojedinačnih poslova i zadataka, u okviru jedne organizacione celine ili cele zdravstvene ustanove. Oni rukovode određenom grupom ljudi koji izvršavaju poslove i zadatke dodeljene na osnovu mesta koje zauzimaju u organizacionoj strukturi ustanove, a u cilju usmeravanja aktivnosti ka efikasnijim rezultatima. (Bjegović, 2011; Griffin, 2010; Guthrie, Peaucelle, 2015; Mintzberg, 2009; Hill, McShane, 2008; Drucker, 2011)

Postoje tri osnovna nivoa menadžera: vrhovni nivo menadžera, srednji nivo i niži (operativni) nivo, a to važi i u zdravstvu. Vrhovni nivo menadžera obuhvata generalnog direktora i njegove zamenike i pomoćnike, u srednjem nivou su načelnici centara, i u operativnom nivou se nalaze šefovi službi i odeljenja. Vrhovni menadžeri se bave politikom, planiranjem i kontrolom celokupnog poslovanja i brinu o kadrovima u gornjem nivou hijerarhije. Srednji nivo menadžera se bavi organizovanjem i rukovođenjem, a i svakodnevnim zaduženjima, dok se operativni nivo menadžera bavi, pre svega rukovođenjem i svakodnevnim zadacima. Svaki menadžer mora da posmatra menadžere viših ili nižih nivoa zbog podrške, a istovremeno i menadžere istog nivoa zbog saradnje (Bjegović, 2011; Griffin, 2010; Guthrie, Peaucelle, 2015).

Menadžer treba da poseduje kvalitetne ljudske osobine i da bude autoritet za svoje saradnike, kako bi mogao da im se nametne kao čovek koji će rukovoditi njihovim radom i da ih vodi ka ostvarenju zajedničkog cilja. U zdravstvenim ustanovama, menadžeri su pretežno doktori, a mnogo ređe druge profesije (Novak, 2010; Terzić-Šupić i sar., 2015; Bjegović, 2011) te je ogromna promena za osobu koja je učila i do tada radila isključivo u skladu sa medicinskim postulatima. Znanja koja menadžer treba da poseduje, generalno, su tehnička (specijalizovana znanja koja omogućavaju obavljanje poslova korišćenjem određenih tehnika i procedura), znanja iz oblasti društvenih nauka (koja omogućavaju vođenje kadrova kojima rukovodi, uspostavljanje kooperacije između kadrova i koordiniranje obavljanja zadataka zaposlenih) i konceptijska znanja (omogućavaju analiziranje i razmatranje organizacije kao celine, povezane sa okolinom) (Griffin, 2010; Guthrie, Peaucelle, 2015; Mintzberg, 2009; Hill, McShane, 2008; Drucker, 2011).

Menadžer u zdravstvu rukovodi različitim grupama ljudi, prioritet više nije pacijent nego zdravstvena ustanova, a prisutan je i prirodni strah od donošenja nepravilnih odluka, posebno materijalnih i finansijskih. Postoji i strah od zameranja ljudima, gubitka prijatelja, gubitka simpatije među kolegama. U području zastupanja interesa ustanove kojoj je na čelu, menadžer dolazi u nove kontakte i odnose sa političkim, finansijskim i drugim centrima

moći, a pravila igre su drugačija od onih na koje je, kao zdravstveni radnik, navikao (Rouhani i sar., 2018; Arneja i sar., 2014).

Menadžeri u zdravstvu su istovremeno u ulozi podređenih i pretpostavljenih, što predstavlja svojevrsnu specifičnost. U ulozi podređenih, menadžeri srednjeg i nižeg nivoa odgovaraju svojim pretpostavljenima za delovanje i održavanje svojih radnih odeljenja, a istovremeno zavise od napora svojih potčinjenih u cilju ostvarenja tih rezultata.

Aktuelne promene u zdravstvenom sistemu od svih zaposlenih u sistemu zahtevaju novi set veština i metoda rada, a posebno se to odnosi na menadzere, od kojih se očekuje da usmeravaju promene i reorganizuju sistem (Hellmann, Meyer, 2016; Terzić-Šupić i sar., 2015). Neke od najneophodnijih veština su upravljanje promenama, razvoj zdravstvenih ustanova, finansiranje u zdravstvenom sistemu, timski rad i stalno unapređenje kvaliteta, ali i neophodnost poznavanja glavnih postulata menadžmenta, liderstvo, procenjivanje, komunikacija, evaluacija, planiranje i analiticki pristup (Sterbenz, Chung, 2017).

Menadžerske veštine se mogu razvrstati u sledeće kategorije: tehničke, humane i konceptualne (Hill, McShane, 2008). Tehničke veštine se odnose na poznavanje procedura, pravila, tehnika, metoda i znanja prilikom obavljanja posla. Za zdravstvene radnike tehnička veština podrazumeva sposobnost rukovanja opremom npr. za reanimaciju. Humane veštine podrazumevaju, pre svega, međuljudske odnose u organizaciji i zasnovane su na nekim psihološkim kategorijama (autoritet, entuzijazam), i razlikuju se po svojoj prirodi i intenzitetu na različitim hijerarhijskim nivoima. Na nižim nivoima menadžmenta izraženija je potreba za tehničkim veštinama (npr. šef hirurgije obavlja bilo koji hiruški zahvat). Ukoliko je nivo viši, izraženije su potrebe za veštinom ophođenja sa ljudima, kao i za konceptualnim sposobnostima. Konceptualne veštine su zasnovane na mogućnostima menadžerovog pamćenja informacija, identifikaciji problema, sposobnosti analize, interpretiranja i donošenja odluka (Hill, McShane, 2008; Novak, Djordjević, 2019; Terzić-Šupić i sar., 2015).

Uspešan menadžer, prema podacima iz literature (Bjegović i sar., 2014; Bjegović, 2014; Sonsale, Bharamgoudar, 2017; Hellmann, Meyer, 2016), bi trebalo da poseduje sledeće sposobnosti:

- 1) upravljačke sposobnosti (omogućavaju menadžeru da upravlja pojedinim delovima organizacije i pojedinim procesima, odnosno ustanovom u celini, kako bi se dostigli planirani ciljevi),

- 2) organizacione sposobnosti (neophodne menadžeru da bi na efikasan način organizovao i iskoristio ljudske i druge resurse za postizanje povoljnih rezultata),

3) rukovodilačke sposobnosti (potrebne menadžeru za uspešnu komunikaciju sa ljudima, koordinaciju njihovog rada i usmeravanje ka efikasnom završetku planiranih zadataka),

4) liderske sposobnosti (omogućavaju menadžeru da vodi ljude napred, da svojim primerom i inicijativom pokaže kako treba savladati teškoće na putu ka efikasnom razvoju i da bude pokretač uvođenja inovacija i promena koje omogućavaju razvoj preduzeća).

Prema podacima iz literature, liderske veštine u zdravstvu se mogu uspešno usvojiti i na tome treba raditi (Northouse, 2010; Northouse, 2008; Schwartz, Pogge, 2000), ne samo zbog dobrobiti ustanove, nego i zbog ličnih dobiti i razvoja. Prema jednoj studiji, hirurzi koji su usvojili veštine neophodne u rukovođenju pokazali su tendenciju većeg zadovoljstva u poslu (Blumenthal, Thier, 1996; Armeja i sar, 2014).

Neophodne veštine i kompetencije menadžeri u zdravstvu mogu steći na različite načine:

- kontinuirana edukacija i učenje,
- strukturisani "akademske" kursevi; najčešća forma menadžerskog treninga,
- staž, kruženje, opservacija i studijska putovanja sa praktičnim učenjem i kroz primere kako drugi rešavaju situacije sa kojima će se menadžer najverovatnije susresti,
- mentoring i dodeljivanje mentora i trenera, gde iskusni stručnjaci pružaju uvid u menadžerska partnerstva i relacije, kao i priliku da se dobije savet i da se istraže mogućnosti kada se menadžeri suoče sa teškom situacijom,
- kolegijalno učenje (engl. peer to peer) – jedna mogućnost da se sretnu drugi menadžeri u redovnim intervalima, podele iskustva, izazove i rešenja, izgrade zajedničko razumevanje procesa i daju podršku jedan drugome.

Svetska Zdravstvena Organizacija (SZO) daje veliki značaj zdravstvenom menadžmentu za pružanje kvalitetnih usluga i ostvarivanje željenih zdravstvenih rezultata (Egger i sar., 2005; WHO, 2008; Atanacković, 2009; Edwards i sar, 2004) i ističe „Dobro liderstvo i menadžment su kada se pruža pravac ka ciljevima i stiče posvećenost partnera i osoblja, istovremeno vodeći promene ka postizanju boljih zdravstvenih usluga kroz efikasno, kreativno i odgovorno raspoređivanje ljudi i drugih resursa“.

Za izgradnju liderskih i menadžerskih kapaciteta u zdravstvu, SZO predlaže okvir u kome su liderstvo i menadžment na operativnom nivou ravnoteža između četiri međusobno povezana polja: adekvatan broj menadžera na svim nivoima zdravstvenog sistema, adekvatna kompetencija menadžera, kreiranje boljeg sistema podrške menadžmentu i podsticajno radno okruženje. Okvir treba prilagoditi ili modifikovati prema lokalnim uslovima (WHO, 2008).

1.2. Motivacija zaposlenih i zadovoljstvo poslom

Motivacija zaposlenih i zadovoljstvo poslom predstavljaju neodvojivi deo uspešnog rukovođenja. Uvođenje zadovoljstva kod radnika je ključni zadatak menadžmenta, jer zadovoljstvo stvara samopouzdanje, lojalnost i na kraju poboljšava kvalitet rada zaposlenih (Tietjen, Myers, 1998). Takođe, uloga motivacije u zadovoljstvu poslom je velika i neodvojiva i predmet su istraživanja mnogih autora (Tietjen, Myers, 1998; Lambrou i sar., 2010; Boamah i sar, 2018).

Motivacija je „ono što pokreće čoveka da nešto uradi“ (Višnjić, 2015), odnosno „proces usmeravanja ponašanja ljudi u organizaciji na način da zaposleni zadovolji sopstvene potrebe, a da radi u pravcu zadovoljavanja ciljeva organizacije“ (Stepanov i sar, 2016), dok istovremeno „dobro motivisani zaposleni imaju jasno definisane ciljeve i preduzimaju aktivnosti za ostvarenje tih ciljeva“ (Marković, 2014).

Motivacioni faktori mogu biti pozitivni (motivisujući) - dostignuće, priznanje, sopstveni rad, odgovornost, napredovanje, lični napredak/razvoj) i negativni (demotivisujući) - neefikasna administracija, nekompetentan nadzor, loši međuljudski odnosi, lični kvaliteti menadžera, nedovoljna nagrada, loši radni uslovi (Višnjić, 2014).

Zadovoljstvo poslom se može definisati kao „ugodno ili pozitivno emotivno stanje koje rezultira radnim iskustvom“ (Stepanov, 2016), i predstavlja sastavni deo kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama (Marković, 2014). Kvalitet pružanja zdravstvene zaštite zavisi od angažovanja zaposlenih u obavljanju svog posla, što se, direktno, dovodi u vezu sa njihovim ponašanjem, zalaganjem, iskustvom, požrtvovanošću, a u osnovi svega nalazi se njihova motivisanost za rad i kvalitetno obavljanje posla, kao i njihovo zadovoljstvo poslom.

U istraživanjima se ova dva aspekta rukovođenja dovode u vezu sa učinkom i kvalitetom rada (Stepanov i sar, 2016; Štumerger S (2018); Aduo-Adjei, 2016). Utoliko je značaj istraživanja rukovođenja u zdravstvu značajniji, jer krajnji proizvod pružanja zdravstvene nege jeste zdravlje stanovništva. U zdravstvenoj ustanovi, samo zadovoljan zaposleni ostvariće pozitivan ishod, zbog čega je od izuzetne važnosti adekvatna motivacija u cilju ostvarivanja pozitivnih performansi zdravstvene ustanove (Stepanov i sar, 2016; Štumerger S (2018); Aduo-Adjei, 2016).

Motivacija se manifestuje količinom napora koju čovek ulaže u određenu aktivnost. Napor, zajedno sa ličnim sposobnostima, određuje učinak u realizaciji postavljene aktivnosti, a postignuti učinak dovodi do različitih ishoda i nagrada. Kao osnovni psihološki proces,

motivacija je važan element ponašanja zajedno sa percepcijom, ličnim osobinama, stavovima i učenjem (Stepanov, 2016).

U zdravstvenoj ustanovi, menadžeri mogu povećati učinkovitost upravljanja radnim zadacima kod zaposlenih dobrom motivacijom (Baljoon, 2018; Štumerger, 2018). Motivacija definiše uspeh ustanove, jer navodi zaposlene da neprestano traže poboljšanje da bi se posao obavio (Veseli, 2014; Štumerger, 2018).

Izučavanjem i definisanjem motivacije bavili su se brojni istraživači (Yusoff i sar., 2013), u svim tim definicijama mogu da se uoče određene sličnosti, kao na primer da, „individualna motivacija započinje sa željom da se nešto dostigne, nastavlja se fizičkom akcijom, a zatim mentalnom potvrdom ispunjenja želja“ (Stepanov, 2016).

Zaposleni su temelj zdravstvene ustanove, zato je važno da obavljaju posao koji vole, te uspešan menadžer mora stalno otkrivati šta najbolje motiviše njegove zaposlene, kao i šta zaposlene čini zadovoljnim na poslu. Menadžer uz pomoć svojih veština i znanja, koristi menadžerske alate i iznalazi koja su znanja i sposobnosti njegovih zaposlenih i na osnovu toga određuje zadatke i postavlja ciljeve gde će zaposleni dati svoj maksimum i ostvariti pozitivne rezultate (Stepanov, 2016).

Postavljanje ciljeva i pokazatelja rada, kao i sistema za nagrađivanje, doprinosi rastu i razvoju zdravstvene ustanove. Da bi se ostvarili ciljevi, a pokazatelji bili uspešni, u ustanovi treba voditi računa o jasnoći ciljeva, merenju performansi, saradnji, timskom radu i razvoju liderstva (Stepanov, 2016).

Zadovoljstvo poslom se može definisati „kao ugodno ili pozitivno emotivno stanje koje rezultira radnim iskustvom“, a rezultat je osećaja zaposlenog prema poslu, tj. koliko mu posao omogućava stvari koje on smatra jako bitnim za sebe (Stepanov, 2016). Ljudi na različite načine doživljavaju mnogostruke nivoe zadovoljstva kroz višestruke aspekte posla koji obavljaju (Stepanov, 2016; Spector, 2003), a koji zavise od mnogobrojnih karakteristika koje su u vezi sa samom prirodom posla, ali i sa karakteristikama same ličnosti (Stepanov, 2016).

I brojna druga istraživanja bave se odnosom motivacije i zadovoljstva poslom (Marković, 2009; Grujičić i sar, 2018; Štumerger, 2018).

Motivacija i zadovoljstvo poslom često se posmatraju kroz ekonomsku prizmu, ali novčana nadoknada nije uvek delotvorna. Zbog toga treba pažljivo planirati sistem nagrađivanja da bude u skladu sa očekivanjima zaposlenih, a imajući u obzir mnogobrojne načine povećanja motivacije i zadovoljstva koji ne uključuju finansijske instrumente (Stepanov, 2016).

Menadžeri kreiraju radno okruženje i organizuju posao zaposlenih, a samim tim vrše procenu okruženja i zaposlenih, a potom utvrđuju motivacione faktore sa ciljem ostvarivanja većeg zadovoljstva. Interes zaposlenog za bolji učinak u velikoj meri zavisi od kreativnosti menadžmenta (Stepanov, 2016; Berman, Kim, 2010). Veliki broj autora (Stepanov, 2016; Berman, Kim, 2010) se slaže da dobri menadžeri treba da prihvataju kreativne ideje od zaposlenih, a ne da ih ignorišu, jer na kraju od zaposlenih neće dobiti ni jedan predlog poboljšanja, a promene i inovacije su danas uslov opstanka svake zdravstvene ustanove. Takođe, učešće zaposlenog u kreiranju radnog okruženja, putem njegovih ideja prihvaćenih od strane menadžera, dovodi do zadovoljstva zaposlenog na poslu (Stepanov, 2016). Menadžeri su ti koji postavljaju temelj radne kulture ustanove zasnovane na inovativnosti i kreativnosti, dok zaposleni tu kulturu prepoznaju i shodno tome reaguju (Stepanov, 2016).

Postojanje pozitivne korelacije između motivacije za rad, zadovoljstva poslom i performansi u ustanovi, ističu brojni autori (Bajwa, 2010; Baljoon, 2018; Aduo-Adjei, 2016; Stepanov, 2016).

Uspešan zdravstveni menadžer: planira rad svoje ustanove, odeljenja ili tima; organizuje i sprovodi rad ustanove; realizuje planirane aktivnosti; kontroliše realizaciju aktivnosti; koordinira rad osoblja, komunicira i rešava konflikte; motiviše i vodi svoje ljude; saraduje sa drugim organizacijama i zajednicom; predstavlja autoritet i traži odgovornost; donosi odgovarajuće odluke na bazi analiza (Višnjić, 2014).

1.3. Uloga zdravstvenog menadžmenta na pokazatelje aktivnosti zdravstvenih ustanova

Kao sveobuhvatan i integrisan proces, strateški menadžment u zdravstvu se sprovodi na svim nivoima sistema: nacionalnom (javno – zdravstvena politika), institucionalnom (menadžment zdravstvenim ustanovama) i individualnom (menadžment ljudskim resursima). Savremeni menadžeri treba da usvoje strategije unapređenja rada zdravstvenih ustanova zasnovane na dokazima iz istraživanja, poznaju zdravstveno stanje stanovništva i analiziraju faktore koji određuju zdravlje u okviru kompleksnih političkih i ekonomskih uslova.

U većini zemalja upotreba evaluacije i dokaza iz istraživanja sa namerom da se informiše i unapredi menadžment i politika donošenja odluka u zdravstvenom sektoru pre je izuzetak nego pravilo (Stoiljković i sar., 2013; Esfahani i sar., 2018). Premda mnogi autori (Bjegović-Mikanović i sar., 2018; Sonsale i Bharamgoudar, 2017; Hellmann i Meyer, 2016) upozoravaju da istraživanja u oblasti zdravstvenog menadžmenta nedostaju, ipak je činjenica da su postojeći metodološki problemi u njihovom izvođenju daleko veći od onih koji se sreću

u kliničkim istraživanjima i retko pružaju dokaze solidnog stepena sigurnosti koji se nalazi u kliničkim istraživanjima.

Menadžment u zdravstvu pored opštih ciljeva (unapređenje zdravlja populacije, kvaliteta zdravstvene zaštite i kvaliteta života, generisanja veće efektivnosti i veće pravičnosti), ima i sledeće specifične ciljeve:

- pružanje podrške lekarima, putem obezbeđivanja i dostupnosti neophodne informatičke tehnologije, radi primene medicine zasnovane na dokazima u svakodnevnom radu;
- rešavanje problema profesionalne autonomije koja može da blokira primenu dokaza u individualnom radu sa pacijentima i to razvijanjem timskog rada i profesionalnim razvojem zaposlenih;
- stvaranje efikasne i fleksibilne organizacije koja se prilagođava na promene;
- vođenje i uspostavljanje promene od nasledene organizacione strukture prema „organizaciji koja uči“.

Pozitivan uticaj menadžmenta u zdravstvenoj zaštiti može se analizirati kroz obim u kojem se omogućava većem broju ljudi da imaju pozitivne efekte na zdravlje u okviru dostupnih finansijskih sredstava. U krajnjem ovo zavisi od dostizanja dva osnovna cilja: 1) kreiranja odgovarajuće sredine za pružanje zdravstvene zaštite zasnovane na dokazima (uključujući kadrove i opremu) i 2) obezbeđivanja sredine u kojoj zdravstveni profesionalci koji se aktuelno bave dijagnostikom i tretmanom to čine što efikasnije (Ernst i Young, 2016).

Većina dosadašnjih evaluacija menadžerskih strategija u zdravstvenim ustanovama je zasnovana na kvalitativnim tehnikama iz studija slučaja, a samo ponekad na merenju performanse zdravstvenih ustanova putem ishoda. Tako, na primer, bolnica koja ima program menadžmenta totalnim kvalitetom postavlja specifične ciljeve kvaliteta, bira jedan broj prioriternih oblasti na unapređenju kvaliteta, unosi u opis posla svakog zaposlenog aktivnosti na unapređenju kvaliteta, planira vreme za tu aktivnost, obezbeđuje neophodne resurse i edukaciju za članove tima koji će formalno biti uključeni u aktivnosti na unapređenju kvaliteta. Ovakav pristup nije potpuno orijentisan ka korisniku zdravstvene zaštite (Al-Shdaifat, 2015)

Pored uobičajenih menadžerskih aktivnosti u okviru organizovanja, vođenja, kontrolisanja i upravljanja resursima, radi uspostavljanja zdravstvene zaštite zasnovane na dokazima bitne menadžerske aktivnosti su: procena tehnologija, procena potreba i

uspostavljanje prioriteta, profesionalna i edukacija javnosti i menadžment kvalitetom zdravstvene zaštite (**Tabela 1**) (Bjegović, 2011).

Tabela 1. Odgovornosti menadžmenta i menadžerske aktivnosti u zdravstvenoj zaštiti zasnovanoj na dokazima

ODGOVORNOSTI MENADŽMENTA	MENADŽERSKE AKTIVNOSTI
Obezbeđivanje podrške svim službama i procedurama na osnovu dokaza visokog kvaliteta	Procena tehnologije; kritička procena
Obezbeđivanje kombinacije službi i procedura koje pružaju najveću dobit obuhvaćenju populaciji	Procena potreba; uspostavljanje prioriteta; donošenje odluka
Obezbeđivanje visokog kvaliteta svih službi i kliničkih procedura da bi se ostvario potencijal za unapređenje zdravlja koji je prikazan u istraživanjima	Profesionalna edukacija; edukacija javnosti; nabavka; menadžment kvalitetom; klinička provera

Izvor: Bjegović, 2011 "Osnove zdravstvenog menadžmenta"

Učinak rada zdravstvenih ustanova je blisko povezan sa pojmom kvaliteta, koji je uz obim aktivnosti i troškove neophodna komponenta zdravstvene zaštite. Osim toga, kvalitetna zdravstvena zaštita je i pravo svakog osiguranika. Prema Grantovoj definiciji kvaliteta (Grant, 1988), kvalitetna medicinska zaštita je potencijal elemenata i zaštite za ostvarenje opravdanih medicinskih i nemedicinskih ciljeva bolesnika i lekara, gde je naglasak da ciljeve zdravstvene zaštite određuje pacijent uz pomoć svog lekara, s ključnom pretpostavkom da je pacijent dobro informisan i da zajedno s lekarom deli odgovornost za odluke u pogledu sopstvene zdravstvene zaštite. Takođe, u mnogim drugim definicijama zajednički činilac je osetljivost na aktualne potrebe korisnika zdravstvene zaštite, ali kvalitet zaštite ne može se svesti samo na zadovoljstvo korisnika ili njihove izražene zahteve. U definiciju treba uključiti i profesionalnu potrebu, odnosno prosuđivanje do koje mere usluga zadovoljava pacijentove potrebe, bilo na individualnom, bilo na populacionom nivou. Dakle, kvalitetna medicinska zaštita koristi resurse na najefikasniji način. Na kraju, medicinska zaštita ne može biti kvalitetna ako ne zadovoljava zakonske, etičke, ugovorne i druge obaveze i treba da zadovolji suprotne zahteve različitih interesnih grupa.

Indikatori kvaliteta zdravstvene zaštite treba da mere ostvarivanje postavljenih organizacijskih ciljeva, ali se u praksi oni najčešće biraju na osnovu rutinske raspoloživosti bilo kakvih podataka iz bolničkih registara, organizacijskih protokola, knjiga dežurstva, otpusnih lista, registara kontrolnih pregleda nakon otpusta iz bolnice, itd. Ukoliko postojeći

podaci nisu pouzdani ili značajni, menadžeri treba da uspostave nove sisteme za prikupljanje podataka (Vuković, Ilić, 2018; Si i sar., 2017).

Ključni elementi implementacije sistema indikatora učinka rada zdravstvenih ustanova su uspostavljanje odgovarajućeg sistema za prikupljanje podataka, timski rad, definisanje ciljnih ljudi i timova koji će koristiti indikatore na ispravan način. Preduslov su i dobra koordinacija prikupljanja podataka kroz celu organizaciju radi postizanja integrisanosti i uniformisanosti.

Prema pozitivnoj zakonskoj regulativi kod nas i u svetu (Bitton i sar, 2017), kvalitet zdravstvene zaštite procenjuje se na osnovu različitih pokazatelja. Oni se odnose na obezbeđenost stanovništva zdravstvenim radnicima, kapacitet zdravstvenih ustanova, opremu, odnosno koji se odnose na pokazatelje procesa i rezultata rada i ishoda po zdravlje stanovništva, kao i na druge pokazatelja (Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, Sl.glasnik RS 49/2010).

Prema aktuelnom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (čl. 203), pod kvalitetom zdravstvene zaštite podrazumevaju se „mere i aktivnosti kojima se, u skladu sa savremenim dostignućima medicinske, stomatološke i farmaceutske nauke i prakse, kao i savremenim dostignućima nauke i prakse koja doprinosi višem nivou kvaliteta zdravstvenih usluga koje pružaju zdravstveni saradnici, povećavaju mogućnosti povoljnog ishoda i smanjuje rizik nastanka neželjenih posledica po zdravlje i zdravstveno stanje pojedinca i zajednice u celini. Kvalitet zdravstvene zaštite procenjuje se na osnovu odgovarajućih pokazatelja koji se odnose na obezbeđenost stanovništva zdravstvenim radnicima, kapacitet zdravstvenih ustanova, opremu, odnosno koji se odnose na pokazatelje procesa i rezultata rada i ishoda po zdravlje stanovništva, kao i na osnovu drugih pokazatelja na osnovu kojih se procenjuje kvalitet zdravstvene zaštite. Pokazatelje kvaliteta zdravstvene zaštite iz stava 2. ovog člana propisuje ministar. Kvalitet zdravstvene zaštite procenjuje se u postupku provere kvaliteta stručnog rada i u postupku akreditacije, u skladu sa ovim zakonom.“

Standardi za akreditaciju zdravstvenih ustanova sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Srbiji se mogu podeliti u pet kategorija i to su:

1. Standardi u vezi sa lečenjem / uslugama pruženim pacijentu (sačinjeni tako da prate proces lečenja / pružanja usluge pacijentu od momenta prijema u bolnicu, preko planiranja i sprovođenja lečenja, do okončanja lečenja / pružanja usluge ili upućivanja na drugi nivo lečenja). Dato je generičko poglavlje za pojedinačno lečenje pacijenta kao i posebna poglavlja koja se odnose na operacionu salu, urgentnu medicinu i intenzivnu negu.

2. Standardi za rad službi kliničke podrške (akreditaciju laboratorija, radiološke dijagnostike i apoteke).
3. Standardi rada pratećih službi (službe u okviru bolnice koje pomažu proces sprovođenja lečenja). Sačinjena su tri poglavlja u vezi sa pratećim službama: životna sredina (uključujući kontrolu širenja infekcija, upravljanje medicinskim otpadom, masovne nesreće i akcidentne situacije, centralnu sterilizaciju i bezbedno korišćenje opreme, materijala, medicinskih uređaja i prostora), ljudske resurse i upravljanje informacijama.
4. Standardi koji se odnose na rukovođenje i upravljanje (rad Upravnog odbora).
5. Standardi koji se odnose na obrazovno nastavnu delatnost - edukaciju (bezbednost pacijenata vezanih za edukaciju studenata dodiplomske, diplomske i posle diplomske studije).

U našoj aktuelnoj regulativi (Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, 2010), definisani su pokazatelji kvaliteta u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (**Tabela 2**).

Tabela 2. Pokazatelji kvaliteta u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti

1) Stopa letaliteta (izračunava se kao broj lica umrlih posle prijema u bolnicu podeljen sa brojem lečenih u istoj bolnici i pomnožen sa 100);
2) Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema (izračunava se kao broj umrlih u toku prvih 48 sati posle prijema u bolnicu i podeljen sa brojem umrlih u istoj bolnici pomnožen sa 100);
3) Prosečna dužina bolničkog lečenja (izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja podeljen sa brojem bolničkih epizoda u određenom vremenskom periodu);
4) Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji (izračunava se kao broj medicinskih sestara angažovanih na nezi bolesnika u bolnici podeljen sa brojem zauzetih postelja u bolnici);
5) Procenat obdukovanih (izračunava se kao broj obdukovanih podeljen sa ukupnim brojem umrlih lica i pomnožen sa 100);
6) Procenat podudarnosti kliničkih i obdukcioni dijagnoza (izračunava se kao broj kliničkih dijagnoza koje su potvrđene obdukcionim nalazom podeljen sa ukupnim brojem vraćenih izveštaja o obdukciji i pomnožen sa 100);

7) Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije (izračunava se kao broj pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije podeljen sa ukupnim brojem pacijenata lečenih na odeljenjima intenzivne nege i pomnožen sa 100).

8) Procenat pacijenata koji se prate po procesu zdravstvene nege (izračunava se kao broj pacijenata koji se prate po definisanom procesu zdravstvene nege u odnosu na ukupan broj pacijenata primljenih na bolničko lečenje);

9) Procenat sestrinskih otpusnih pisama patronažnoj službi (izračunava se kao broj upućenih pisama patronažnoj službi u odnosu na ukupan broj pacijenata primljenih na bolničko lečenje).

Posebno, pomenuti Pravilnik, obraća pažnju na hiruške discipline (**Tabela 3**)

Tabela 3. Pokazatelji kvaliteta koji se prate u hirurškim granama medicine u Srbiji (čl. 21 Pravilnika o Pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite ("Sl. glasnik RS", br. 49/2010))

1) Stopa letaliteta (izračunava se kao broj umrlih lica posle prijema na odeljenja hirurških grana medicine podeljen sa brojem lečenih na tim odeljenjima i pomnožen sa 100);

2) Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema (izračunava se kao broj umrlih na odeljenjima hirurških grana medicine u toku prvih 48 sati posle prijema na ta odeljenja podeljen sa brojem umrlih lica na tim odeljenjima i pomnožen sa 100);

3) Stopa letaliteta operisanih pacijenata (izračunava se kao broj umrlih operisanih pacijenata podeljen sa ukupnim brojem operisanih i pomnožen sa 100);

4) Prosečna dužina bolničkog lečenja (izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja na odeljenjima hirurških grana medicine podeljen sa brojem hospitalizacija na tim odeljenjima);

5) Prosečan broj preoperativnih dana lečenja (izračunava se kao ukupan broj preoperativnih dana lečenja na odeljenjima hirurških grana medicine za sve operacije obavljene u hirurškim salama podeljen brojem operacija obavljenih u tim salama);

6) Prosečan broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji po hirurgu (Izračunava se kao broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji u hirurškim salama podeljen sa brojem hirurga uključenih u operativni program zdravstvene ustanove);

7) Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji (izračunava se kada se broj medicinskih sestara angažovanih na nezi bolesnika na odeljenjima hirurških grana medicine podeli sa brojem zauzetih postelja na tim odeljenjima);
8) Procenat obdukovanih (izračunava se kao broj obdukovanih podeljen sa ukupnim brojem umrlih pacijenata na odeljenjima hirurških grana medicine i pomnožen sa 100);
9) Procenat podudarnosti kliničkih i obdukcioni dijagnoza (izračunava se kao broj kliničkih dijagnoza sa odeljenja hirurških grana medicine koje su potvrđene obdukcionim nalazom podeljen sa ukupnim brojem vraćenih izveštaja o obdukciji i pomnožen sa 100);
10) Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije na svim odeljenjima hirurških grana medicine (izračunava se kao broj pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije podeljen sa ukupnim brojem pacijenata lečenih na odeljenjima intenzivne nege svih odeljenja hirurških grana medicine i pomnožen sa 100);
11) Broj umrlih pacijenata posle apendektomije (izveštava se kao apsolutni broj pacijenata umrlih usled apendektomije, u toku hospitalizacije);
12) Broj umrlih pacijenata posle holecistektomije (izveštava se kao apsolutni broj pacijenata umrlih usled holecistektomije, u toku hospitalizacije);
13) Procenat pacijenata koji su dobili sepsu posle operacije (izračunava se kao broj pacijenata koji su dobili sepsu posle operacije podeljen sa brojem operisanih pacijenata i pomnožen sa 100).

Takođe, ginekologija i akušerstvo posebno su obrađene u čl. 22 istog Pravilnika (**Tabela 4**)

Tabela 4. Pokazatelji kvaliteta koji se prate u ginekologiji i akušerstvu u Srbiji

1) Stopa letaliteta (izračunava se kao broj umrlih lica posle prijema na odeljenje ginekologije i akušerstva podeljen sa brojem lečenih na tom odeljenju i pomnožen sa 100);
2) Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema (izračunava se kao broj umrlih na odeljenju ginekologije i akušerstva u toku prvih 48 sati posle prijema podeljen sa brojem umrlih na tom odeljenju i pomnožen sa 100);
3) Broj trudnica i porodilja umrlih tokom hospitalizacije (izveštava se kao apsolutni broj trudnica i porodilja umrlih tokom hospitalizacije na odeljenju ginekologije i akušerstva);

4) Broj živorođene dece umrle do otpusta iz bolnice (izveštava se kao apsolutni broj živorođene dece umrle posle porođaja, a u toku hospitalizacije u porodilištu ili neonatološkom odeljenju porodilišta);
5) Prosečna dužina bolničkog lečenja (izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja na odeljenju ginekologije i akušerstva podeljen sa brojem hospitalizacija na tom odeljenju);
6) Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji (izračunava se kada se broj medicinskih sestara angažovanih na nezi bolesnika na odeljenju ginekologije i akušerstva podeli sa brojem zauzetih postelja na tom odeljenju);
7) Procenat porodilja koje su imale povredu pri porođaju (izračunava se se kao broj porodilja koje su imale povredu nastalu pri porođaju O70 - O71 prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10. revizija (MKB-10) podeljen sa ukupnim brojem porodilja pomnožen sa 100);
8) Procenat novorođenčadi koja su imala povredu pri rađanju (izračunava se se kao broj novorođenčadi koja su imala povredu nastalu pri rađanju P10 - P15 prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10. revizija (MKB-10) podeljen sa ukupnim brojem novorođenčadi i pomnožen sa 100);
9) Proc.enat porođaja obavljenih carskim rezom (izračunava se kao broj porođaja obavljenih carskim rezom podeljen sa ukupnim brojem porođaja i pomnožen sa 100);
10) Procenat obdukovanih (izračunava se kao broj obdukovanih podeljen sa ukupnim brojem umrlih pacijenata na odeljenju ginekologije i akušerstva i pomnožen sa 100);
11) Procenat podudarnosti kliničkih i obdukcioni dijagnoza (izračunava se kao broj kliničkih dijagnoza sa odeljenja ginekologije i akušerstva koje su potvrđene obdukcionim nalazom podeljen sa ukupnim brojem vraćenih izveštaja o obdukciji i pomnožen sa 100);
12) Procenat porođaja obavljenih u epiduralnoj anesteziji (izračunava se kao broj porođaja obavljenih u epiduralnoj anesteziji podeljen sa ukupnim brojem porođaja i pomnožen sa 100);
13) Prosečna dužina ležanja u bolnici za normalan porođaj (izračunava se kao broj dana hospitalizacije porodilja koje su imale normalan porođaj od O 80.0 do O 80.9 prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10. revizija (MKB-10), podeljen sa brojem tih porodilja);
14) Procenat pacijentkinja kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije na odeljenju ginekologije i akušerstva (izračunava se kao broj

pacijentkinja kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije podeljen sa ukupnim brojem pacijentkinja lečenih na intenzivnoj nezi odeljenja ginekologije i akušerstva i pomnožen sa 100);

15) Uključenost porodilišta u program "Bolnica prijatelj beba";

16) Procenat porođaja obavljenih uz prisustvo partnera ili člana porodice porodilje (izračunava se kao broj porođaja obavljenih uz prisustvo partnera ili člana porodice porodilje podeljen sa ukupnim brojem porođaja i pomnožen sa 100).

Dosadašnja istraživanja u našoj zemlji ukazuju na brojne probleme u funkcijama menadžmenta zdravstvenim ustanovama (Bjegović, 1991; Krstić i sar., 2019; Terzić-Šupić i sar., 2015). Izgovorima koji se odnose na krizu u okruženju opravdavaju se i nedostaci u, najčešće, centralizovanim procesima donošenja odluka, kao i nedoslednost u njihovom sprovođenju. Ustaljeno je mišljenje rukovodilaca (na različitim nivoima) u zdravstvenim ustanovama da se zbog brojnih ograničenja u okruženju, veštine i tehnike menadžmenta ne mogu primeniti za povećanje efikasnosti funkcionisanja zdravstvenih ustanova. Kako zdravstvenim ustanovama u našoj zemlji najčešće rukovode lekari kliničari, ustaljena je i zablude da su njihova poslediplomska edukacija, iz oblasti kliničkih grana medicine, kao i dugogodišnje radno iskustvo dovoljni za obavljanje funkcije menadžera.

Do danas, značajan broj istraživanja u svetu je urađen u oblasti uticaja zdravstvenog menadžmenta na učinak rada zdravstvenih ustanova (Wulff i sar, 2012; Beauchamp, 2005; Michaud i sar, 2016; Lee i sar, 2018). Smatra se i da razvoj lične odgovornosti zdravstvenih menadžera utiče na kvalitet pružanja usluga u zdravstvu (Bahnsen, 1988; Brent, 1992; Romano, 1991). Redovna upotreba informatičke tehnologije, na primer korišćenje World Wide Weba (u daljem tekstu: www) od strane menadžera ima pozitivan uticaj na rad zdravstvenih ustanova. Ilustrativni su primeri studija rađenih u SAD (Rioth i sar, 2016; Schall i sar, 2017) koje pokazuju da ovakva podrška doprinosi smanjenju troškova lečenja, smanjenju broja prijema u bolnicu, prosečne dužine hospitalizacije, broja izvedenih procedura, većem kvalitetu zaštite u smislu češćeg davanja opširnijih saveta pacijentima, unapređenja kliničkog odlučivanja i uštede vremena.

U Srbiji postoje sporadični istraživački radovi u oblasti zdravstvenog menadžmenta, ali bez sistematskog pristupa i izvođenja zaključaka kako on utiče na rad zdravstvenih ustanova. Nedovoljno je evidencija i istraživanja o modelima upravljanja u zdravstvenim ustanovama u Srbiji, kao i njihovog uticaja na parametre aktivnosti zdravstvene ustanove.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Predmet ovog istraživanja je analiza zdravstvenog menadžmenta hirurških klinika Kliničkog centra (KC) u Nišu, koji je jedan od nosioca promena u reformi zdravstvenog sistema Srbije. Predmet rada je usko povezan sa unapređenjem sistema zdravstvene zaštite u tercijarnim zdravstvenim ustanovama.

Osnovni cilj je utvrditi kvalitet veština menadžera hirurških klinika KC u Nišu i njihov značaj i uticaj na ključne pokazatelje učinka rada pomenutih klinika i motivaciju zaposlenih.

Posebni ciljevi istraživanja bili su:

1. Analiza uticaja postojećih modela rukovođenja i upravljanja hirurškim klinikama KC u Nišu na ključne pokazatelje njihovog kliničkog rada i motivaciju zaposlenih;
2. Uporedna analiza ključnih pokazatelja učinka rada hirurških klinika KC u Nišu u odnosu na slične zdravstvene ustanove u zemljama EU i u kontekstu preduzetih reformskih mera;
3. Izrada preporuka za unapređenje edukacije i rada menadžera hirurških klinika u Srbiji.

Krajnji cilj istraživanja je bio davanje predloga za unapređenje kvaliteta menadžerskih veština i unapređenje rada hirurškim klinikama kod nas.

3. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Postavljene hipoteze istraživanja se oslanjaju na definisane ciljeve rada koji će ukazati na eventualne prednosti i nedostatke menadžmenta u tercijarnoj zdravstvenoj ustanovi.

Postavljene hipoteze istraživanja koje se u ovom radu dokazuju ili opovrgavaju su sledeće:

1. Kvalitet menadžerskih veština utiče na ključne pokazatelje aktivnosti i efikasnosti rada hirurških klinika Kliničkog centra u Nišu, a samim tim i na kvalitet pruženih usluga zdravstvene zaštite.
2. Kvalitet menadžerskih veština utiče na motivaciju zaposlenih na hirurškim klinikama Kliničkog centra u Nišu, a samim tim i na kvalitet pruženih usluga zdravstvene zaštite.

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Za potrebe istraživanja upotrebljeno je više odabranih metoda koje su prilagođene istraživačkom području u vezi sa definisanom temom.

U prvom delu, istraživanje je rađeno kao kvalitativna studija sprovedena u zdravstvenoj ustanovi tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite (Kliničkom centru u Nišu) u periodu jun 2010 – mart 2017. godine.

Odlukom Etičkog komiteta Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu (broj 01-9337-5) i Etičkog komiteta Kliničkog centra u Nišu (broj 12999/6) istraživanje je odobreno.

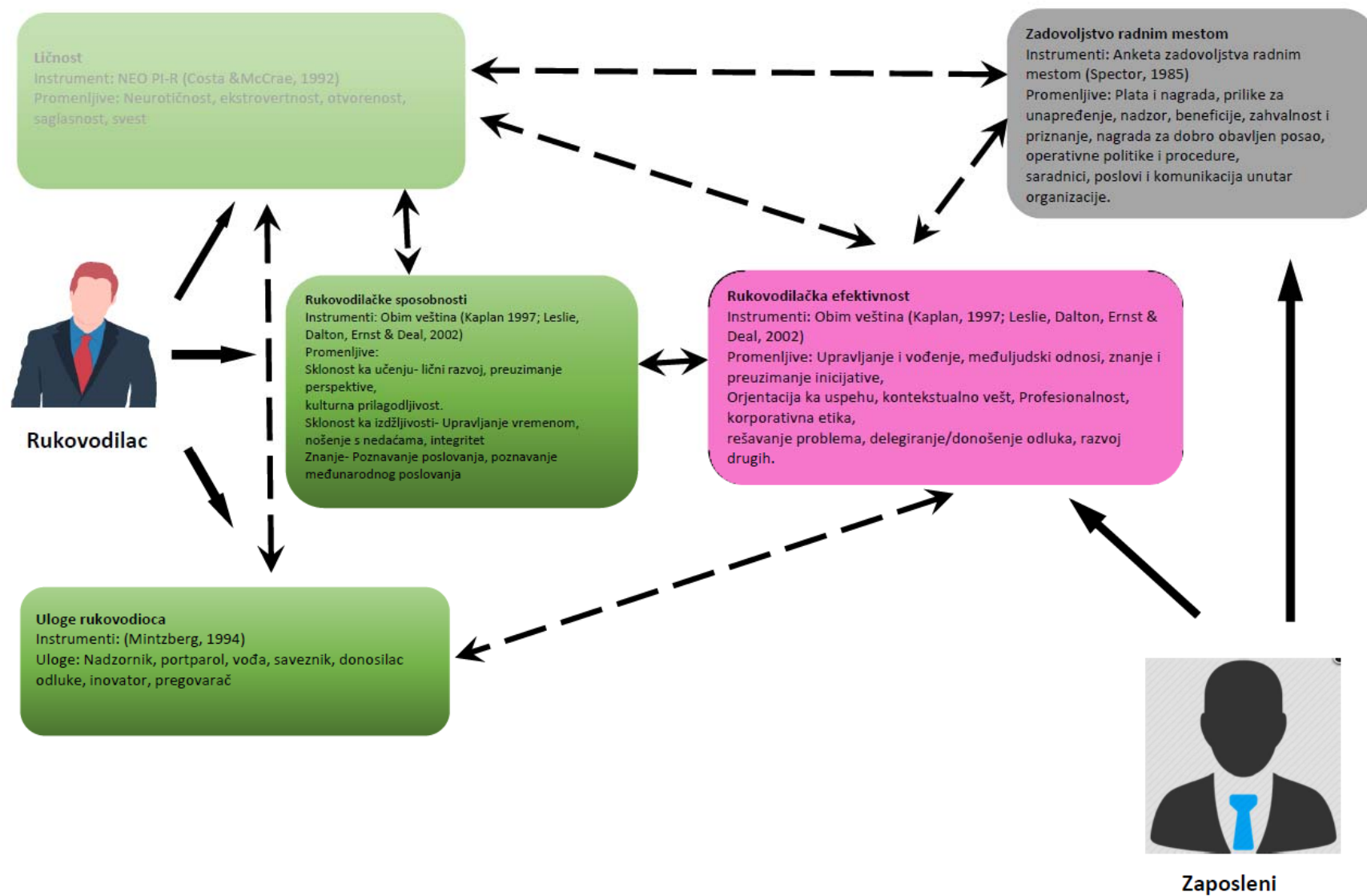
Na osnovu dostupnih upitnika iz literature sa sličnim ciljevima istraživanja, formiran je originalno konstruisan upitnik za procenu stavova, mišljenja i primenu zdravstvenog menadžmenta (Prilog 1). Upitnik je obuhvatao pitanja zatvorenog tipa (skala od 1 do 4, skala od 1 do 5, skala od 1 do 6, skala od 1 do 7), kao i pitanja otvorenog tipa. Glavne delove upitnika činile su celine: opšte karakteristike, stavovi i mišljenje, motivacija, liderske osobine, rukovođenje, menadžerske veštine, zadovoljstvo poslom (Prilog 1).

Za deo upitnika o motivaciji upotrebljen je upitnik iz literature uz dozvolu autora (Aščerić T, 2008).

Deo upitnika o liderskim osobinama je originalni upitnik LTQ (eng. Leadership trait questionnaire) (Northouse, 2010), pomoću kojeg se kvantifikuju percepcije posmatranog lidera i izabranih posmatrača. Mere se osobine pojedinca i ukazuje mu se na oblasti u kojima pokazuje posebne snage ili slabosti.

Deo upitnika o rukovođenju je modifikacija upitnika prof. Bjegović (Bjegović, 1991) koji se sastoji iz 15 pitanja, otvorenog i zatvorenog tipa o opštim karakteristikama rukovodioca, stav prema poslu koji obavlja i stav prema funkcijama rukovođenja (planiranje, organizacija, vođstvo, kontrola), kao i pitanje o potrebi poznavanja modernih metoda rukovođenja za uspešnog rukovodioca.

Deo upitnika o menadžerskim veštinama preuzet je od makedonskih autora (Rižoska, 2011) i prikazan je grafički (**Slika 2**).



Slika 2. Grafički prikaz dela upitnika koji se odnosi na međuzavisnost menadžerskih komponenti (Izvor: Rižoska B. 2011)

Deo upitnika o zadovoljstvu poslom je baziran na istraživanju po Spector E, 1994. koji se najčešće koristi u istraživanjima kad su u pitanju zaposleni u pružanju usluga u području socijalne delatnosti, kao i javnih i neprofitnih sektora. Pomoću 36 konstatacija svrstanih u 9 subskala upitnikom se procenjuje zadovoljstvo platom, napredovanjem, nadređenima, nagrađivanjem, vrednovanjem, pravilima i procedurama, saradnicima, komunikacijom i prirodom posla. Ispitanici procenjuju stepen slaganja s navedenim tvrdnjama. Završni deo upitnika je modifikacija upitnika iz Priručnika za samovrednovanje i vrednovanje rada škola Ministarstva prosvete i sporta Republike Srbije, Sektor za razvoj obrazovanja i međunarodnu prosvetnu saradnju – poglavlje "Rukovođenje, organizacija i obezbeđivanje kvaliteta" (Ministarstvo prosvete i sporta RS, 2005). Za modifikaciju upitnika je korišćen motivacioni upitnik i upitnici o liderstvu po Northausu (Northouse, 2010). Preuzeto je dvanaest pitanja zatvorenog tipa sa ciljem duple provere prethodnih odgovora. Pitanja su preuzeta iz Oblasti 7: rukovođenje, organizacija i obezbeđivanje kvaliteta. Ispitanik istovremeno procenjuje tačnost tvrdnje, kao i važnost datog iskaza.

Primarno istraživanje je sprovedeno metodom ankete upotrebom anonimnog upitnika koji je distribuiran na svih 11 hirurških klinika. Ukupno je podeljeno 300 upitnika, s tim da je analizirano 158 validnih upitnika.

Upitnik je popunilo 9 direktora hirurških klinika KC Niš (od 11 postojećih). Od zaposlenih na hirurškim klinikama upitnik je popunilo 25% od ukupnog broja zaposlenih (n=158). Prvobitnim planom istraživanja bilo je postavljeno da se anketiraju i direktor KC Niš, kao i zaposleni u upravi KC Niš na rukovodećim mestima. Međutim, u okolnostima otvaranja nove zgrade KC Niš i velikog angažovanja i zauzetosti menadžmenta, moralo je doći do modifikacije koja nije ključna za primarno istraživanje. Dakle, direktor KC i rukovodioci iz Uprave nisu popunili pomenuti upitnik.

Nakon sprovedenog anketiranja i preliminarne analize dobijenih podataka iz upitnika, organizovan je intervju sa zaposlenim na pomenutim klinikama, koji su odabrani metodom slučajnog izbora među zaposlenima na hirurškim klinikama (n=52), i intervjuisani pitanjima 'otvorenog i poluotvorenog tipa'. Metoda intervjuja, osim znanja, stavova i ponašanja, analizira i emocije koje prate iste (Verhoef i sar, 2015; Matejić, 2012). Na intervju je pozvano 55 ispitanika, ali je 3 odustalo od intervjuja iz objektivnih razloga. Postavljeno je ukupno 5 pitanja u vezi unapređenje rada i aktivnosti hirurških klinika.

Postavljena su sledeća pitanja: Kada bi ste postali rukovodilac, šta je to što bi ste želeli da naučite da bi ste bili izuzetan rukovodilac?; Šta 'zavisi' od direktora klinike?; Šta su pravi indikatori rada - merenja aktivnosti, uspešnosti?; Da li direktor može/mora da bude

lekar?; Da ste Vi rukovodilac, šta bi ste odmah promenili ili uveli kao novinu? Intervjui su vođeni van klinika i prilagođeni obavezama i slobodnom vremenu ispitanika. Ispitanici su kontaktirani telefonom, obavešteni ukratko o svrsi razgovora i orjentacionom trajanju istog. Podaci su beleženi na flip chartu, a potom analizirani.

Intervjui su vođeni od strane profesionalnog i iskusnog moderatora (psiholog), prethodno upoznatog sa sadržajem celokupnog istraživanja uz pomoć istraživača. Trajanje jednog intervjuja kretalo se od 15 do 25 minuta i svi su sprovedeni u toku 15 dana.

Svi ispitanici su bili obavešteni o svrsi i poverljivosti informacija i njihovom korišćenju.

Kao najčešće korišćen model u kvalitativnim istraživanjima, upotrebljena je pažljivo planirana diskusija u okviru male grupe ispitanika (Matejić, 2012). Organizovana je diskusija u okviru pet fokus grupa koje su obuhvatile zaposlene radnike 11 hirurških klinika KC u Nišu i predstavnika Uprave KC, čime se omogućilo prepoznavanje postojećih problema, iznošenje mogućih rešenja, kao i definisanje prioriteta.

Organizovano je pet fokus grupa sa sledećim temama: hitni slučajevi i politrauma, ambulantni pregledi, bolničko lečenje i prijem, dnevna hirurgija, operacioni blok i anesteziološke usluge, informaciona tehnologija i organizacija rada. Grupe su se sastojale od 7 učesnika.

U ovom istraživanju fokus grupe su korišćene kao metoda unakrsnog kontrolisanja/potvrđivanja rezultata dobijenih u upitniku, ali i za prikupljanje stavova i mišljenja o potencijalnim merama unapređenja rada klinika. Fokus grupe činili su 2 medicinske sestre, 4 lekara i 1 nezdravstveni radnik. Kriterijumi za učešće u radu fokus grupe su bili dostupnost, kooperativnost, dugogodišnje iskustvo u radu klinike, ravnopravnost u zastupljenosti odnos lekar-medicinska sestra i odnos ženski-muški pol. Rad fokus grupa je trajao od 30 minuta do 2 sata.

Rad fokus grupe je vodio profesionalni moderator sa iskustvom u vođenju fokus-grupa (psiholog) uz pomoć istraživača. Proces je zabeležen audio zapisom, i fotografijama, a mišljenja i stavovi zabeleženi na flip-chart papiru.

Moderator je na početku objasnio svrhu i metod rada fokus-grupe, kao i tematske celine kroz koje će se proći. Moderator je usmeravao diskusiju i vodio računa o vremenskom ograničenju i zastupljenosti svih učesnika (**Tabela 5**). Obradeno je pet celina koje predstavljaju okosnicu rada svake hirurške klinike. Učesnici su govorili o "teškoćama-izazovima" sa kojima se susreću u svakodnevnom radu, kao i "mogućnostima" za njihovo prevazilaženje. Posle prikupljanja ideja od učesnika o faktorima spoljašnjeg i unutrašnjeg

okruženja, oni su analizirani i svrstani od strane istraživača u jednu od kategorija za SWOT analizu ispitanih hirurških klinika (snage, engl. strengths, slabosti, engl. weaknesses, mogućnosti, engl. opportunities, pretnje, engl. threats). U analizi su korišćeni socijalno, tehnološko, ekonomsko i političko okruženje klinika, i definisane su potrebe korisnika klinika (Terzić i sar., 2010).

Tabela 5. SWOT analiza - Pitanja za identifikovanje snaga, slabosti, mogućnosti i pretnji

SWOT	Pitanja
Snage (Strengths)	Šta nas čini posebnim i specifičnim?
	Šta radimo dobro?
	Koja iskustva imamo?
	Koju korist hoćemo?
	Gde pravimo novac?
	Šta drugi vide kao našu snagu?
Slabosti (Weaknesses)	Šta radimo loše?
	Šta treba da izbegavamo?
	Gde gubimo novac?
	Koji nam resursi nedostaju?
	Odakle dolaze žalbe?
Mogućnosti (Opportunities)	Koji nam trendovi i dešavanja u spoljašnjem okruženju pomažu?
	Koja je naša najveća spoljašnja mogućnost?
Pretnje (Threats)	Koji nam trendovi i dešavanja u spoljašnjem okruženju odmažu?
	Koja je naša najveća spoljašnja pretnja?

Izvor: Terzić i sar., 2010

SWOT analiza omogućila je realnu procenu trenutne situacije u hirurškim klinikama tj. situacionu analizu koja obezbeđuje formulisanje budućih strateških pravaca u ovim zdravstvenim ustanovama (Dheepa, 2016; Bjegović-Mikanović, 2014).

U drugom delu istraživanja, definisani su i dodatni izvori podataka za analizu aktivnosti hirurških klinika. U skladu sa nacionalnim pozitivnim zakonskim propisima i dostupnom domaćom i inostranom literaturom kao što su naučni i stručni radovi, strategije i izveštaji čiji je predmet istraživanja menadžment u tercijarnim zdravstvenim ustanovama definisani su ključni pokazatelji učinka rada hirurških klinika Kliničkog centra u Nišu. Podaci u vezi utvrđenih pokazatelja dobijeni su za period od 2010-2014 od strane menadžmenta

ustanove i analiza je rađena za odabrane indikatore (**Tabela 6**) uspešnosti rada propisanih od strane Ministarstva zdravlja Pravilnika o Pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite ("Sl. glasnik RS", br. 49/2010), Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o obaveznim pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite 2007, 2011, Institut za zaštitu zdravlja RS.

Tabela 6. Odabrani indikatori rada ispitanih hiruških klinika

Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema (izračunava se kao broj umrlih na odeljenjima hiruških grana medicine u toku prvih 48 sati posle prijema na ta odeljenja podeljen sa brojem umrlih lica na tim odeljenjima i pomnožen sa 100)
Prosečna dužina bolničkog lečenja (izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja na odeljenjima hiruških grana medicine podeljen sa brojem hospitalizacija na tim odeljenjima);
Prosečan broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji po hirurgu (Izračunava se kao broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji u hiruškim salama podeljen sa brojem hirurga uključenih u operativni program zdravstvene ustanove);
Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji (izračunava se kao broj medicinskih sestara angažovanih na nezi bolesnika u bolnici podeljen sa brojem zauzetih postelja u bolnici);
Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije na svim odeljenjima hiruških grana medicine (izračunava se kao broj pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije podeljen sa ukupnim brojem pacijenata lečenih na odeljenjima intenzivne nege svih odeljenja hiruških grana medicine i pomnožen sa 100);

Nakon analize upitnika i dobijenih rezultata o veštinama i tehnikama upravljanja, liderstvu i motivaciji na hiruškim klinikama KC Niš, urađena je kritička i komparativna analiza u odnosu na trend i pokazatelje aktivnosti klinika, kao i u odnosu na trendove u reformama bolničkih ustanova zemalja članica EU (OECD, 2009; European Observatory, 2019).

4.1. Statistička obrada podataka

Prilikom obrade podataka prikupljenim anketama i intervjuom, primenjena je i deskriptivno-statistička obrada, koja obuhvata metode prikupljanja, sređivanja i prikazivanja podataka. Od deskriptivnih statističkih metoda su korišćeni: aritmetička sredina (\bar{X}) i standardna devijacija (SD), odnosno minimalna i maksimalna vrednost. Učestalost kategorijskih obeležja prikazana je u vidu apsolutnih i relativnih brojeva (%). Testiranje normalnosti podataka vršeno je Kolmogorov Smirnov testom. Za poređenje kontinuiranih obeležja u dva uzorka, ukoliko je normalna distribucija korišćen je t test, ukoliko distribucija nije normalna korišćen je Mann-Whitney test. Poređenje kontinuiranih varijablu između tri grupe vršeno je Kruskal-Wallis ovim testom, kao post hoc analiza korišćen je Mann-Whitney test. Poređenje učestalosti različitih obeležja vršeno je Hi-kvadrat (χ^2) testom. Hipoteza je testirana sa pragom značajnosti $p < 0,05$. Statistička obrada podataka vršena je u programskom paketu SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

5. REZULTATI

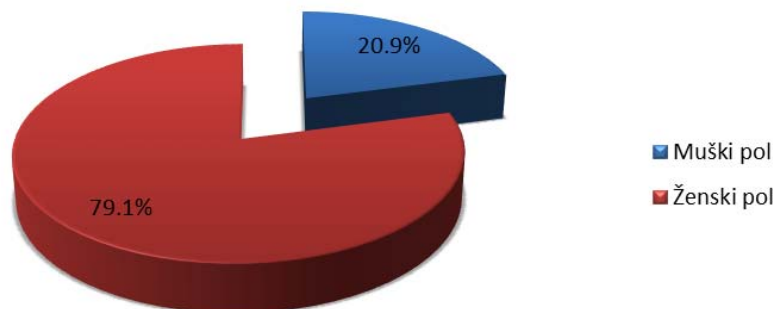
5.1. Analiza podataka iz upitnika

Statistička analiza rezultata koji su dobijeni anketiranjem ispitanika grupisana je shodno delovima upitnika u šest celina.

5.1.1. Opšte karakteristike ispitanika

Analiza je obuhvatila 158 upitnika koje su popunili zaposleni na hirurškim klinikama KC Niš (grafikon 1).

Među ispitanicima su dominirale osobe ženskog pola (grafikon 1) i one su činile skoro četiri petine uzorka (79,1%).



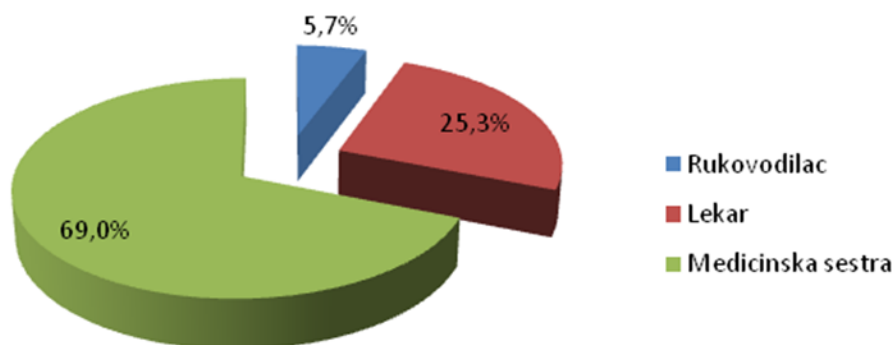
Grafikon 1. Struktura ispitanika prema polu

Struktura anketiranih ispitanika prema uzrastu prikazana je u **Tabeli 7**. Najveći broj ispitanika je pripadao uzrasnoj kategoriji 36-45 godina (36,7%), dok su uzrasne kategorije mlađi od 35 godina (27,2%) i 46-55 godina bile slično zastupljene (26,6%) i obuhvatile nešto više od četvrtine uzorka. Utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u uzrastu ispitanika u odnosu na pol ($p=0,882$).

Tabela 7. Distribucija anketiranih ispitanika prema uzrastu

Uzrast (godine)	Muški		Ženski		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
26-35	9	27,3	34	27,2	43	27,2
36-45	13	39,4	45	36,0	58	36,7
46-55	9	27,3	33	26,4	42	26,6
56-65	2	6,1	13	10,4	15	9,5

U ispitanom uzorku dominirali su zdravstveni radnici bez rukovodeće funkcije: medicinske sestre/tehničari - 109 tj. 69,0%, lekari – 40 tj. 25,3%. Međutim anketirano je i 9 zdravstvenih radnika sa rukovodećim funkcijama tj. 5,7% (grafikon 2).



Grafikon 2. Distribucija ispitanika prema zanimanju

Među ispitanicima muškog pola dominirali su lekari (23 tj. 69,7%), a među ispitanicama ženskog pola - medicinske sestre i to 104 tj. 83,2% (**Tabela 8**).

Tabela 8. Distribucija ispitanika prema polu

Zanimanje	Muški		Ženski	
	Broj	%	Broj	%
Rukovodilac	5	15,2	4	3,2
Lekar	23	69,7	17	13,6
Medicinska sestra	5	15,2	104	83,2

Distribucija ispitanika u odnosu na godine obrazovanja prikazana je u **Tabeli 9**. Tačno polovinu ispitanika u našem istraživanju činili su zdravstveni radnici sa srednjom školom, 7% ispitanika se školovalo 12-15 god, a 43% ima preko 15 god obrazovanja.

Tabela 9. Distribucija ispitanika prema obrazovanju

Godine obrazovanja	Muški		Ženski		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
12god	6	18,2	73	58,4	79	50,0
12-15god	0	0,0	11	8,8	11	7,0
15-16 god	1	3,0	18	14,4	19	12,0
Preko 17 god	26	78,8	23	18,4	49	31,0

Među ispitanicima je bilo 142 (89,7%) stalno zaposlenih zdravstvenih radnika Kliničkog centra. Samo 16 ispitanika ili tek svaki deseti (10,3%) je imao ugovor na određeno vreme.

U **tabeli 10** je prikazana struktura ispitanika u odnosu na mesto zaposlenja. Skoro trećinu ispitanika činili su zaposleni Ginekološko-akušerske klinike (44 tj. 27,8%), dok je najmanje ispitanika bilo zaposleno na Neurohiruškoj klinici (7 tj. 4,4%). Najveći broj anketiranih muškaraca radi na Klinici za plastičnu hirurgiju (21,9%), a najveći broj ispitanih osoba ženskog pola radi na Ginekološko-akušerskoj klinici (32,8%).

Tabela 10. Struktura ispitanika prema mestu zaposlenja

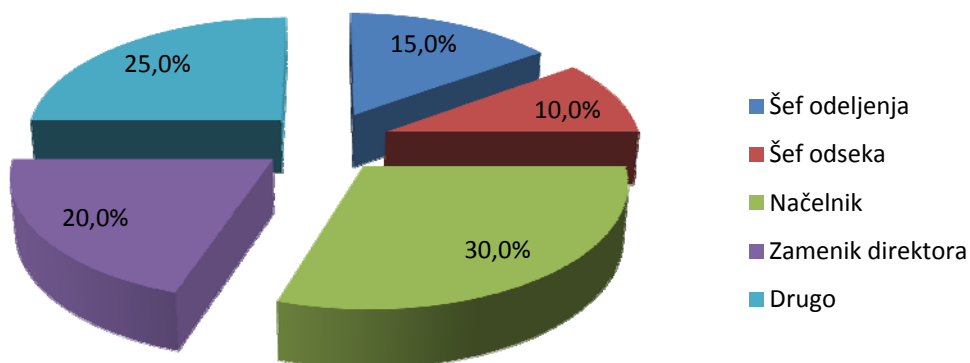
Mesto zaposlenja	Muški		Ženski		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Klinika za očne bolesti	2	6,2	14	11,2	16	10,1
Klinika za bolesti uva, grla i nosa	2	6,2	9	7,2	11	7,0
Klinika za dečiju hirurgiju i ortopediju	3	9,1	13	10,4	16	10,1
Klinika za ginekologiju i akušerstvo	3	9,1	41	32,8	44	27,8
Klinika za opštu hirurgiju	4	12,5	10	8,0	14	8,9
Klinika za ortopediju i traumatologiju	3	9,4	5	4,0	8	5,1
Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju	7	21,9	5	4,0	12	7,6
Klinika za kardiovaskularnu hirurgiju	1	3,1	5	4,0	6	3,8
Klinika za urologiju	5	15,6	6	4,8	11	7,0
Klinika za neurohirurgiju	1	3,1	6	4,8	7	4,4
Centar za minimalno invazivnu hirurgiju	2	6,2	11	8,8	13	8,2

Među anketiranim ispitanicima najčešće su bili zastupljeni zaposleni sa radnim stažom 6-15 godina i to 29,7% (**Tabela 11**). Kod muških ispitanika su podjednako bili zastupljeni ispitanici sa radnim stažom 6-15 godina, skoro trećina zaposlenih (30,3%) i 16-20 godina (33,3%). Među ispitanicama su dominirale zaposlene sa radnim stažom 6-15 godina (29,6%). Uvrđeno je da nema statistički značajne razlike u dužini radnog staža u odnosu na pol ispitanika iz uzorka ($p=0,055$).

Tabela 11. Distribucija ispitanika prema radnom stažu

Radni staž (godine)	Muški		Ženski		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
<5	3	9,1	14	11,2	17	10,8
6-15	10	30,3	37	29,6	47	29,7
16-20	11	33,3	25	20,0	36	22,8
21-25	7	21,2	18	14,4	25	15,8
26-30	0	0,0	19	15,2	19	12,0
31-35	2	6,1	11	8,8	13	8,2
36-40	0	0,0	1	0,8	1	0,6

Većina ispitanika koji su ikada bili na rukovodećoj funkciji se izjasnila da je bila na poziciji načelnika odeljenja (30%). Na poziciji zamenika direktora klinika je bilo 20% ispitanika, dok je na poziciji šefa odeljenja bilo 15% ispitanika, a na poziciji šefa odseka bilo je 10% ispitanika (Grafikon 3).



Grafikon 3. Distribucija pozicije menadžera među ispitanicima

5.1.2. Znanje i stavovi ispitanika u vezi menadžmenta

Prema rezultatima ankete, sa značenjem pojma menadžment u zdravstvu upoznato je preko polovine ispitanika (55,1%), odnosno 60,6% muškaraca i 53,5% žena. Utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u poznavanju pojma menadžment u zdravstvu u odnosu na pol ispitanika ($p=0,679$). Pojam menadžmenta u zdravstvu smatra da delimično poznaje preko trećine ispitanika ili 36,7%, odnosno 30,3% muškaraca i 38,6% žena (**Tabela 12**).

Tabela 12. Distribucija odgovora na pitanje: Da li vam je poznato značenje pojma menadžment u zdravstvu?

Odgovor	Muški		Ženski		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Da	20	60,6	67	53,5	87	55,1
Ne	3	9,1	10	7,9	13	8,2
Delimično	10	30,3	48	38,6	58	36,7

Posmatrano prema zanimanju, sa pojmom menadžment u zdravstvu upoznato je 75,0% rukovodilaca, 60% lekara i 51,5% medicinskih sestara. Utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u poznavanju pojma menadžment u zdravstvu u odnosu na zanimanje ispitanika ($p=0,545$).

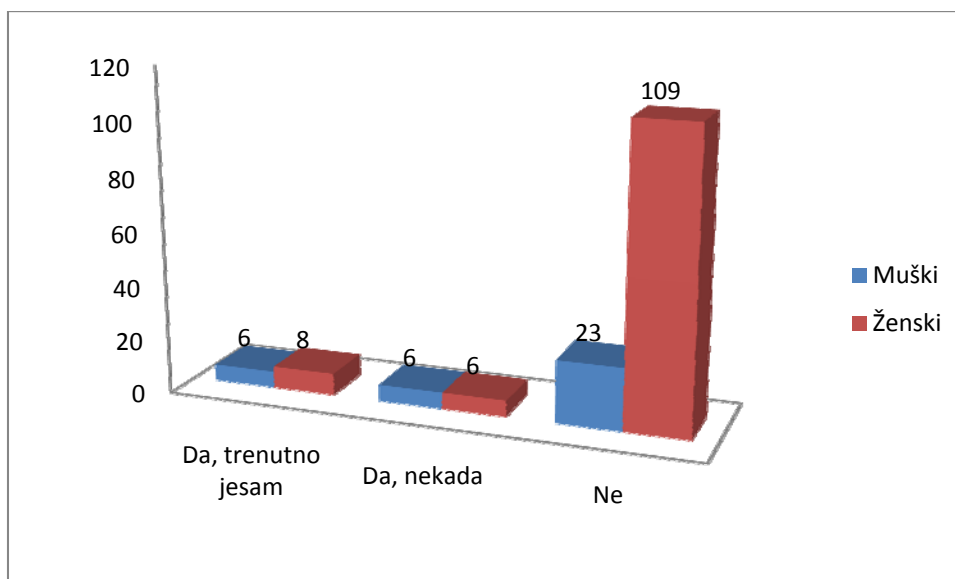
Većina ispitanika kojima je pojam menadžmenta u zdravstvu poznat se izjasnilo da se sa značenjem pojma upoznalo iz dnevne štampe (40,5%), a nešto manji broj iz stručnih časopisa i literature (36,1%). Tačno polovina ispitanika muškog pola se izjasnila da su o menadžmentu u zdravstvu saznali iz dnevne štampe, a iz stručnih časopisa i literature - 40%. Ispitanice su upoznate sa terminom putem dnevne štampe (37,4%) i stručnih časopisa i literature (34,8%) (**Tabela 13**).

Tabela 13. Izvor informacija u vezi pojma menadžment u zdravstvu (n=145)

Izvor informacija u vezi pojma menadžment u zdravstvu	Muški		Ženski		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Dnevne štampe	15	50,0	43	37,4	58	40,4
Stručnih časopisa i literature	12	40,0	40	34,8	52	36,1
Na osnovu pohađanja kursa/radionice	3	10,0	13	11,3	16	10,8
Imam akademsko znanje menadžera	0	0,0	3	2,6	3	1,9
Ostalo	0	0,0	16	13,9	16	10,8
Ukupno	30	100	115	100	145	100

Ispitanici koji nisu ili su delimično čuli o pojmu menadžment u zdravstvu (n=71), većina se izjasnila da su zainteresovani da se upoznaju sa pojmom, 53 ispitanika (74,6%). Većina ispitanika (62,7%), i to 62,5% direktora, 73,1% lekara i 56,2% medicinskih sestara/tehničara se slaže da svaki medicinski radnik treba da bude upoznat sa osnovama menadžmenta u zdravstvu. Sa ovom konstatacijom se ne slaže samo 6,3% ispitanika. Utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u distribuciji tvrdnje da svaki medicinski radnik treba da bude upoznat sa osnovama menadžmenta u zdravstvu, u odnosu na zanimanje ispitanika ($p=0,545$).

U ispitivanoj populaciji, 132 anketiranih (85,7%) nikada nije imalo rukovodeću funkciju, i to među muškim ispitanicima 109 (69,7%), a među ženskim ispitanicama 23 (90,1%). Rukovodeću funkciju u vreme istraživanja imalo je 14 ispitanika (9,1%) (grafikon 4).



Grafikon 4. Distribucija ispitanika koji su bili na rukovodećoj funkciji u zdravstvu

Shodno odgovorima anketiranih, većina (69,6%) smatra da direktor klinike treba da bude lekar, a to smatra 75,0% direktora hiruških klinika, 68% lekara specijalista i 70,3% medicinskih sestara/tehničara. Utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u stavovima ispitanika, u vezi toga da direktor klinike treba da bude lekar, u onosu na zanimanje ($p=0,929$). Sa prethodnom konstatacijom se uopšte ne slaže samo 12,7% zaposlenih. Prema mišljenju skoro četvrtine anketiranih (24,1%), direktor klinike treba da bude osoba van zdravstvene ustanove i to smatra 12,5% rukovodilaca, 25% lekara i 17,7% medicinskih sestara/tehničara. Sa pomenutom konstatacijom se ne slaže preko polovine ispitanika, ili 55,1% (Tabela 14).

Tabela 14. Stavovi ispitanika prema rukovođenju

Stav	Ne slažem se		Delimično se slažem		Nisam siguran		Slažem se		U potpunosti se slažem	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Svaki medicinski radnik treba da bude upoznat sa osnovama menadžmenta u zdravstvu	10	6,3	30	19,0	19	12,0	45	28,5	54	34,2
Direktor klinike treba da bude lekar	20	12,7	11	7,0	17	10,8	25	15,8	85	53,8
Direktor klinike treba da bude van zdravstvene profesije	87	55,1	15	9,5	18	11,4	14	8,9	24	15,2

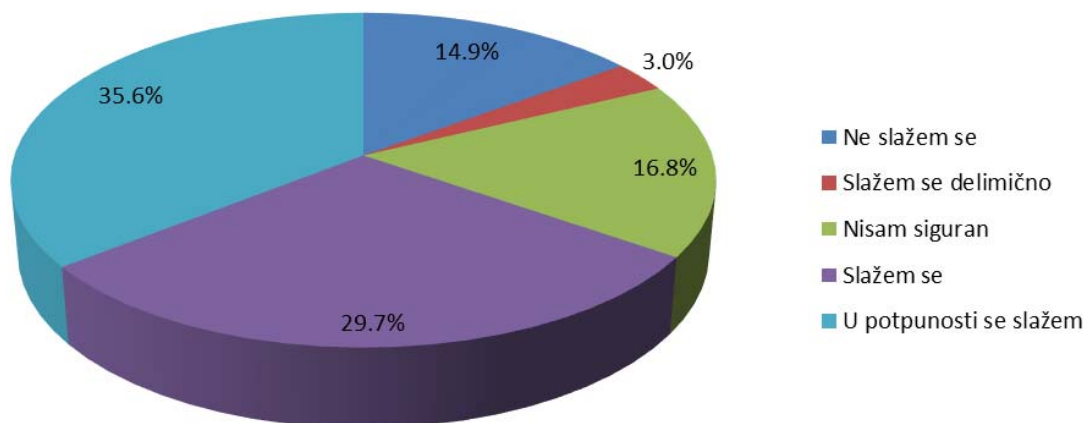
Utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u stavovima ispitanika, u vezi toga da direktor klinike treba da bude osoba van zdravstvene ustanove, u onosu na zanimanje ($p=0,649$).

Rangirajući menadžerske veštine (ocenama od 1 do 5), ispitanici su najveću važnost dali motivaciji zaposlenih (4,89), a zatim predstavljanju klinike (4,82). Ostale veštine su ujednačene i prosečno su rangirane 4,63 - 4,75. Menadžerska veština koja je najslabije rangirana od strane ispitanika je inovativnost (4,63) (**Tabela 15**).

Tabela 15. Stavovi ispitanika o važnosti menadžerskih veština

Veštine	Ocena ($\bar{X} \pm SD$)
Motivacija	4,89±0,59
Predstavljanje klinike	4,82±0,74
Upravljanje informacijama	4,74±0,83
Pregovaranje	4,71±0,72
Donošenje odluka	4,71±0,76
Gradenje mreže kontakata	4,69±0,68
Liderstvo	4,68±0,83
Organizacija vremena	4,64±0,77
Upravljanje ljudima	4,64±0,88
Inovativnost	4,63±0,87

Sa tvrdnjom: "Jedan čovek ne može posedovati sve veštine uspešnog/idealnog upravljanja" ne slaže se – 23 ispitanika (14,9%), slaže se delimično ili potpuno – 108 (68,3%) ispitanika, a nije sigurno – 27 (16,8%) (Grafikon 5). Ispitanike, koji se slažu da jedna osoba ne može posedovati sve veštine uspešnog upravljanja, čine svi rukovodioci (100%), 69,2% lekara i 59,1% medicinskih sestara/tehničara. Utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u stavovima ispitanika, u vezi toga da jedna osoba ne može posedovati sve veštine uspešnog upravljanja, u onosu na zanimanje ($p=0,510$).



Grafikon 5. Distribucija odgovora na tvrdnju "Jedan čovek ne može posedovati sve veštine uspešnog upravljanja"

U ispitivanoj populaciji preko dve trećine (77,7%) ispitanika se izjasnilo da u određenoj meri u njihovoj ustanovi ima problema u planiranju, odnosno manje od polovine (41%) ispitanika smatra da su problemi prisutni u manjoj meri, a 36,7% ispitanika smatra da su prisutni u većoj meri. Gotovo identičan procenat ispitanika se izjasnio da u nekoj meri problema ima i u organizaciji rada (77,8%) i to trećina (32,1%) smatra da su problemi u manjoj meri prisutni, dok skoro polovina (45,7%) ispitanika smatra da su problemi prisutni u većoj meri. Takođe, shodno mišljenju trećine ispitanika (75,3%) u nekoj meri postoji problem u koordinaciji između službi, odnosno 41,5% smatra da su prisutni problemi u manjoj meri, a 33,8% da su prisutni veći problemi. Da su problemi u radnoj disciplini prisutni, smatra 72,5% ispitanika, odnosno, da su manje prisutni smatra 41,5%, dok trećina ispitanika (31%) smatra da su to problemi u većoj meri prisutni. Velika većina ispitanika (80,1%) smatra da su prisutni problemi u međuljudskim odnosima. Takođe, da su problemi u nekoj meri prisutni u komunikaciji, smatra 78,1% ispitanika. Prema mišljenju ispitanika, problemi su prisutni najviše u oblasti međuljudskih odnosa, smatra 80,1% ispitanika, a najmanje u oblasti radne discipline po mišljenju 72,5% ispitanika (**Tabela 16**).

Tabela 16. Stavovi ispitanika u vezi osnovnih komponenti rukovođenja

Komponente rukovođenja	Nema problema		U manjoj meri su prisutni problemi		U velikoj meri su prisutni problemi		Izuzetno veliki problemi	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Planiranje	31	22,3	57	41,0	34	24,5	17	12,2
Organizacija rada	31	22,1	45	32,1	41	29,3	23	16,4
Koordinacija između službi	35	24,6	59	41,5	37	26,1	11	7,7
Radna disciplina	38	26,8	59	41,5	28	19,7	16	11,3
Međuljudski odnosi	27	18,9	57	39,4	31	21,8	27	18,9
Komunikacija	30	21,1	56	39,4	31	21,8	24	16,9

U **tabeli 17** prikazana je međuzavisnost osnovnih komponenti rukovođenja prema stavovima ispitanika.

Tabela 17. Međuzavisnost osnovnih komponenti rukovođenja prema stavovima ispitanika

Komponente rukovođenja		Organizacija	Koordinacija	Radna disciplins	Međuljudski odnosi	Komunikacija
Planiranje	r	0,705*	0,874**	0,777**	0,682*	0,726*
	p	0,015	<0,001	0,005	0,021	0,011
Organizacija	r	1,000	0,790**	0,624*	0,753**	0,680*
	p		0,004	0,040	0,007	0,021
Koordinacija	r		1,000	0,823**	0,659*	0,681*
	p			0,002	0,027	0,021

r-koeficijent proste linearne korelacije, p-vrednost, *p<0,05, ** p<0,01



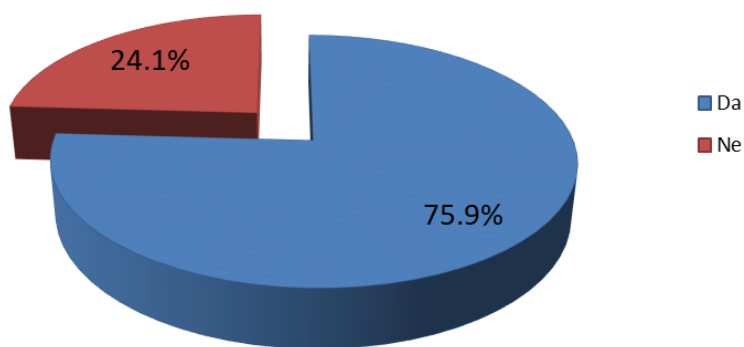
Utvrđeno je da postoji statistički značajna pozitivna međuzavisnost između komponenti rukovođenja: planiranje, organizacija i koordinacije i organizacije, koordinacije, radne discipline, međuljudskih odnosa i komunikacije (**Tabela 17**).

U ispitivanoj populaciji 60,6% zaposlenih smatra da njihova klinika ima viziju, 60,2% smatra da njihova ustanova ima misiju, zatim 48,2% zaposlenih smatra da njihova ustanova ima strategiju razvoja za period 5 godina, 78,3% zaposlenih smatra da njihova klinika ima godišnje ciljeve, 66,7% zaposlenih smatra da njihova klinika ima godišnji akcioni plan i 56,0% smatra da njihova klinika poseduje indikatore merenja uspešnosti postavljenih ciljeva (**Tabela 18**).

Tabela 18. Stavovi ispitanika u vezi parametara razvoja klinike

Parametar	Broj	%
Vizija	96	60,6
Misija	95	60,2
Strategija razvoja za period 5 godina	76	48,2
Godišnji ciljevi	124	78,3
Godišnji akcioni plan	105	66,7
Indikatori merenja uspešnosti postavljenih ciljeva	88	56,0

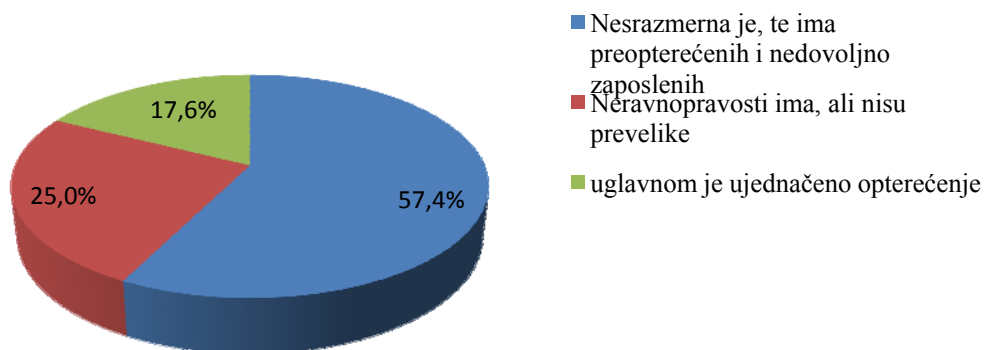
Prema mišljenju dve trećine ispitanika (75,9%), direktorima je potrebna edukacija iz oblasti “menadžerskih veština”. Takođe, ovo smatra 75,0% ispitanih rukovodioca hiruških klinika, 65,8% lekara i 80,2% medicinskih sestara/tehničara. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u stavu ispitanika u vezi potrebe edukacije direktora iz oblasti menadžerskih veština, u odnosu na zanimanje ($p=0,231$) (Grafikon 6).



Grafikon 6. Distribucija odgovora na tvrdnju: “Za funkciju direktora neophodna je edukacija iz oblasti menadžerskih veština”

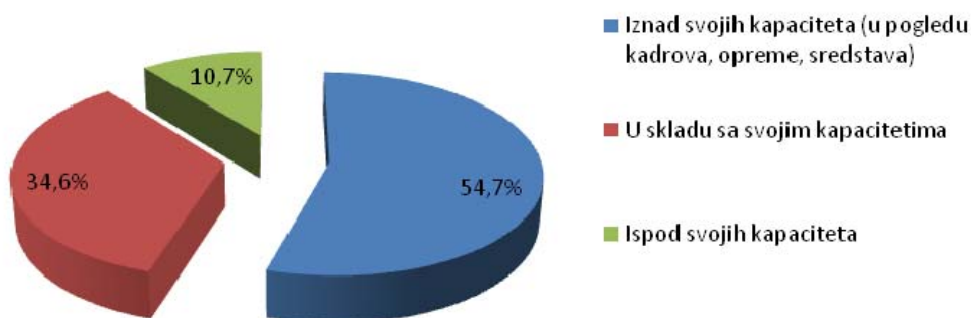
U ispitivanoj populaciji 85 zaposlenih, tj. preko polovine (57,4%) smatra da je podela zadataka u njihovoj ustanovi nesrazmerna, ima preopterećenja i nedovoljno je zaposlenih. Polovina (50,0%) direktora, 57,9% lekara specijaliste i 57,8% medicinskih sestara/tehničara ima stav da je podela zadataka u njihovoj organizaciji neodgovarajuća. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima vezanim za podelu zadataka u odnosu na zanimanje ($p=0,285$). Četvrtina ispitanika (37 tj. 25%) smatra da neravnopravnosti ima, ali

nisu prevelike, dok 26 zaposlenih, odnosno 17,6% smatra da je uglavnom ujednačeno opterećenje zaposlenih (Grafikon 7).



Grafikon 7. Distribucija odgovora ispitanika o podeli zadataka na klinikama

Preko polovine anketiranih (54,9%) smatra da zaposleni u njihovoj zdravstvenoj ustanovi rade iznad svojih kapaciteta, 34,6% smatra da radi u skladu sa kapacitetima, a 10,5% smatra da radi ispod svojih kapaciteta (grafikon 8).



Grafikon 8. Stavovi ispitanika u vezi propterećenosti zaposlenih

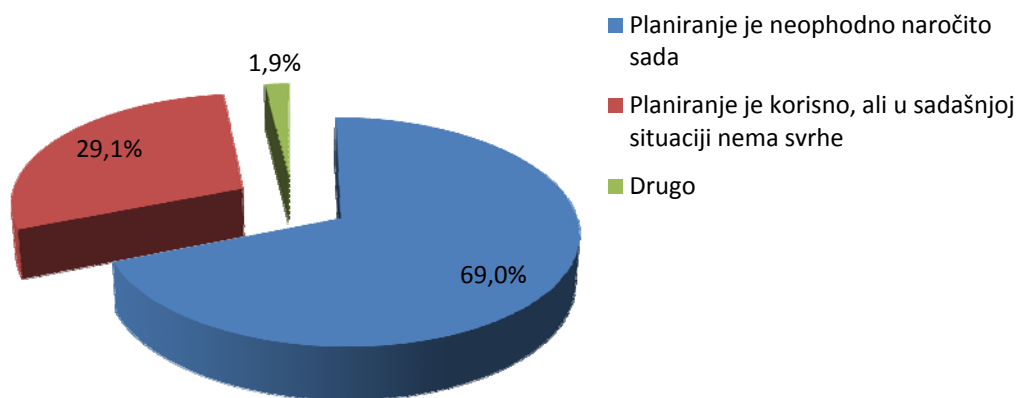
Direktori i lekari najčešće smatraju da zaposleni u ustanovi rade iznad svojih kapaciteta (66,7% odnosno 64,1%), kao i polovina (50,5%) medicinskih sestara. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima ispitanika u vezi preopterećenosti zaposlenih prema zanimanju ($p=0,238$) (Tabela 19).

Tabela 19. Stavovi ispitanika u vezi preopterećenosti zaposlenih prema zanimanju ispitanika

Stav	Rukovodilac		Lekar		Medicinska sestra		p ¹
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	
Rade iznad svojih kapaciteta (u pogledu kadrova, opreme, sredstava)	6	66,7	25	64,1	53	50,5	0,238
Rade u skladu sa svojim kapacitetima	3	33,3	9	23,1	41	39,0	
Rade ispod svojih kapaciteta	0	0,0	5	12,8	11	10,5	

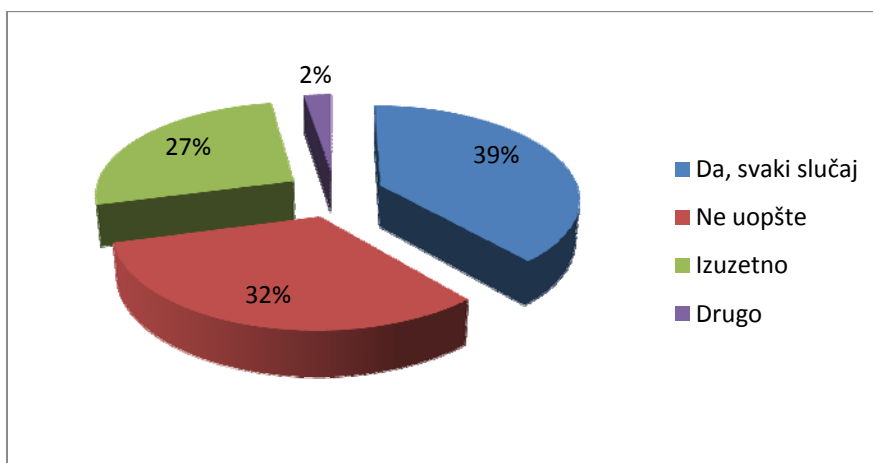
¹ Hi-kvadrat test

Više od dve trećine ispitanika (69 %) smatra da je planiranje trenutno neophodno. Više od četvrtine (29,1%) anketiranih zdravstvenih radnika smatra da je planiranje korisno, ali da u sadašnjem trenutku nema svrhe, dok 1,9% smatra da je nešto drugo u pitanju (grafikon 9).



Grafikon 9. Stavovi ispitanika u vezi neophodnosti planiranja

Od ukupnog broja ispitanika 59% smatra da postojeći sistem kontrole ne omogućava otkrivanje nestručnog rada, odnosno trećina (32%) smatra da sistem kontrole uopšte ne funkcioniše, a 27% smatra da se to dešava samo u izuzetnim situacijama, dok 2% smatra da je u pitanju nešto drugo (grafikon 10).



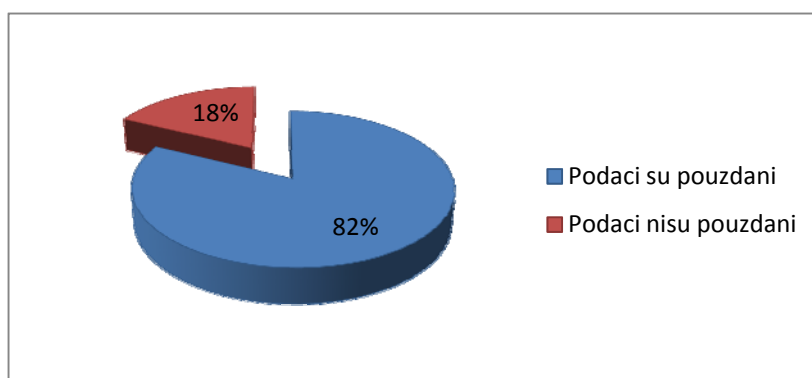
Grafikon 10. Stavovi ispitanika u vezi postojećeg sistema kontrole za otkrivanje nestručnog rada u ustanovi

Većina ispitanika smatra da se podaci koji se prikupljaju u njihovoj ustanovi, sem za izveštaje obavezne statistike, retko koriste i za rešavanje problema (55,4%), odnosno za nagrađivanje i kažnjavanje zaposlenih (49,6%) (Tabela 20).

Tabela 20. Distribucija odgovora u vezi korišćenja statističkih podataka na klinici

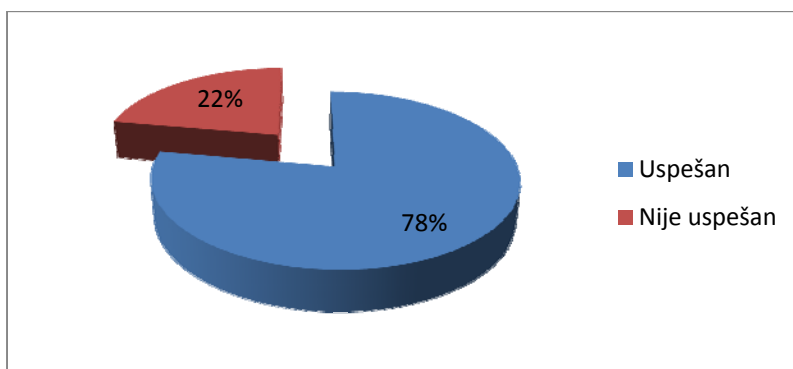
Korišćenje statističkih podataka	Nikad		Retko		Često	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Rešavanje problema	32	20,0	88	55,4	39	24,6
Nagrađivanje ili kažnjavanje	54	34,2	78	49,6	26	16,2

U ispitivanoj populaciji 130 zaposlenih (82,1%) smatra da su statistički podaci koji se prikupljaju u zdravstvenoj ustanovi pouzdani, a 28 ispitanika (17,9%) smatra da podaci nisu pouzdani (Grafikon 11).



Grafikon 11. Stav ispitanika u vezi pouzdanosti statističkih podataka prikupljenih u njihovoj zdravstvenoj ustanovi

U ispitivanoj populaciji 123 zaposlenih (77,5%) smatra da je njihov direktor uspešan, a 35 zaposlenih (22,5%) smatra da nije uspešan (Grafikon 12).



Grafikon 12. Stav ispitanika u vezi uspešnosti direktora ispitivanih klinika

5.1.3. Stavovi ispitanika u vezi sa radnom motivacijom

U drugom delu upitnika ispitanici su se izjašnjavali u vezi radne motivacije zdravstvenih radnika, tj. ocenjivali su koji su njima najznačajni motivacioni faktori i koliko je izvesno da će ti faktori biti ispunjeni. Ukoliko se posao uradi posebno dobro, nije uopšte izvesna novčana stimulacija smatra 83,5% anketiranih, 61,4% da nije izvesno unapređenje, a 43,7% ispitanika smatra da se neće poboljšati kvalitet međuljudskih odnosa. Međutim, ukoliko se posao uradi posebno dobro, sasvim izvesno 71,5% anketiranih imaće osećaj opšte dobrobiti, 49,4% će izvesno povećati samopouzdanje, a 45,6% smatra izvesnim mogućnost razvijanja sopstvenih veština.

Motivacioni faktori u zdravstvenim ustanovama na osnovu izvesnosti ispunjavanja, prema odgovorima ispitanika, su prikazani u **tabeli 21**.

Tabela 21. Stavovi ispitanika o motivacionim faktorima u zdravstvenim ustanovama prema izvesnosti da se dogode

Motivacioni faktor	Distribucija odgovora							
	Nije uopšte izvesno	%	Donekle izvesno	%	Dosta izvesno	%	Sigurno	%
Novčana stimulacija	132	83,5	12	7,6	9	5,7	5	3,2
Samopouzdanje	11	7,0	19	12,0	50	31,6	78	49,4
Mogućnost razvijanja sopstvenih veština	18	11,4	35	22,2	33	20,9	72	45,6
Učvršćivanje profesionalne pozicije	73	46,2	48	30,4	18	11,4	19	12,0
Mogućnost stručnog usavršavanja	35	22,2	37	23,4	43	27,2	43	27,2
Unapređenje	97	61,4	36	22,8	12	7,6	13	8,2
Opšta dobrobit	6	3,8	11	7,0	28	17,7	113	71,5
Veća samostalnost u poslu	50	31,6	32	20,3	35	22,2	41	25,9
Poštovanje kolega	28	17,7	37	23,4	42	26,6	51	32,3
Pohvala nadređenog	60	38,0	44	27,8	28	17,7	26	16,5
Kvalitet međuljudskih odnosa	69	43,7	38	24,1	30	19,0	21	13,3

Prema izjašnjavanju anketiranih u ispitivanoj populaciji nisu izvesni motivacioni faktori kao što su: novčana stimulacija (prosečan skor 1,61), unapređenje na poslu (prosečan skor – 2,35), kao i učvršćivanje profesionalne pozicije (prosečan skor – 2,89).

S druge strane, postoje i motivacioni faktori koji su ocenjeni kao izvesni od strane anketiranih: osećaj da je urađeno nešto za opštu dobrobit (prosečan skor – 6,03), samopouzdanje (prosečan skor – 5,33), kao i mogućnost razvijanja sopstvenih veština (prosečan skor – 4,90) (**Tabela 22**).

Tabela 22. Stavovi ispitanika o motivacionim faktorima u zdravstvenim ustanovama prema izvesnosti da se dogode (prosečna ocena)

Motivacioni faktor	Ocena ($\bar{X} \pm SD$)
Opšta dobrobit	6,03±1,57
Samopouzdanje	5,33±1,85
Mogućnost razvijanja sopstvenih veština	4,90±2,06
Poštovanje kolega	4,26±2,03
Mogućnost stručnog usavršavanja	4,18±2,15
Veća samostalnost u poslu	3,92±2,24
Pohvala nadređenog	3,36±2,04
Kvalitet međuljudskih odnosa	3,18±1,99
Učvršćivanje profesionalne pozicije	2,89±2,06
Unapređenje	2,35±1,89
Novčana stimulacija	1,61±1,42

Motivacioni faktor, učvršćivanje profesionalne pozicije, 64,6% ispitanika smatra maksimalno značajnim, dok je za 61,4% maksimalno značajna novčana stimulacija. Preko trećine ispitanika (34,2%) smatra da su manje značajni pohvala nadređenog i kvalitet međuljudskih odnosa (**Tabela 23**).

Tabela 23. Stavovi ispitanika o motivacionim faktorima u zdravstvenim ustanovama u odnosu na značaj

Motivacioni faktor	Distribucija odgovora					
	Osrednje ili malo značajan		Dosta značajan		Maksimalno značajan	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Novčana stimulacija	3	1,9	58	36,7	97	61,4
Samopouzdanje	8	5,1	81	51,3	69	43,7
Mogućnost razvijanja sopstvenih veštine	4	2,5	66	41,8	88	55,7
Učvršćivanje profesionalne pozicije	16	10,1	40	25,3	102	64,6
Mogućnost stručnog usavršavanja	6	3,8	63	39,9	89	56,3
Unapređenje	24	15,2	68	43,0	66	41,8
Opšta dobrobit	6	3,8	65	41,1	87	55,1
Veća samostalnost u poslu	13	8,2	55	34,8	90	57,0
Poštovanje kolega	9	5,7	72	45,6	77	48,7
Pohvala nadređenog	27	17,1	82	51,9	49	31,0
Kvalitet međuljudskih odnosa	27	17,1	76	48,1	55	34,8

Najznačajniji motivacioni faktori, prema stavovima ispitanika, su: novčana stimulacija (prosečan skor – 5,84), zatim učvršćivanje profesionalne pozicije (prosečan skor – 5,62), mogućnost da razviju svoje veštine (prosečan skor – 5,61), osećaj opšte dobrobiti (prosečan skor – 5,60), mogućnost stručnog usavršavanja (prosečan skor – 5,59). Najmanje značajan motivacioni faktor, prema odgovorima anketiranih ispitanika, ima pohvala od strane nadređenog (prosečan skor – 4,40) (**Tabela 24**).

Tabela 24. Stavovi ispitanika o motivacionim faktorima u zdravstvenim ustanovama u odnosu na značaj (prosečna ocena)

Motivacioni faktor	Ocena ($\bar{X} \pm SD$)
Novčana stimulacija	5,84±1,45
Učvršćivanje (profesionalne) pozicije	5,62±1,90
Mogućnost razvijanja sopstvenih veštine	5,61±1,45
Opšta dobrobit	5,60±1,57
Mogućnost stručnog usavršavanja	5,59±1,55
Veća samostalnost u poslu	5,50±1,76
Poštovanje kolega	5,32±1,66
Samopouzdanje	5,18±1,60
Unapređenje	4,81±2,00
Kvalitet međuljudskih odnosa	4,50±2,02
Pohvala nadređenog	4,40±1,99

Komparacijom značajnih i izvesnih motivacionih faktora je nađeno da su u ispitanim zdravstvenim ustanovama najmanje izvesni motivacioni faktori novčana stimulacija (-4,23), učvršćivanje profesionalne pozicije (-2,73), kao i mogućnost unapređenja (-2,46). Jedina dva motivaciona faktora koja imaju pozitivnu vrednost u obe grupe odgovora (značajan i izvestan) su: samopouzdanje i opšta dobrobit (**Tabela 25**).

Tabela 25. Komparacija značajnih i izvesnih motivacionih faktora prema oceni ispitanika

Stav o izvesnosti da se dogodi motivacioni faktor	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	Razlika prosečnih skorova	Značajnost motivacionog faktora
Novčana stimulacija	1,61±1,42	5,84±1,45	- 4,23	Novčana stimulacija
Samopouzdanje	5,33±1,85	5,18±1,60	0,15	Samopouzdanje
Mogućnost razvijanja sopstvenih veština	4,90±2,06	5,61±1,45	- 0,71	Mogućnost razvijanja sopstvenih veština
Učvršćivanje profesionalne pozicije	2,89±2,06	5,62±1,90	- 2,73	Učvršćivanje profesionalne pozicije
Mogućnost stručnog usavršavanja	4,18±2,15	5,59±1,55	- 1,41	Mogućnost stručnog usavršavanja
Unapređenje	2,35±1,89	4,81±2,00	- 2,46	Unapređenje
Opšta dobrobit	6,03±1,57	5,60±1,57	0,43	Opšta dobrobit
Veća samostalnost u poslu	3,92±2,24	5,50±1,76	- 1,58	Veća samostalnost u poslu
Poštovanje kolega	4,26±2,03	5,32±1,66	- 1,06	Poštovanje kolega
Pohvala nadređenog	3,36±2,04	4,40±1,99	- 1,04	Pohvala nadređenog
Kvalitet međuljudskih odnosa	3,18±1,99	4,50±2,02	- 1,32	Kvalitet međuljudskih odnosa

Najznačajniji motivacioni faktori kod anketiranih lekara su učvršćivanje profesionalne pozicije (5,95), veća samostalnost u poslu (5,90) i opšta dobrobit (5,87). Kod medicinskih sestara najznačajniji motivacioni faktori su novčana stimulacija (5,97), mogućnost razvoja sopstvenih veština (5,48) i mogućnost stručnog usavršavanja (5,48), kao i učvršćivanje profesionalne pozicije (5,47).

Vrednosti motivacionih faktora se nisu statistički značajno razlikovale između lekara i medicinskih sestara, osim u dva faktora. Utvrđena je statistički značajna razlika motivacionog faktora, mogućnost unapređenja, u odnosu na zanimanje ispitanika ($p=0,009$). Ovaj motivacioni faktor je statistički značajno veći kod lekara u odnosu na medicinske sestre. Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u vrednosti motivacionog faktora, kvalitet

međuljudskih odnosa, prema zanimanju ispitanika ($p=0,031$). Ovaj motivacioni faktor je statistički značajno veći kod medicinskih sestara u odnosu na ispitanice lekare (**Tabela 26**).

Tabela 26. Stavovi o motivacionim faktorima u odnosu na zanimanje ispitanika

Motivacioni faktori	Lekar	Medicinska sestra	p
Novčana stimulacija	5.44±1.57	5.97±1.4	0.067
Samopouzdanje	5.21±1.32	5.15±1.65	0.823
Mogućnost razvijanja sopstvenih veština	5.84±1.48	5.48±1.45	0.201
Učvršćivanje (profesionalne) pozicije	5.95±1.75	5.47±1.99	0.174
Mogućnost stručnog usavršavanja	5.79±1.51	5.48±1.58	0.271
Unapređenje	5.46±1.8	4.51±2.08	0.009*
Opšta dobrobit	5.87±1.58	5.46±1.58	0.071
Veća samostalnost u poslu	5.9±1.73	5.27±1.78	0.062
Poštovanje kolega	5.05±1.86	5.37±1.6	0.355
Pohvala nadređenog	4.15±1.97	4.47±2.01	0.394
Kvalitet međuljudskih odnosa	3.95±1.95	4.76±1.95	0.031**

* $p<0,01$, ** $p<0,05$

Kod ispitivanih lekara najveća razlika između značajnih motivacionih faktora i izvesnih motivacionih faktora je utvrđena za novčanu stimulaciju (3,77), unapređenje (3,23) i učvršćivanje profesionalne pozicije (3,1). Jedine dve komponente koje su bile bolje od motivacionih faktora značajnih kod lekara u odnosu na ispitivane medicinske sestre su samopouzdanje (- 0,61) i opšta dobrobit (- 0,36).

Kod medicinskih sestara najveća razlika između značajnih motivacionih faktora i izvesnosti da se dogode su kod novčane stimulacije (4,37), učvršćivanje profesionalne pozicije (2,63) i unapređenja (2,19). Jedina komponenta radne motivacije koje je imala pozitivnu razliku između značajnog i izvesnog, kod medicinskih sestara, je opšta dobrobit (- 0,5).

Razlika između značajnih i izvesnih motivacionih faktora kod lekara i medicinskih sestara je utvrđena za motivacioni faktor unapređenje, koji je statistički značajno češće prisutan kod ispitanih lekara ($p=0,019$) i za motivacioni faktor kvalitet međuljudskih odnosa, koji je statistički značajno veći kod sestara u odnosu na lekare ($p=0,009$) (**Tabela 27**).

Tabela 27. Razlika između značajnih i izvesnih motivacionih faktora u odnosu na zanimanje ispitanika

Motivacioni faktori	Lekari	Medicinske sestre	p
Novčana stimulacija	3,77±2,39	4,37±1,94	0,169
Samopouzdanje	-0,61±1,87	0,09±2,18	0,067
Mogućnost razvijanja sopstvenih veština	0,73±2,02	0,78±2,37	0,910
Učvršćivanje profesionalne pozicije	3,1±2,39	2,63±2,65	0,319
Mogućnost stručnog usavršavanja	1,67±2,11	1,29±2,46	0,375
Unapređenje	3,23±2,26	2,19±2,33	0,019*
Opšta dobrobit	-0,36±1,46	-0,5±1,91	0,644
Veća samostalnost u poslu	1,74±2,24	1,53±2,75	0,640
Poštovanje kolega	0,71±1,8	1,15±2,21	0,232
Pohvala nadređenog	0,56±2,39	1,31±2,43	0,107
Kvalitet međuljudskih odnosa	0,64±1,94	1,74±2,38	0,009*

*p<0,05

Najznačajniji motivacioni faktor u populaciji sa najmanjim radnim stažom je bila mogućnost da zaposleni razvije svoje veštine (5,82), zatim sledi učvršćivanje profesionalne pozicije (5,76) i veća samostalnost u poslu (5,71). Kod ispitanika koji rade od 16-30 godina najznačajniji motivacioni faktor je novčana stimulacija (5,97), kao i opšta dobrobit (5,59) i mogućnost stručnog usavršavanja (5,49). Kod ispitanika sa najdužim radnim stažom najznačajniji motivacioni faktor za posao, prema odgovorima je novčana stimulacija (6,36), učvršćivanje profesionalne pozicije (5,73) i mogućnost stručnog usavršavanja (5,70). Dužina radnog staža ispitanika nije statistički značajno uticala na rangiranje motivacionih faktora (**Tabela 28**).

Tabela 28. Stavovi o značajnosti motivacionih faktoria u odnosu na dužinu radnog staža ispitanika

Motivacioni faktori	Dužina radnog staža			p
	<15	16-30	31+	
Novčana stimulacija	5,59±1,46	5,97±1,47	6,36±1,12	0,090
Samopouzdanje	5,08±1,49	5,29±1,65	5±1,94	0,592
Mogućnost razvijanja sopstvenih veština	5,82±1,26	5,45±1,59	5,5±1,43	0,472
Učvršćivanje profesionalne pozicije	5,76±1,73	5,49±2,06	5,73±1,85	0,904
Mogućnost stručnog usavršavanja	5,68±1,33	5,49±1,69	5,7±1,83	0,840
Unapređenje	5,23±1,78	4,56±2,04	4,1±2,64	0,126
Opšta dobrobit	5,67±1,48	5,59±1,58	5,27±2,05	0,898
Veća samostalnost u poslu	5,71±1,48	5,4±1,92	5,08±2,11	0,732
Poštovanje kolega	5,59±1,55	5,13±1,71	5,17±1,9	0,316
Pohvala nadređenog	4,48±1,88	4,45±2,03	3,73±2,49	0,631
Kvalitet međuljudskih odnosa	4,75±1,76	4,25±2,13	4,69±2,53	0,428

Kod zaposlenih sa najmanjim radnim stažom najveća razlika između značajnih motivacionih faktora i izvesnih motivacionih faktora je vezana za novčanu stimulaciju (3,75), učvršćivanje profesionalne pozicije (2,90) i unapredjenje (2,62). Izvesno je da će zaposleni imati samopuzdanje (-0,27) i osećaj opšte dobrobiti (-0,58).

Kod zaposlenih sa dužinom radnog staža 16-30 godina razlika između značajnih i izvesnih motivacionih faktora je vezana za novčanu stimulaciju (4,60), učvršćivanje profesionalne pozicije (2,77) i mogućnost unapređenja (2,29). Motivacioni faktor u ispitivanoj grupi koja ima pozitivnu razliku između značajnosti i izvesnosti, je opšta dobrobit (- 0,25).


Kod zaposlenih sa najdužim radnim stažom najveća razlika između značajnih motivacionih faktora i izvesnih motivacionih faktora je vezana za novčanu stimulaciju (4,45), mogućnost unapređenja (2,50) i učvršćivanje profesionalne pozicije (1,67). Motivacioni faktori u ispitivanoj grupi koji imaju pozitivnu razliku između značajnosti i izvesnosti su samopouzdanje (- 0,60) i opšta dobrobit (- 1,00).

Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u izvesnosti motivacionog faktora, novčana stimulacija, u odnosu na dužinu radnog staža ($p=0,046$). Ta razlika postoji između zaposlenih sa najmanjim radnim stažom i zaposlenih sa radnim stažom od 16-30 godina ($p=0,015$) (Tabela 29).

Tabela 29. Stavovi o izvesnosti motivacionih faktora u odnosu na dužinu radnog staža ispitanika

Motivacioni faktori	Dužina radnog staža			p
	<15	16-30	31+	
Novčana stimulacija	3,75±2,22 ¹	4,6±1,88	4,45±1,86	0,046
Samopouzdanje	-0,27±2,1	0,15±2,32	-0,6±1,43	0,512
Mogućnost razvijanja sopstvenih veština	0,47±1,91	1,01±2,45	0,4±2,63	0,336
Učvršćivanje profesionalne pozicije	2,9±2,43	2,77±2,64	1,67±2,78	0,466
Mogućnost stručnog usavršavanja	1,32±2,26	1,47±2,37	1,33±2,6	0,872
Unapređenje	2,62±2,11	2,29±2,4	2,5±3,27	0,768
Opšta dobrobit	-0,58±1,61	-0,25±1,81	-1±2,1	0,544
Ostvarivanje veće slobode u svom poslu	1,69±2,58	1,67±2,72	0,42±1,56	0,242
Veća samostalnost u poslu	1,21±2,07	1,03±2,18	0,17±1,7	0,345
Pohvala nadređenog	0,97±2,61	1,23±2,32	0,36±2,16	0,442
Kvalitet međuljudskih odnosa	1,38±1,98	1,46±2,65	0,42±2,64	0,325

¹ radni staž<15 vs radni staž 16-30 godina (p=0,015)

 p<0,05

5.1.4. Rezultati ispitivanja liderskih osobina direktora hirurških klinika

Rezultati istraživanja pokazuju da je većina ispitanika upoznato sa pojmom liderstva i to 83% rukovodioca, 66,7% lekara i 63,6% medicinskih sestara. Utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u poznavanju pojma liderstva u odnosu na zanimanje (p=0,593).

Liderske osobine ispitanika su prikazane po klinikama.

Na klinici za očne bolesti zaposleni su najvišom prosečnom ocenom ocenili samopouzdanje i samouverenost direktora (4,88), a najnižom ocenom osoba od poverenja (3,69) i otvorenost (3,69) (**Tabela 30**).

Tabela 30. Procena liderskih osobina direktora Klinike za očne bolesti

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	4,13±0,89
2	Pronicljivost	4,56±0,63
3	Samopouzdanje	4,88±0,50
4	Samouverenost	4,88±0,50
5	Istrajnost	4,44±0,73
6	Odlučnost	4,38±1,09
7	Zadobija poverenje	3,69±1,08
8	Pouzdanost	3,81±1,11
9	Druželjubivost	3,94±1,00
10	Otvorenost	3,69±0,95
Ukupna prosečna vrednost		4,24±0,85

Najvišom prosečnom ocenom direktor na Klinici za bolesti uva, grla i nosa je ocenjen za druželjubivost (3,70) i jasnoću (3,60). Najnižom prosečnom ocenom 3,20 ocenjeno je više komponenti: pronicljivost, samopouzdanost, pouzdanost i otvorenost (**Tabela 31**).

Tabela 31. Procena liderskih osobina direktora Klinike za bolesti uva, grla i nosa

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	3,60±1,51
2	Pronicljivost	3,20±1,55
3	Samopouzdanje	3,20±1,69
4	Samouverenost	3,30±1,70
5	Istrajnost	3,50±1,65
6	Odlučnost	3,40±1,65
7	Zadobija poverenje	3,30±1,57
8	Pouzdanost	3,20±1,55
9	Druželjubivost	3,70±1,57
10	Otvorenost	3,20±1,55
Ukupna prosečna vrednost		3,36±1,59

Najvišom prosečnom ocenom na Klinici za Dečiju hirurgiju i ortopediju direktor je ocenjen za odlučnost (4,38) i istrajnost (4,08). Najmanju prosečnu ocenu direktor je od svojih zaposlenih dobio za pronicljivost (3,73), pouzdanost (3,77) i otvorenost (3,77) (**Tabela 32**).

Tabela 32. Procena liderskih osobina direktora Klinike za dečiju hirurgiju i ortopediju

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	3,87±1,36
2	Pronicljivost	3,73±1,44
3	Samopouzdanje	3,93±1,39
4	Samouverenost	4,15±1,34
5	Istrajnost	4,08±1,25
6	Odlučnost	4,38±0,96
7	Zadobija poverenje	3,85±1,57
8	Pouzdanost	3,77±1,54
9	Druželjubivost	3,92±1,44
10	Otvorenost	3,77±1,54
Ukupna prosečna vrednost		3,95±1,38

Na Klinici za ginekologiju i akušerstvo zaposleni su ocenili sve direktorove osobine visokom ocenom, preko 4, osim pronicljivosti (3,95) i pouzdanosti (3,91). Najvišom ocenom ocenili su samouverenost (4,32) (**Tabela 33**).

Tabela 33. Procena liderskih osobine direktora Klinike za ginekologiju i akušerstvo

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	4,00±1,18
2	Pronicljivost	3,95±1,18
3	Samopouzdanost	4,32±0,93
4	Samouverenost	4,34±0,94
5	Istrajnost	4,07±1,22
6	Odlučnost	3,98±1,21
7	Zadobija poverenje	4,07±1,25
8	Pouzdanost	3,91±1,34
9	Druželjubivost	4,14±1,23
10	Otvorenost	4,14±1,27
Ukupna prosečna vrednost		4,09±1,18

Na Klinici za opštu hirurgiju zaposleni su ocenili sve direktorove osobine visokom ocenom, većom od 4 (**Tabela 34**). Najvišom ocenom ocenjena je liderska osobina istrajnost (4,57).

Tabela 34. Procena liderskih osobina direktora Klinike za opštu hirurgiju

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	4,36±1,15
2	Pronicljivost	4,43±1,09
3	Samopouzdanje	4,50±1,16
4	Samouverenost	4,43±1,16
5	Istrajnost	4,57±1,16
6	Odlučnost	4,36±1,22
7	Zadobija poverenje	4,14±1,29
8	Pouzdanost	4,21±1,12
9	Druželjubivost	4,00±1,41
10	Otvorenost	4,23±1,36
Ukupna prosečna vrednost		4,32±1,21

Na Klinici za ortopediju i traumatologiju zaposleni su prosečno ocenili sve direktorove osobine najvišom ocenom 5, osim osobine osoba od poverenja, pouzdanost, druželjubivost i otvorenost koje su prosečno ocenili preko 4,50 (**Tabela 35**).

Tabela 35. Procena liderskih osobina direktora Klinike za ortopediju i traumatologiju

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	5,00±0,00
2	Pronicljivost	5,00±0,00
3	Samopouzdanje	5,00±0,00
4	Samouverenost	5,00±0,00
5	Istrajnost	5,00±0,00
6	Odlučnost	5,00±0,00
7	Zadobija poverenje	4,67±0,52
8	Pouzdanost	4,83±0,41
9	Druželjubivost	4,67±0,52
10	Otvorenost	4,50±0,84
Ukupna prosečna vrednost		4,73±0,23

Na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju direktor je dobio ukupnu prosečnu ocenu preko 4 (4,08). Najbolje ocenjena liderska osobina je samouverenost (4,70), a najniže pouzdanost i druželjubivost (3,80) (**Tabela 36**).

Tabela 36. Procena liderskih osobina direktora Klinike za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	4,10±1,29
2	Pronicljivost	4,30±1,34
3	Samopouzdanje	4,30±1,34
4	Samouverenost	4,70±0,68
5	Istrajnost	4,10±1,29
6	Odlučnost	3,90±1,45
7	Zadobija poverenje	3,90±1,45
8	Pouzdanost	3,80±1,62
9	Druželjubivost	3,80±1,23
10	Otvorenost	3,90±1,29
Ukupna prosečna vrednost		4,08±1,30

Na Klinici za kardiovaskularnu hirurgiju direktor je ocenjen ukupnom prosečnom ocenom 3,67. Najviša prosečna ocena je za samopouzdanost (4,20) i samouverenost (4,17). Najniža prosečna ocena je 3,40 za sledeće liderske osobine: istrajnost, odlučnost i pouzdanost (**Tabela 37**).

Tabela 37. Procena liderskih osobina direktora Klinike za kardiovaskularnu hirurgiju

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	3,40±2,19
2	Pronicljivost	3,60±1,95
3	Samopouzdanje	4,20±1,79
4	Samouverenost	4,17±1,60
5	Istrajnost	3,40±2,19
6	Odlučnost	3,40±2,19
7	Zadobija poverenje	3,60±1,95
8	Pouzdanost	3,40±2,19
9	Druželjubivost	3,60±1,95
10	Otvorenost	4,00±1,41
Ukupna prosečna vrednost		3,67±1,83

Na Klinici za urologiju zaposleni su ocenili sve direktorove liderske osobine prosečnom ocenom manjom od 3, osim druželjubivosti (3,27) (**Tabela 38**).

Tabela 38. Procena liderskih osobina direktora Klinike za urologiju

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	2,82±1,40
2	Pronicljivost	3,00±1,41
3	Samopouzdanje	2,73±1,42
4	Samouverenost	2,64±1,50
5	Istrajnost	2,73±1,49
6	Odlučnost	2,64±1,63
7	Zadobija poverenje	2,82±1,47
8	Pouzdanost	2,55±1,51
9	Druželjubivost	3,27±1,35
10	Otvorenost	2,82±1,40
Ukupna prosečna vrednost		2,80±1,46

Na Klinici za neurohirurgiju zaposleni su prosečno ocenili skoro sve direktorove osobine od 3,33-4,50. Najvišom ocenom ocenili su istrajnost (4,50), a najnižom osoba od poverenja, pouzdanost, druželjubivost i otvorenost (3,33) (**Tabela 39**).

Tabela 39. Procena liderskih osobina direktora Klinike za neurohirurgiju

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	3,80±1,79
2	Pronicljivost	4,33±1,63
3	Samopouzdanje	4,17±1,60
4	Samouverenost	4,00±1,73
5	Istrajnost	4,50±1,22
6	Odlučnost	3,50±1,76
7	Zadobija poverenje	3,33±1,63
8	Pouzdanost	3,33±1,97
9	Druželjubivost	3,33±1,97
10	Otvorenost	3,33±1,63
Ukupna prosečna vrednost		3,76±1,64

U Centru za minimalno invazivnu hirurgiju zaposleni su prosečno ocenili sve direktorove osobine preko 4,50. Najvišom ocenom ocenili su samopuzdanost (4,95) (**Tabela 40**).

Tabela 40. Procena liderskih osobina direktora Centra za minimalno invazivnu hirurgiju

	Liderske osobine	Prosečna ocena ispitanika ($\bar{X} \pm SD$)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	4.67±0,89
2	Pronicljivost	4.83±0,39
3	Samopouzdanje	4.92±0,29
4	Samouverenost	4.83±0,39
5	Istrajnost	4.75±0,62
6	Odlučnost	4.75±0,45
7	Zadobija poverenje	4.82±0,40
8	Pouzdanost	4.73±0,65
9	Druželjubivost	4.55±0,82
10	Otvorenost	4.82±0,40
Ukupna prosečna vrednost		4,77±0,53

Ukupna prosečna ocena liderskih osobina, dobijena na ispitivanim klinikama, kretala se od 2,80 do 4,73.

U **tabeli 41** prikazani su ukupni rezultati ocenjenih liderskih osobina rukovodioca na hirurškim klinikama, prema oceni ispitanika.

Tabela 41. Rezultati ocenjenih liderskih osobina rukovodioca na hirurškim klinikama, prema oceni ispitanika (od najslabije do najviše ocenjene osobine)

	Liderska osobina	Broj klinika koje ocenjuju osobinu slabom (u odnosu na prosečnu ocenu svoje klinike)
1	Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	2
2	Pronicljivost	4
3	Samopouzdanje	2
4	Samouverenost	2
5	Istrajnost	1
6	Odlučnost	3
7	Zadobija poverenje	7
8	Pouzdanost	5
9	Druželjubivost	3
10	Otvorenost	7

Najveći broj ispitanika je ocenio sa najnižom ocenom dve liderske osobine rukovodioca: zadobijanje poverenja zaposlenih i otvorenost. Takođe, najvišom ocenom u celokupnom uzorku su ocenjene liderske osobine: istrajnost, jasnoća komunikacije i samopouzdanje.

5.1.5. Rezultati u vezi menadžerskih karakteristika

U **tabeli 42** su prikazane menadžerske veštine u odnosu na minimalan i maksimalan skor. Radi poređenja različitih komponenti, svaka prosečna vrednost je upoređena sa maksimalnim skorom i na taj način je dobijeno procentualno učešće u odnosu na maksimalni mogući skor za datu komponentu.

Tabela 42. Menadžerske veštine prema oceni ispitanika

Veština	Ukupno ($\bar{X} \pm SD$)	Maksimalan skor	% od maksimalnog skora
Upravljanje	30.51±9.50	40	76,25
Održavanje kvalitetnih međuljudsk.odnosa	15.47±4.46	20	77,35
Primena znanja i inicijativa	16.59±4.19	20	82,95
Orjentisanost ka uspehu	11.84±3.43	15	78,93
Snalažljivost	7.75±2.36	10	77,50
Profesionalnost	12,49±3,11	15	83,26
Održavanje radne etike	23,39±6,46	30	77,96
Rešavanje problema	47,40±12,73	60	79,00
Donošenje odluka	19,19±5,66	25	76,76
Razvoj kapaciteta drugih	42,68±13,19	55	77,60

Od strane ispitanika najviše ocenjene menadžerske veštine, na ispitivanim klinikama, su profesionalnost (83,26%) i primena znanja i inicijativa (82,95%), a najniže ocenjene su upravljanje (76,25%) i donošenje odluka (76,76%) (**Tabela 42**).

Tabela 43 prikazuje uloge menadžera u odnosu na minimalan i maksimalan skor. Radi poređenja različitih komponenti, svaka prosečna vrednost je upoređena sa maksimalnim skorom i na taj način je dobijeno procentualno učešće u odnosu na maksimalni mogući skor za datu komponentu.

Tabela 43. Menadžerske uloge prema oceni ispitanika

Uloga	Ukupno ($\bar{X} \pm SD$)	Maksimalan skor	% od maksimalnog skora
Nadgleda rad	19,77±5,39	25	79,08
Portparol	24,81±6,47	30	82,70
Lider	61,38±18,62	80	76,73
Održava kontakte	16,11±4,61	20	80,55
Donosilac odluka	43,18±12,35	55	78,51
Inovator	22,88±7,01	30	76,26
Pregovarač	26,77±8,32	35	76,49

Od strane ispitanika najviše ocenjene uloge menadžera, na ispitivanim klinikama, su portparol (82,7%) i održavanja kontakata (82,95%), a najniže ocenjene su uloge inovatora (76,25%) i pregovarača (76,76%) (**Tabela 43**).

Tabela 44 prikazuje menadžerske sposobnosti u odnosu na minimalan i maksimalan skor. Radi poređenja različitih komponenti, svaka prosečna vrednost je upoređena sa maksimalnim skorom i na taj način je dobijeno procentualno učešće u odnosu na maksimalni mogući skor za datu komponentu.

Tabela 44. Menadžerske sposobnosti prema oceni ispitanika

Sposobnost	Ukupno	Maksimalan skor	% od maksimalnog skora
Lični razvoj	7,40±2,38	10	74,00
Razumevanje problema	27,47±7,68	35	78,48
Prilagodljivost	3,97±1,19	5	79,40
Upravljanje vremenom	7,97±2,23	10	79,7
Upravljanje nepovoljnim okolnostima	7,74±2,29	10	77,4
Integritet	19,78±5,71	5	25
Sticanje znanja	22,11±6,21	15	88,4

Od strane ispitanika najviše ocenjene menadžerske sposobnosti, na ispitivanim klinikama, su sticanje znanja (88,4%) i upravljanje vremenom (79,7%), a najniže ocenjene su sposobnost ličnog razvoja (74%) i upravljanje nepovoljnim okolnostima (77,4%) (**Tabela 44**).

Tabela 45. Menadžerska veštine prema oceni ispitanika u odnosu na zanimanje

Veština	Lekari ($\bar{X} \pm SD$)	Medicinske sestre ($\bar{X} \pm SD$)	p ¹
Upravljanje	25.80±11.48	32.29±8.01	0.002
Održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa	13.61±5.23	16.18±3.93	0.007
Primene znanja i inicijative	14.92±5.09	17.23±3.62	0.017
Orjentisanost ka uspehu	10.42±4.05	12.34±3.04	0.010
Snalažljivost	7.03±2.84	8.00±2.13	0.084
Profesionalnost	11,28±4,03	13,04±2,63	0,026
Održavanje radne etike	21,40±7,66	24,29±5,91	0,061
Rešavanje problema	42,30±15,75	50,06±10,78	0,011
Donošenje odluka	17,22±6,28	20,12±5,34	0,026
Razvoj kapaciteta drugih	39,30±13,65	44,34±13,06	0,099

¹Mann-Whitney test

Utvrđeno je da su većinu menadžerskih veština statistički značajno bolje ocenile medicinske sestre u odnosu na lekare, osim snalažljivosti, održavanje radne etike i razvoja kapaciteta drugih, koje nisu dostigle statističku značajnost (**Tabela 45**).

Utvrđeno je da su većinu menadžerskih uloga statistički značajno bolje ocenile medicinske sestre u odnosu na lekare, osim uloge donosioca odluke, inovatora i pregovarača koja nije dostigla statističku značajnost (**Tabela 46**).

Tabela 46. Menadžerske uloge prema oceni ispitanika u odnosu na zanimanje

Uloga	Lekari ($\bar{X} \pm SD$)	Medicinske sestre ($\bar{X} \pm SD$)	p ¹
Nadgleda rad	17,80±6,42	20,50±4,78	0,017
Portparol	22,56±7,78	25,69±5,70	0,035
Lider	54,80±21,61	64,14±16,60	0,022
Održava kontakte	14,38±5,40	16,78±4,11	0,010
Donosilac odluka	39,91±14,80	44,50±11,04	0,111
Inovator	20,84±8,29	23,67±6,32	0,090
Pregovarač	24,20±10,16	27,71±7,38	0,111

¹Mann-Whitney test

Utvrđeno je da su sve komponente menadžerske sposobnosti statistički značajno bolje ocenile medicinske sestre u odnosu na lekare, osim upravljanja nepovoljnim okolnostima i integriteta koje nisu dostigle statističku značajnost (**Tabela 47**).

Tabela 47. Menadžerske sposobnosti prema oceni ispitanika u odnosu na zanimanje

Sposobnost	Lekari ($\bar{X} \pm SD$)	Medicinske sestre ($\bar{X} \pm SD$)	p ¹
Lični razvoj	6,67±2,74	7,76±2,18	0,038
Razumevanje problema	24,83±9,47	28,57±6,86	0,035
Prilagodljivost	3,62±1,36	4,14±1,11	0,033
Upravljanje vremenom	7,14±2,78	8,34±1,95	0,023
Upravljanje nepovoljnim okolnostima	7,35±2,78	7,97±2,08	0,419
Integritet	18,27±6,87	20,49±5,20	0,086
Sticanje znanja	19,95±7,01	23,08±5,78	0,024

¹Mann-Whitney test

Utvrđeno je da ocena većine menadžerskih veština nema statističku značajnost u odnosu na pol ispitanika, osim održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa (p=0,039) i profesionalnost (p=0,008) koje su statistički značajno više ocenile ispitanice u odnosu na muškarce (**Tabela 48**).

Tabela 48. Menadžerske veštine prema oceni ispitanika u odnosu na pol

Veština	Muški	Ženski	p ¹
Upravljanje	26,77±12,48	31,44±8,22	0,117
Održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa	13,61±5,43	15,92±3,99	0,039*
Primene znanja i inicijative	14,94±5,08	16,99±3,75	0,056
Orjentisanost ka uspehu	10,62±4,21	12,15±3,06	0,083
Snalažljivost	7,10±2,78	7,84±2,17	0,216
Profesionalnost	10,97±3,79	12,90±2,77	0,008*
Održavanje radne etike	22,03±7,67	23,77±6,07	0,365
Rešavanje problema	43,29±15,66	48,70±11,44	0,112
Donošenje odluka	18,48±6,25	19,38±5,51	0,771
Razvoj kapaciteta drugih	40,00±14,06	43,54±2,85	0,373

¹Mann-Whitney test

Utvrđeno je da ocene uloga menadžera nema statističku značajnost u odnosu na pol ispitanika (**Tabela 49**).

Tabela 49. Menadžerske uloge prema oceni ispitanika u odnosu na pol

Uloga	Muški	Ženski	p ¹
Nadgleda rad	17,87±6,82	20,09±4,90	0,115
Portparol	22,64±7,96	25,28±5,92	0,162
Lider	57,52±22,02	62,14±17,12	0,369
Održava kontakte	15,13±5,19	16,38±4,29	0,240
Donosilac odluka	40,19±14,65	43,78±11,41	0,304
Inovator	21,09±8,15	23,31±6,53	0,222
Pregovarač	24,63±9,96	27,16±7,72	0,361

¹Mann-Whitney test

Utvrđeno je da se ocenjene menadžerske sposobnosti statistički značajno ne razlikuju u odnosu na pol ispitanika ($p > 0,05$) (**Tabela 50**).

Tabela 50. Menadžerske sposobnosti prema oceni ispitanika u odnosu na pol

Sposobnost	Muški	Ženski	p ¹
Lični razvoj	6,78±2,76	7,58±2,24	0,170
Razumevanje problema	25,86±9,35	27,91±7,14	0,414
Prilagodljivost	3,74±1,36	4,04±1,14	0,340
Upravljanje vremenom	7,32±2,68	8,15±2,07	0,147
Upravljanje nepovoljnim okolnostima	7,32±2,67	7,86±2,14	0,452
Integritet	18,48±6,69	20,15±5,38	0,294
Sticanje znanja	21,13±7,05	22,40±4,89	0,492

¹Mann-Whitney test

U **tabeli 51** su prikazane menadžerske veštine u odnosu na dužinu radnog staža. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u oceni menadžerske efektivnosti u odnosu na dužinu radnog staža ispitanika ($p > 0,05$).

Tabela 51. Menadžerske veštine prema oceni ispitanika u odnosu na dužinu radnog staža

Veština	Radni staž			p ¹
	<15	16-30	31+	
Upravljanje	31,85±8,48	29,12±9,95	31,09±10,70	0,275
Održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa	15,93±4,10	14,97±4,55	15,33±5,47	0,510
Primene znanja i inicijative	16,65±4,02	16,32±4,39	17,08±3,63	0,948
Orjentisanost ka uspehu	12,22±3,15	11,49±3,56	11,83±3,59	0,532
Snalažljivost	8,10±2,18	7,38±2,37	7,50±2,64	0,143
Profesionalnost	12,69±2,82	12,28±3,26	12,75±3,64	0,704
Održavanje radne etike	23,65±5,58	23,20±7,11	23,25±6,94	0,987
Rešavanje problema	48,56±11,08	46,46±13,93	47,30±13,59	0,932
Donošenje odluka	19,54±4,52	18,80±5,79	19,73±9,51	0,901
Razvoj kapaciteta drugih	44,11±13,51	41,53±2,90	42,22±13,95	0,924

¹Mann-Whitney test

Tabela 52 prikazuje uloge menadžera u odnosu na dužinu radnog staža. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u oceni uloga menadžera u odnosu na dužinu radnog staža ispitanika ($p > 0,05$).

Tabela 52. Menadžerske uloge prema oceni ispitanika u odnosu na dužinu radnog staža

Uloga	Radni staž			p ¹
	<15	16-30	31+	
Nadgleda rad	19,96±4,87	19,44±5,83	18,83±5,81	0,904
Portparol	25,00±5,81	24,75±6,86	22,40±7,92	0,600
Lider	63,18±16,18	59,72±20,12	58,70±17,99	0,713
Održava kontakte	16,64±3,96	15,87±4,85	15,00±5,03	0,600
Donosilac odluka	43,64±10,92	42,35±13,13	43,25±13,88	0,979
Inovator	23,41±5,94	22,66±7,64	20,75±7,51	0,514
Pregovarač	27,66±7,00	26,14±8,98	24,33±9,75	0,618

¹Mann-Whitney test

U **tabeli 53** su prikazane menadžerske sposobnosti u odnosu na dužinu radnog staža. Pokazano je da ne postoji statistički značajna razlika u oceni menadžerske sposobnosti u odnosu na dužinu radnog staža ispitanika ($p > 0,05$).

Tabela 53. Menadžerske sposobnosti prema oceni ispitanika u odnosu na dužinu radnog staža

Sposobnost	Radni staž			p ¹
	<15	16-30	31+	
Lični razvoj	7,57±2,17	7,33±2,51	7,00±2,68	0,843
Razumevanje problema	28,40±6,83	26,94±8,36	25,82±7,58	0,595
Prilagodljivost	4,06±1,07	3,93±1,27	3,75±1,29	0,728
Upravljanje vremenom	8,24±1,97	7,83±2,41	7,54±2,29	0,497
Upravljanje nepovoljnim okolnostima	7,85±2,08	7,61±2,44	8,00±2,48	0,816
Integritet	20,27±4,86	19,42±6,18	19,58±6,87	0,971
Sticanje znanja	22,27±5,71	22,31±6,71	19,56±5,05	0,297


¹Mann-Whitney test

Prema dobijenim rezultatima, sve menadžerske veštine su bile statistički značajno pozitivno povezane sa menadžerskim sposobnostima (**Tabela 54**). Pojedinačno gledano najjača povezanost je utvrđena između održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa i sticanja znanja ($r=0,858$, $p<0,001$). Takođe, menadžerske veštine razvoj kapaciteta drugih, održavanje radne etike, rešavanje problema, kao i donošenje odluka, su statistički značajno povezane sa svim aspektima menadžerske sposobnosti ($r>0,8$).

Tabela 54. Međuzavisnost menadžerskih veština i menadžerskih sposobnosti ocenjene od strane ispitanika

Menadžerske veštine		Menadžerske sposobnosti						
		Lični razvoj	Razumevanje problema	Prilagodljivost	Upravljanje vremenom	Upravljanje nepovoljnim okolnostima	Integritet	Sticanje znanja
Upravljanje	r	0,723**	0,789**	0,670**	0,747**	0,649**	0,704**	0,841**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa	r	0,674**	0,736**	0,621**	0,690**	0,648**	0,642**	0,803**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Primene znanja i inicijative	r	0,725**	0,775**	0,702**	0,762**	0,681**	0,715**	0,798**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Orjentisanost ka uspehu	r	0,732**	0,801**	0,719**	0,766**	0,678**	0,739**	0,829**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Snalažljivost	r	0,690**	0,782**	0,691**	0,752**	0,666**	0,728**	0,809**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Profesionalnost	r	0,724**	0,749**	0,737**	0,780**	0,686**	0,763**	0,764**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Održavanje radne etike	r	0,786**	0,851**	0,825**	0,844**	0,751**	0,834**	0,866**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Rešavanje problema	r	0,778**	0,865**	0,808**	0,857**	0,755**	0,841**	0,887**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Donošenje odluka	r	0,761**	0,815**	0,774**	0,772**	0,765**	0,795**	0,817**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Razvoj kapaciteta drugih	r	0,832**	0,879**	0,806**	0,863**	0,799**	0,863**	0,861**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

r-koeficijent proste linearne korelacije, p-vrednost. ** p<0,001

 r>0,800


Rezultati istraživanja su, takođe, pokazali da su sve menadžerske veštine bile statistički značajno pozitivno povezane sa menadžerskim ulogama (**Tabela 55**). Pojedinačno

gledano najjača povezanost postoji između menadžerske veštine razvoja kapaciteta drugih i menadžerske uloge lidera ($r=0,898$, $p<0,001$) (Tabela 55).

Tabela 55. Međuzavisnost menadžerskih veština i menadžerskih uloga

Menadžerske veštine		Menadžerske uloge						
		Nadgleda rad	Portparol	Lider	Povezivanje	Donosilac odluka	Inovator	Pregovarač
Upravljanje	r	0,724**	0,720**	0,822**	0,701**	0,728**	0,741**	0,734**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa	r	0,648**	0,698**	0,776**	0,641**	0,680**	0,702**	0,701**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Primene znanja i inicijative	r	0,720**	0,809**	0,756**	0,742**	0,739**	0,740**	0,733**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Orjentisanost ka uspehu	r	0,699**	0,754**	0,787**	0,756**	0,753**	0,764**	0,731**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Snalažljivost	r	0,664**	0,730**	0,793**	0,714**	0,744**	0,729**	0,738**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Profesionalnost	r	0,748**	0,817**	0,747**	0,757**	0,769**	0,757**	0,732**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Održavanje radne etike	r	0,805**	0,805**	0,855**	0,848**	0,830**	0,847**	0,831**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Rešavanje problema	r	0,793**	0,833**	0,873**	0,842**	0,840**	0,833**	0,840**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Donošenje odluka	r	0,766**	0,816**	0,811**	0,787**	0,811**	0,805**	0,761**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Razvoj kapaciteta drugih	r	0,838**	0,801**	0,898**	0,838**	0,874**	0,832**	0,846**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

r-koeficijent proste linearne korelacije, p-vrednost. ** $p<0,001$,

 $r>0,800$

Prema rezultatima istraživanja, utvrđena je statistički značajna pozitivna

korelacija između motivacije i menadžerskih veština profesionalnost ($r=0,2018$; $p=0,023$) i održavanje radne etike ($r=0,223$; $p=0,014$) (**Tabela 56**).

Tabela 56. Povezanost menadžerskih veština i motivacije zaposlenih na hirurškim klinikama

Veština		Motivacija
Upravljanje	r	0,125
	p	0,179
Održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa	r	0,153
	p	0,098
Primene znanja i inicijative	r	0,083
	p	0,368
Orjentisanost ka uspehu	r	0,112
	p	0,218
Snalažljivost	r	0,088
	p	0,331
Profesionalnost	r	0,208*
	p	0,023
Održavanje radne etike	r	0,223*
	p	0,014
Rešavanje problema	r	0,155
	p	0,101
Donošenje odluka	r	0,118
	p	0,203
Razvoj kapaciteta drugih	r	0,075
	p	0,435

r-koeficijent proste linearne korelacije, p-vrednost. * $p<0,05$

U **tabeli 57** prikazana je međuzavisnost liderskih osobina sa menadžerskim ulogama, sposobnostima i osnovnim komponentama rukovođenja na osnovu ocena ispitanika.

Tabela 57. Međuzavisnost liderskih osobina sa menadžerskim ulogama, sposobnostima i osnovnim komponentama rukovođenja na osnovu ocena ispitanika

Liderske osobine		Liderske osobine			Menadžerske uloge			Menadžerske sposobnosti			Komponente rukovođenja
		Samo-pouzdanost	Samo-uverenost	Istrajanost	Upravljanje informacijama	Upravljanje odnosima	Upravljanje akcijama	Lični razvoj	Prilagodljivost	Sticanje znanja	Organizacija
Jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	r	0,870**	0,870**	0,940**	0,755**	0,736**	0,729*	0,668*	0,770**	0,676*	-0,774**
	p	0,001	<0,001	<0,001	0,007	0,010	0,011	0,025	0,006	0,022	0,005
Samo pouzdanost	r	1,000	0,974**	0,885**	0,851**	0,696*	0,790**	0,709*	0,822**	0,697*	-0,762**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	0,017	0,004	0,015	0,002	0,017	0,006
Samo uverenost	r		1,000	0,856**	0,777**	0,658*	0,738**	0,683*	0,771**	0,662*	-0,708*
	p			<0,001	0,005	0,028	0,010	0,021	0,005	0,027	0,015
Istrajnost	r			1,000	0,795**	0,623*	0,734*	0,586	0,766**	0,590	-0,730*
	p				0,003	0,040	0,010	0,058	0,006	0,056	0,011

r-koefficient proste linearne korelacije, p-vrednost, *p<0,05, ** p<0,01



Utvrđeno je da postoji statistički značajna međuzavisnost liderskih osobina, odnosno statistički značajno pozitivno korelira samopouzdanost sa jasnoćom komunikacije; samouverenost sa jasnoćom komunikacije i sa samopouzdanošću; a istrajnost sa jasnoćom komunikacije, samopouzdanošću, i sa samouverenošću.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna pozitivna povezanost menadžerskih uloga sa ispitanim liderskim osobinama.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost ispitanih liderskih osobina sa svim ispitanim karakteristikama menadžmenta, osim sa komponentom rukovođenja organizacija, sa kojom statistički značajno negativno koreliraju (Tabela 57).

U tabeli 58 prikazana je međuzavisnost menadžerskih uloga sa menadžerskim sposobnostima i osnovnim komponentama rukovođenja na osnovu ocena ispitanika.

Tabela 58. Međuzavisnost menadžerskih uloga sa menadžerskim sposobnostima i osnovnim komponentama rukovođenja na osnovu ocena ispitanika

Menadžerske uloge		Menadžerske uloge		Menadžerske sposobnosti			Komponente rukovođenja		
		Upravljanje odnosima	Upravljanje akcijama	Lični razvoj	Prilagodljivost	Sticanje znanja	Planiranje	Organizacije	Koordinacija
Upravljanje informacijama	r	0,878**	0,975**	0,898**	0,957**	0,885**	-0,648*	-0,762**	-0,728*
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,031	0,006	0,011
Upravljanje odnosima	r	1,000	0,928**	0,975**	0,913**	0,943**	-0,715*	-0,748**	-0,799**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,013	0,008	0,003
Upravljanje akcijama	r		1,000	0,955**	0,987**	0,898**	-0,705*	-0,741**	-0,781**
	p			<0,001	<0,001	<0,001	0,015	0,009	0,005

r-koefficient proste linearne korelacije, p-vrednost, *p<0,05, ** p<0,01



Utvrđena je statistički značajna međuzavisnost menadžerskih uloga.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna pozitivna povezanost menadžerskih uloga i menadžerskih sposobnosti.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost ispitanih komponenti rukovođenja sa svim ispitivanim menadžerskim ulogama (Tabela 58).

U **tabeli 59** prikazana je međuzavisnost menadžerskih uloga sa menadžerskim sposobnostima i osnovnim komponentama rukovođenja na osnovu ocena ispitanika.

Tabela 59. Međuzavisnost menadžerskih sposobnosti sa osnovnim komponentama rukovođenja na osnovu ocena ispitanika

Menadžerske sposobnosti		Menadžerske sposobnosti		Komponente rukovođenja					
		Prilagodljivost	Sticanje znanja	Planiranje	Organizacija	Koordinacija	Radna disciplina	Međuljudski odnosi	Komunikacija
Lični razvoj	r	0,935**	0,926**	-0,746**	-0,686*	-0,783**	-0,552	-0,575	-0,486
	p	<0,001	<0,001	0,008	0,020	0,004	0,079	0,064	0,130
Prilagodljivost	r	1,000	0,852**	-0,671*	-0,754**	-0,734*	-0,491	-0,456	-0,389
	p		0,001	0,024	0,007	0,010	0,125	0,159	0,237
Sticanje znanja	r		1,000	-0,774**	-0,790**	-0,799**	-0,717*	-0,741**	-0,668*
	p			0,005	0,004	0,003	0,013	0,009	0,025

r-koefficient proste linearne korelacije, p-vrednost, *p<0,05, ** p<0,01



Utvrđeno je da postoji statistički značajna međuzavisnost menadžerskih sposobnosti.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost menadžerskih sposobnosti sa komponentama rukovođenja planiranje, organizacija i koordinacija. Takođe, utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost menadžerske sposobnosti sticanje znanja sa svim ispitanim komponentama rukovođenja (**Tabela 59**).

5.1.6. Ocena zadovoljstva poslom

Prema dobijenim rezultatima, najveće zadovoljstvo poslom kod ispitanika je utvrđeno za prirodu posla, nadgledanje rada zaposlenih, i za odnos sa saradnicima. Međutim, navedeni faktori zadovoljstva poslom su imali skor daleko od maksimalnog, npr. za prirodu posla od maksimalnih 24 utvrđen prosečan skor je bio 15,78±5,38.

Prosečno ukupno zadovoljstvo poslom kod ispitanih zdravstvenih radnika je iznosilo 116.72±34.05 u odnosu na maksimalnih 216 (**Tabela 60**)

Tabela 60. Prosečna vrednost parametara zadovoljstva kod ispitanika

Parametar	$\bar{X} \pm SD$	Maksimalan skor
Priroda posla	15.78±5.38	24
Nadgledanje rada	14.90±5.79	24
Kolegijalni odnosi	14.16±4.44	24
Komunikacija	13.93±5.54	24
Sistem nagrađivanja	12.77±5.01	24
Uslovi rada	11.52±4.43	24
Novčana stimulacija	11.47±4.35	24
Napredovanje	11.26±4.33	24
Dobit	10.90±4.36	24
Ukupno zadovoljstvo	116.72±34.09	216

Utvrđeno je da je ukupno zadovoljstvo poslom statistički značajno veće kod ispitanih lekara u odnosu na medicinske sestre, odnosno da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu poslom prema zanimanju ($p=0,020$).

Utvrđena je statistički značajna razlika kod ispitanika u zadovoljstvu sistemom nagrađivanja ($p=0,015$), uslovima rada ($p=0,025$) i nadgledanja rada ($p=0,029$) u odnosu na zanimanje, tj. utvrđena je statistički značajna razlika u zadovoljstvu nadgledanja rada između lekara i medicinskih sestara/tehničara ($p=0.010$). Utvrđeno je da se statistički značajno

razlikuje zadovoljstvo sistemom nagrađivanja između ispitanih rukovodioca i medicinskih sestara/tehničara ($p=0,043$) i lekara i medicinski sestara/tehničara ($p=0.020$) (**Tabela 61**).

Tabela 61. Prosečna vrednost parametara zadovoljstva poslom kod ispitanika u odnosu na zanimanje

Parametar	Rukovodioci $\bar{X} \pm SD$	Lekari $\bar{X} \pm SD$	Medicinska sestra /tehničar $\bar{X} \pm SD$	p ‡
Priroda posla	14.44±6.89	16.58±5.68	15.61±5.15	0.357
Nadgledanje rada	15.11±7.44	16.65±6.14 ¹	14.25±5.43	0.029
Kolegijalni odnosi	14.00±5.63	14.22±5.36	14.16±5.34	0.960
Komunikacija	15.11±5.82	14.80±5.32	13.52±5.59	0.146
Sistem nagrađivanja	15.11±6.77 ¹	14.05±5.03 ¹	12.10±4.74	0.015
Uslovi rada	9.89±4.83	12.75±4.19 ¹	11.21±4.44	0.025
Novčana stimulacija	10.11±5.05	11.82±4.62	11.45±4.21	0.593
Napredovanje	11.33±5.12	11.52±4.36	11.16±4.29	0.700
Dobit	11.67±4.59	11.25±4.47	10.72±4.34	0.684
Ukupno zadovoljstvo	116.78±46.05	123.65±36.43 ¹	114.17±32.08	0.054

‡ Kruskal-Wallis test, ¹ vs medicinske sestre/tehničari

Najveće zadovoljstvo poslom među ispitanicima su imali zaposleni na Klinici za opštu hirurgiju, Kliniku za očne bolesti, kao i na Ginekološko-akušerskoj klinici, a najmanje zadovoljstvo poslom utvrđeno je na Klinici za ortopediju i to skoro upola niže od proseka, Klinici za dečiju hirurgiju i Klinici za kardiovaskularnu hirurgiju (**Tabela 62**).

Tabela 62. Prosečne vrednosti ukupnog zadovoljstva poslom ispitanika na hirurškim klinikama

Hiruške klinike	Ukupno zadovoljstvo poslom§ $\bar{X} \pm SD$
Klinika za opštu hirurgiju	136.42±26.77
Klinika za očne bolesti	129.12±18.41
Klinika za ginekologiju i akušerstvo	122.57±18.84
Centar za minimalno invazivnu hirurgiju	120.76±12.08
Klinika za bolesti uva, grla i nosa	118.18±42.02
Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju	113.25±36.45
Klinika za neurohirurgiju	113.14±54.72
Klinika za urologiju	113.09±22.15
Klinika za dečiju hirurgiju i ortopediju	103.68±38.74
Klinika za kardiovaskularnu hirurgiju	103.67±55.64
Klinika za ortopediju i traumatologiju	65.75±57.85
Ukupno prosečno zadovoljstvo	116.72±34.05

Ispitivanje zadovoljstva poslom kod ispitanika u odnosu na podelu zadataka je pokazalo da postoji statistička razlika kod nekih ispitanih parametara (**Tabela 63**).

Tabela 63. Zadovoljstvo poslom ispitanika u odnosu na podelu zadataka

Zadovoljstvo poslom	Podela zadataka $\bar{X} \pm SD$			p‡
	Nesrazmerna	Neravnojpravna	Ujednačena	
Novčana stimulacija	11.47±3.78	12.67±3.08	12.69±4.06	0.467
Napredovanje	10.86±3.22 ²	12.68±3.51 ¹	13.65±4.38	0.002
Nadgledanje rada	14.31±4.72 ²	17.76±4.42 ¹	16.81±5.05	<0.001
Dobit	10.66±3.29 ²	12.19±3.76	12.77±4.97	0.017
Sistem nagrađivanja	13.07±4.28	13.92±4.28	13.55±5.13	0.510
Uslovi rada	12.28±4.00	11.94±2.97	11.57±4.11	0.337
Kolegijalni odnosi	13.43±4.15 ²	16.92±3.03 ¹	16.35±5.58	<0.001
Priroda posla	15.59±4.41	17.67±3.31 ¹	17.58±4.48	0.023
Komunikacija	13.78±4.37	15.86±4.00 ¹	15.31±6.34	0.071
Ukupno zadovoljstvo	115.45±21.91 ²	131.62±13.4 ¹	130.27±32.78	<0.001

‡ Kruskal-Wallis test, ¹ vs neravnojpravna, ² ujednačena,

Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu poslom u odnosu na stav o ravnopravnosti podele zadataka na klinici.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu napredovanjem (p=0,006), nadgledanjem rada (p<0,001), kolegijalnim odnosima (p<0,001), prirodom posla (p=0,012), komunikacijom (p=0,037), i ukupnim zadovoljstvom (p<0,001) onih ispitanika koji smatraju da je podela zadataka neravnojpravna, ali ne previše, u odnosu na ispitanike sa stavom da je podela zadataka nesrazmerna.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu napredovanjem (p=0,003), nadgledanjem rada (p=0,027), dodatnoj dobiti (p=0,014), kolegijalnim odnosima (p=0,004) i ukupnim zadovoljstvom (p=0,011) onih ispitanika koji smatraju da je podela zadataka ujednačena u odnosu na ispitanike sa stavom da je podela zadataka nesrazmerna.

Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima ispitanika prema ravnomernoj podeli zadataka u odnosu na zadovoljstvo novčanom stimulacijom, sistemom nagrađivanja, uslovima rada i komunikacijom. (**Tabela 63**)

U **tabeli 64** prikazana je međuzavisnost menadžerskih veština i zadovoljstva poslom. Utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost ukupnog zadovoljstva poslom i većine menadžerskih veština, osim primene znanja i inicijativa, orjentisanost ka uspehu i razvoja kapaciteta drugih.

Utvrđeno je da statistički značajno negativno koreliraju uslovi rada sa menadžerskom veštinom razvoja kapaciteta zaposlenih.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost kolegijalnih odnosa i profesionalnosti menadžera.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost zadovoljstva prirodom posla sa svim menadžerskim veštinama.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost zadovoljstva komunikacijom i menadžerskim veštinama: upravljanje, orjentisanost ka uspehu, održavanje radne etike, rešavanjem problema i razvoj kapaciteta drugih

Utvrđeno je da nema statistički značajne povezanosti u zadovoljstvu novčanom stimulacijom i dodatnoj dobiti, u odnosu na menadžerske veštine (**Tabela 64**).

Tabela 64. Međuzavisnost menadžerskih veština i zadovoljstva poslom

Menadžerske veštine		Ukupno Zadovoljstvo	Novčana stimulacija	Napredovanje	Nadgledanje rada	Dobit	Sistem nagrađivanja	Uslovi rada	Kolegijalni odnosi	Priroda posla	Komunikacija
Upravljanje	r	0,171*	0,009	0,239**	0,246**	0,067	-0,114	-0,120	0,146	0,225**	0,207*
	p	0,044	0,914	0,005	0,004	0,431	0,182	0,160	0,087	0,008	0,015
Održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa	r	0,169*	0,027	0,204*	0,268**	0,076	-0,111	-0,072	0,138	0,241**	0,118
	p	0,047	0,756	0,016	0,001	0,372	0,193	0,399	0,106	0,004	0,165
Primene znanja i inicijativa	r	0,127	0,018	0,188*	0,264**	-0,006	-0,104	-0,172*	0,078	0,258**	0,129
	p	0,132	0,829	0,025	0,002	0,944	0,218	0,042	0,356	0,002	0,128
Orjentisanost ka uspehu	r	0,163	0,075	0,252**	0,220**	0,070	-0,100	-0,141	0,111	0,186*	0,193*
	p	0,051	0,371	0,002	0,008	0,404	0,234	0,092	0,183	0,025	0,020
Snalažljivost	r	0,183*	0,095	0,253**	0,269**	0,116	-0,102	-0,074	0,114	0,205*	0,127
	p	0,027	0,256	0,002	0,001	0,163	0,222	0,372	0,170	0,013	0,126
Profesionalnost	r	0,214*	0,066	0,220**	0,290**	0,022	-0,068	-0,162	0,243**	0,272**	0,163
	p	0,012	0,447	0,010	0,001	0,802	0,431	0,058	0,004	0,001	0,057
Održavanje radne etika	r	0,234**	0,125	0,236**	0,260**	0,117	-0,072	-0,088	0,156	0,226**	0,209*
	p	0,006	0,143	0,005	0,002	0,170	0,401	0,305	0,068	0,008	0,014
Rešavanje problema	r	0,262**	0,097	0,276**	0,324**	0,101	-0,068	-0,131	0,164	0,330**	0,180*
	p	0,003	0,273	0,002	0,000	0,254	0,447	0,138	0,063	0,000	0,041
Donošenje odluka	r	0,174*	0,108	0,211*	0,238**	0,120	-0,070	-0,129	0,065	0,201*	0,118
	p	0,045	0,217	0,015	0,006	0,170	0,424	0,138	0,461	0,020	0,176
Razvoj kapaciteta drugih	r	0,169	0,104	0,273**	0,219*	-0,017	-0,148	-0,175*	0,160	0,225*	0,176*
	p	0,057	0,245	0,002	0,013	0,851	0,098	0,048	0,073	0,011	0,048

r-koeficijent proste linearne korelacije, p-vrednost. ** p<0,001, * p<0,05



Prema rezultatima istraživanja, utvrđeno je da nema statistički značajne povezanosti ukupnog zadovoljstva zaposlenih i motivacije (**Tabela 65**).

Tabela 65. Međuzavisnot ukupnog zadovoljstva poslom i motivacije

Parametar		Ukupno zadovoljstvo poslom
Motivacija	r	-0,033
	p	0,713

r-koeficijent proste linearne korelacije, p-vrednost, $p > 0,05$

Prema rezultatima istraživanja, utvrđeno je da postoji statistički značajna povezanost ukupnog zadovoljstva zaposlenih i menadžerskih uloga: lider ($r=0,272$, $p=0,002$), donosilac odluka ($r=0,196$, $p=0,022$), inovator ($r=0,206$, $p=0,014$) i pregovarač ($r=0,237$, $p=0,005$) (**Tabela 66**).

Tabela 66. Međuzavisnost ukupnog zadovoljstva poslom i menadžerskih uloga

Parametar		Ukupno zadovoljstvo poslom
Nadgledanje rada	r	0,107
	p	0,206
Portparol	r	0,154
	p	0,073
Lider	r	0,272**
	p	0,002
Održava kontakte	r	0,118
	p	0,164
Donosilac odluka	r	0,196*
	p	0,022
Inovator	r	0,206*
	p	0,014
Pregovarač	r	0,237**
	p	0,005

r-koeficijent proste linearne korelacije, p-vrednost, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Rezultati istraživanja i distribucija odgovara o važnosti i postojanju sistema vrednovanja i samovrednovanja na ispitanim klinikama prikazani su u **tabeli 67**.

Preko trećine ispitanika (36,5%) smatra da je važno vođenje evidencije o samovrednovanju, a da je to tačno smatra 21% ispitanika. Dve trećine ispitanika (68,3%) smatra da je važno da se obaveze i zaduženja zaposlenima raspoređuju na osnovu stručnosti,

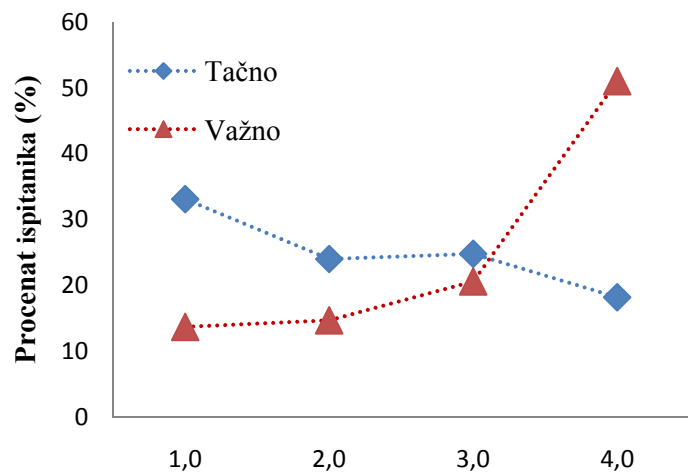
znanja i sposobnosti, a da je to tačno smatra 24,4% ispitanika. Takođe, dve trećine ispitanika (69,3%) smatra važnim da obaveze i zaduženja budu jasni i da doprinose efektivnosti rada klinike, a da je to tačno smatra jedna trećina ispitanika (30,5%). Značajna većina ispitanika (70,8%) smatra da je važno da se radni timovi formiraju na osnovu stručnosti, znanja i sposobnosti članova, a da je to tačno smatra 28,1% ispitanika. Takođe, 61,0% zaposlenih smatra da je važno da se efektivnost i efikasnost rada u timu motiviše i stimuliše, a da je to tačno smatra 15,0% ispitanika. Pravilni raspored poslova, koji obezbeđuje efikasnost rada klinike, smatra važnim 73,1% ispitanika, a da je tačno smatra 31,8% ispitanika. Praćenje efektivnost i efikasnost svakog zaposlenog na klinici smatra važnim 58,5% ispitanika, a da je to tačno smatra 18,1% ispitanika. Precizno propisane kriterijume za pohvaljivanje i nagrađivanje zaposlenih na klinici važnim smatra 61,1% ispitanika, a da je tačno smatra 10,4% ispitanika. Takođe, da se propisani kriterijumi za pohvaljivanje i nagrađivanje se primenjuju smatra važnim 58,3% ispitanika, a da je to tačno smatra 11,3% ispitanika. Dobra koordinacija rada stručnih službi na klinici je važna smatra 63,2% ispitanika, a da je to tačno smatra 22,7% ispitanika (**Tabela 67**).

Tabela 67. Distribucija odgovora o važnosti i postojanju sistema vrednovanja i samovrednovanja

VAŽNO (Ocena od 1 do 4)								TVRDNJA	TAČNO (Ocena od 1 do 4)							
1		2		3		4			1		2		3		4	
n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%
21	13,7	23	14,7	33	20,6	81	51,0	Na klinici se sprovodi samovrednovanje na osnovu utvrđenih dokaza	52	33,1	38	24,0	39	24,8	29	18,2
28	17,5	29	18,4	38	24,3	63	39,8	Uključen sam u proces samo vrednovanja	72	45,5	35	22,3	25	15,7	26	16,5
27	17,3	30	19,2	43	26,9	58	36,5	Vodim evidenciju o svom samovrednovanju	64	40,3	28	17,6	33	21,0	33	21,0
9	5,8	12	7,7	29	18,3	108	68,3	Obaveze i zaduženja se raspoređuju zaposlenima na osnovu stručnosti, znanja i sposobnosti	37	23,6	35	22,0	47	29,9	39	24,4
8	5,0	11	7,1	29	18,6	110	69,3	Obaveze i zaduženja su jasni, precizni, pravovremeni i doprinose efektivnosti rada klinike	25	15,6	38	24,2	47	29,7	48	30,5
12	7,5	7	4,7	27	17,0	112	70,8	Timovi se formiraju na osnovu stručnosti, znanja i sposobnosti članova	38	24,2	32	19,5	44	28,1	44	28,1
9	5,7	21	13,3	32	20,0	96	61,0	Efektivnost i efikasnost rada u timu se motiviše i stimuliše	62	39,4	36	22,8	36	22,8	24	15,0
9	5,6	6	3,7	28	17,6	115	73,1	Pravilnim rasporedom poslova obezbeđuje se efikasnost rada Klinike	33	20,9	32	20,2	43	27,1	50	31,8
12	7,5	15	9,4	39	24,5	92	58,5	Na klinici se prati efektivnost i efikasnost svakog zaposlenog	58	37,0	30	18,9	41	26,0	29	18,1
22	13,9	12	7,4	28	17,6	96	61,1	Klinika ima precizno propisane kriterijume za pohvaljivanje i nagrađivanje zaposlenih	95	60,0	20	12,8	27	16,8	16	10,4
22	13,9	15	9,3	29	18,5	92	58,3	Propisani kriterijumi za pohvaljivanje i nagrađivanje se primenjuju	82	51,6	29	18,5	29	18,5	18	11,3
7	4,7	21	13,2	30	18,9	100	63,2	Na klinici postoji dobra koordinacija rada stručnih službi	36	22,7	36	22,7	50	32,0	36	22,7

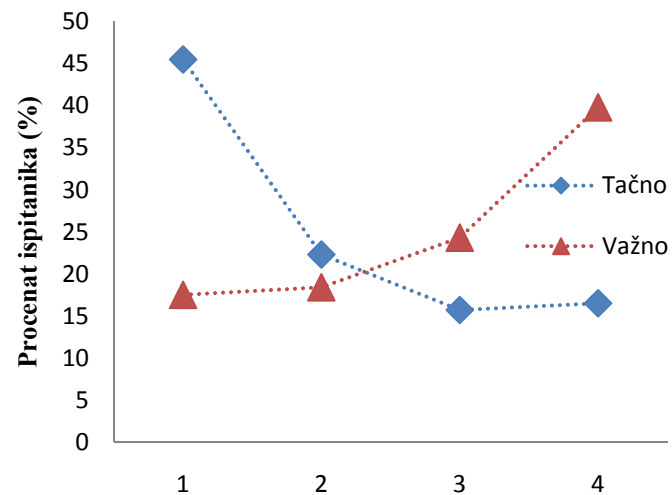
Sprovođenje samovrednovanje na klinici na osnovu utvrđenih dokaza smatra važnim 51,0% ispitanika, a da je to tačno smatra 18,2% ispitanika (grafikon 13). Uključivanje u proces samovrednovanja smatra važnim 39,8% ispitanika, a da je to tačno smatra 16,5% ispitanika (grafikon 14)

Na klinici se sprovedi samovrednovanje na osnovu utvrdenih dokaza



Grafikon 13. Stav ispitanika u vezi sprovođenja samovrednovanja na klinici

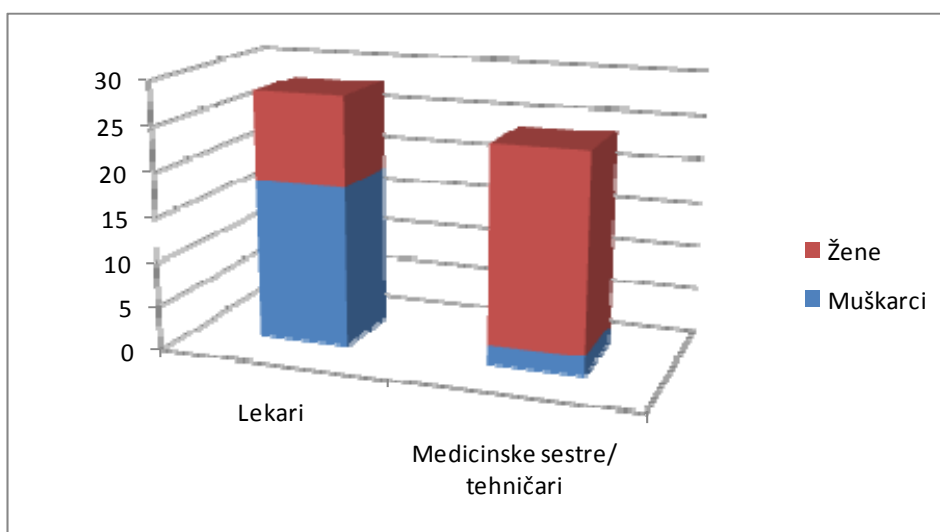
Uključen sam u proces samovrednovanja



Grafikon 14. Stav ispitanika u vezi uključivanja u proces samovrednovanja

5.2. Analiza podataka iz intervjua

U intervjuiima su učestvovali lekari i medicinske sestre sa 11 hirurških klinika KC Niš. Od pozvanih 55 ispitanika (30 lekara i 25 medicinskih sestara), odazvalo se ukupno 52, dok je troje opravdano izostalo. Od 52 intervjuisanih ukupno je bilo 28 lekara (18 muškaraca i 10 žena) i 24 medicinskih sestara (2 medicinska tehničara i 22 medicinske sestre) (Grafikon 15). Uzrast ispitanika kretao se od 36 - 46 godina, sa izuzetkom jedne osobe koja je bila 65 godina starosti.



Grafikon 15. Distribucija ispitanika po zanimanju i polu

Odgovori na pitanje "Kada biste postali rukovodilac, šta je ono što bi ste želeli da naučite da biste bili izuzetan rukovodilac?" su prikazani u **tabeli 68** i rangirani prema važnosti na osnovu broja odgovora ispitanika.

Tabela 68. Veštine/ osobine važne za uspešnog menadžera u zdravstvu prema mišljenju ispitanika

Rangiranje	Veštine/ osobine
Veoma važne	Komunikacije
	Stručnost
	Kreativnost
Važne	Ljudskost
	Veštine upravljanja
Manje važne	Inovator/Inicijator
	Odlučnost
Najmanje važne	Istrajnost

Kao najvažnije karakteristike ispitanici u intervjuima su istakli komunikaciju, stručnost i kreativnost, a najmanje važno istrajnost.

Oblasti važne za uspešnog menadžera u zdravstvu, proistakle iz intervjuja, su prikazane u **tabeli 69**.

Tabela 69. Oblasti važne za uspešnog menadžera u zdravstvu prema mišljenju ispitanika (od najvažnije)

Oblasti
Organizacija rada
Javna nabavka
Upravljanje ljudskim resursima
Planiranje
Predstavljanje klinike
Upravljanje informacijama
Organizacija vremena

Odgovori na pitanje "Šta 'zavisi' od direktora klinike"- svi ispitanici su odgovorili da *"ne zavisi ništa"* i *"sve ide 'odozgo' "*. U vezi organizacije rada, ispitanici su uglavnom tvrdili da od direktora klinike zavise *"međuljudski odnosi i atmosfera"*, ali i da od *"ličnog angažovanja u zajednici mogu da se unaprede neki uslovi rada zaposlenima i boravak pacijentima"*. Neki ispitanici su izjavljivali da *"direktor klinike treba da organizuje posao tako da bude ravnomerno i ravnopravno raspoređen"* i da to ne zavisi od 'viših instanci' već od znanja i sposobnosti samog rukovodioca. Tri ispitanika su istakla da su "direktoru 'vezane' ruke" i da ne može da utiče ni na organizaciju posla. Takođe, kao važnu temu, 20 ispitanika je istaklo - *"usavršavanje - koje uveliko zavisi od direktora klinike i spremnosti da pruži ravnopravnu mogućnost za sve"*.

Odgovori na pitanje "Koji su pravi indikatori rada u zdravstvenim ustanovama – merenja aktivnosti, kvaliteta, uspešnosti?"- polovina ispitanika odgovorila je da se sa postojećim indikatorima manipuliše, pa tako *"broj operacija na kraju godine se tumači kao uspeh, a nema podataka o uspešnosti tih operacija i da li se kvalitet života pacijenta poboljšao..."*, *"ide se samo na broj pregleda, pa tako ambulanta u jednom kliničkom centru radi kao 'seoska' ambulanta... što znači da se rade pregledi koje treba da sanira primarno zdravstvo, a ne lekar u tercijarnom zdravstvu - koje postaje samo preopterećeno, neuslovno i na kraju i neefikasno"*. Druga polovina ispitanika je istakla da indikatori određivanja kvaliteta rada nisu dati adekvatno ni za lekare, niti za medicinske sestre, tako da se izbegava

preopterećenje nekih zaposlenih, a "gleda kroz prste drugima"; takođe, oni smatraju da je neophodno "da se odredi težina intervencija, samim tim i dužina i angažovanje osoblja".

Jedan od predloga intervjuisanih bio je da se uvede "ocena" po principu "kompleksnog indikatora koji bi obuhvatio više komponenti" pored već postojećih kvantitativnih indikatora ("koji ne bi mogli da budu podložni manipulaciji ako se uspostave "standardi - kvote" i jasni principi"). Indeks uspešnosti rada bi obuhvatao komponente kao što su: završen posao, inovator, inicijator, povoljan ishod, prihvatanje i usvajanje novina, empatija za pacijente, bazično obrazovanje i usavršavanje, zrela ličnost.

Odgovori na pitanje "Da li direktor može ili mora da bude lekar i pod kojim uslovima?" - većina ispitanika smatra da menadžer tj. rukovodilac u zdravstvu mora bit lekar, dok samo manji broj smatra da "rukovodilac treba da bude 'profesionalni menadžer' sa završenim fakultetom za menadžment." Dva ispitanika smatralo je da je ekonomski fakultet neophodan za rukovodioca klinike (**Tabela 70**).

Tabela 70. Odgovori na pitanje "Da li direktor može ili mora da bude lekar i pod kojim uslovima?"

<p>"menadžer mora da se bavi samo tim poslom da bi klinika funkcionisala kako treba" "ne može lekar i da operiše i da upravlja i da oba radi kako treba" "nije dovoljan samo medicinski fakultet, treba da se nauči menadžment".</p>
--

U vezi obrazovanja u oblasti menadžmenta u zdravstvu, većina ispitanika odgovara da bi " 'mentorstvo' iz oblasti menadžmenta u zdravstvu tokom obavljanja dužnosti rukovodioca bila idealna forma" za prenošenje i usvajanje znanja iz ove oblasti. Glavni razlog je "vreme" i nedostatak istog, ali i sama "efektivnost" ovog metoda "obuka na licu mestu"(engl. "on work training"); npr. "dobro bi bilo da se dobiju osnovne smernice iz ove oblasti, a potom pod budnim okom i dnevnim konsultacijama da direktno primenjujem znanje". Manjina ispitanika smatra da usavršavanje putem treninga, seminara, obuka jeste pravi pristup, dok argument protiv usavršavanja u trajanju od godinu i dve i usvajanja znanja i veština menadžmenta u zdravstvu na taj način, jesu: "znam primere gde su rukovodioci odlazili na takva usavršavanja nisu to ozbiljno shvatali, izostajali su sa posla, a i nakom toga nije bilo poboljšanja u radu"; "rukovodioci prođu treninge i obuke, a potom budu smenjeni i nikom ništa"; "nemam vremena da godinu ili dve pohađam dodatne obuke pored sveg posla i porodičnih obaveza".

Odgovori na pitanje "Da ste vi rukovodilac, šta bi ste odmah promenili ili uveli kao novinu?" ispitanici su dali skoro identične odgovore formulisane sopstvenim izražavanjem (**Tabela 71**).

Tabela 71. Odgovori na pitanje "Da ste vi rukovodilac, šta bi ste odmah promenili ili uveli kao novinu?"

<i>Povećao/la platu</i>
<i>Povećao/la broj zaposlenih</i>
<i>Obavio/la nabavku sredstava za rad</i>
<i>Unapredio/la sistem motivacije/nagrade/kazne</i>
<i>Podržao reformu zdravstvenog sistema i zdravstvenog osiguranja</i>
<i>Obezbedio hitno status službenog lica za zdravstvene radnike</i>
<i>Obezbedio adekvatnu opremu</i>
<i>Unapredio uslove rada (nove uniforme/kodeks oblačenja,soba za odmor, obroci)</i>

5.3. Analiza podataka dobijenih kroz fokus grupe

Učesnici fokus grupa su bili izuzetno kooperativni, sa 100% aktivnim učešćem, bez konflikte situacije i sa puno uzajamnog poštovanja. Utisak istraživača je da postoji visoka potreba za iznošenjem i razmenom mišljenja među zdravstvenim radnicima, otvorenim diskusijama i grupnim radom u donošenju potencijalnih rešenja. Vremenski okviru su ispoštovani i svi učesnici su izrazili spremnost za dalju saradnju. Učesnici nisu pokazali strah u iznošenju svojih stavova i mišljenja, smatrajući da je sve izneseno korektno, istinito i proverljivo.

U grupi "hitni slučajevi i politrauma" kao glavna snaga istaknut je stručni kadar koji je iskusan, profesionalan, uvek dostupan i orijentisan ka bolesniku. Kao snaga, istaknute su i usluge koje su visokokvalitetne i usklađene sa evropskim standardima.

Kao ključne slabosti sa kojima se suočavaju zaposleni na hiruškim klinikama, učesnici fokus grupa navode: prostor i opremu, nedovoljan broj ambulanti, kao i nedostatak ljudskih resursa, sredstava za rad, i nesrazmernu podelu posla. Slabost sa kojom se suočavaju prilikom saniranja hitnih slučajeva jeste udaljenost tj. lokacija određenih klinika. Takođe, kao slabost ističu i 24-satno dežurstvo bez definisanih pauza za obroke gde jedan od učesnika diskutuje: *"nemamo definisane pauze za jelo, pa ako treba da ručam, a nisam ponela od kuće i u hodu pojela, ja ne mogu da napustim kliniku i kupim sebi obrok, jer napuštanje klinike nije dozvoljeno, ili da rizikujem i krijem se od pacijenata kao krivac"*.

Po mišljenju učesnika, mogućnost rešenja u ovoj oblasti je da se predstavi problem Ministarstvu zdravlja i da se eventualno popravi zdravstvena politika (*"od sadašnjeg planiranja baziranog na demografskim parametrima, i po broju kreveta, (ka) da se u buduće uzmu u obzir: nivoi nege, težina patologije na klinikama, novi zdravstveni trendovi, prilikom planiranja broja zaposlenih"*); kao i rešenje u oblasti "politike zapošljavanja" koje vide u 10-godišnjem planiranju kadra, *"jer potrebno je mnogo godina da se jedan lekar usavrši za samostalan rad na hirurgiji i ne postoje brza-rešenja"*. Učesnici su se složili da su rešenja i u formiranju novih timova za nove metode, kao i adekvatna oprema i edukacija; jasno definisanje odnosa između ustanova u sistemu zdravstvene zaštite tj *"odvajanje primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i definisanje uloga"*; da se problemi rešavaju *"unutar kuće" a ne da se politizuju i "senzacionalistički" iznose u javnost"*. Po mišljenju učesnika, kao moguće i veoma važno rešenje istaknuto je uvođenje jasnih procedura u svim domenima i da je *"važno da se svaka naredba, dodeljen zadatak, ili novi sistem rada jasno predoči, napismeno, da bi se izbegla svaka mogućnost manipulacije rukovodećeg kadra-*

nadređenih prema podređenima i svaljivala krivica ili odgovornost bez prethodno jasno definisanih obaveza i uloga."

Kao pretnje i faktore iz spoljašnjeg okruženja u kome rade učesnici navode: *"krivica loših pravilnika iz 2006. godine - koji definišu planiranje ljudstva", zatim tzv. "vikend-problem kada zdravstvene ustanove iz okruženja upućuju pacijente u KC, pa da se tako "zbrine pacijent", a njima skine odgovornost, što nama optereti kapacitete".* Teškoću predstavlja i slabost nižih nivoa zdravstvene zaštite, pa se tako veoma često suočavaju sa *"skretničarenjem"* - npr. *"najlakše je dati uput za KC a ne sanirati minimum"*: ovo je istakao jedan od učesnika, a svi ostali u potpunosti su se složili sa konstatacijom. Učesnici se slažu u potpunosti da je jedan od ključnih pretnji odnos sa drugim nivoima zdravstvene zaštite - *"problem je to što treba da radi DZ (dom zdravlja) radi KC! npr. pregledi, skidanje konaca, obrada rane..."*. Na kraju, ali ništa manje važnija pretnja, koju ističu svi učesnici jeste i atmosfera u društvu kada je u pitanju odnos lekar-pacijent. *"Stvorena je atmosfera suprotstavljenosti lekar-pacijenti, gde država svojim istupima preko rukovodioca podržava taj jaz, ... a sve je to posledica nedefinisanih prava i obaveza. Ne može cela struka da bude kriva, ako pojedinac uradi nešto nečasno - postoji red i zakon i da se poštuje. Sve drugo urušava ugled profesije i daje vetar u leđa pacijentima da se konfrontiraju i ulaze u fizičke obračune..."*.

U **tabeli 72** su prikazani faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose na hitne slučajeve i politraume.

Tabela 72. Faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose na hitne slučajeve i politraume

<p><u>Snage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar - iskusan, profesionalan, uvek dostupan, orijentisan ka bolesniku. 	<p><u>Slabosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prostorna organizacija - manjak prostora, razućdenost objekata, tehnički nedostaci - Oprema i sredstva za rad - Prijem politrauma - Kadar - broj zaposlenih - Organizacija posla
<p><u>Mogućnosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Novi KC - formiranje Urgentnog centra - Reorganizacija rada - Prijem novih radnika - Uvesti jasne procedure 	<p><u>Pretnje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zakonska regulativa - planiranje kadrova - Nepoštovanje nivoa zdravstvene zaštite (opis posla i upućivanje) -Negativno javno mnjenje u odnosu lekar-pacijent

U grupi "ambulantni pregledi i bolničko lečenje i prijem" učesnici su kao glavnu snagu istakli kadar koji je uigran, iskusan, adekvatno reaguje i u slučaju očekivanih i neočekivanih situacija.

Učesnici su kao slabost istakli uvođenje elektronskog sistema zakazivanja, koji u ovom trenutku stvara "velike gužve". Lekar u fokus grupi ističe da se sada pregledi zakazuju na po 15 minuta, ali u praksi umesto 4 pacijenta za sat vremena, pregleda se po 30 pacijenata. Pacijenta ne možete da vratite, tako na zakazana 24 pacijenta bude 120 pregleda. Sa druge strane *"podržava se što veći broj pregleda kao indikator uspešnosti rada, dok istovremeno gubimo kvalitet"*. Drugi učesnik ističe da je ozbiljan problem kada se u ambulanti na jednom aparatu (zbog nedostatka prostora i opreme) pregledaju i ambulantni i ležeći pacijenti čime se ozbiljno ugrožavaju pacijenti usled mogućnosti širenja bolničkih infekcija, dok i ostali navode skoro identične situacije. *"Sistem zakazivanja daje mogućnost zakazivanja po lekaru, ali apart je jedan, pa dolazimo u situaciju da i 3 lekara u isto vreme imaju zakazan pregled"*. Kao slabost navedeno je i izostajanje adekvatne tehničke podrške. Po mišljenju učesnika, moguća rešenja predstavljaju promene u sistemu zakazivanja (poštovanje zakazanih termina), nabavci opreme, poboljšanju uslova rada, kao i novoj organizaciji celokupnog zdravstvenog sistema.

Posebna pretnja u ovoj oblasti jeste već pomenuto *preskakanje nižih nivoa zdravstvene zaštite*, odnosno dolazak u ustanovu tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite za stanja koja mogu biti sanirana na primernom i/ili sekundarnom. Ispitanici fokus grupe, kao jedno od rešenja vide u jasno postavljenim kriterijumima, koja stanja upućivati na kliniku, ali i sam proces izdavanja uputa, da lekar specijalista na nižem nivou zdravstvene zaštite upućuje pacijenta u klinički centar.

U **tabeli 73** su prikazani faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose na ambulantne preglede, bolničko lečenje i prijem.

Tabela 73. Faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose na ambulantne preglede, bolničko lečenje i prijem

<p><u>Snage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar - uigran, iskusan, adekvatno reaguje i u slučaju očekivanih i neočekivanih situacija. -Usluge - uvođenje novih metoda 	<p><u>Slabosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uvođenje integrisanog zdravstvenog sistema (IZIS) - Tehnička podrška - Oprema i prostor - da se ne 'ukrščaju' putevi ambulantnih i ležećih pacijenata - Kadar - broj zaposlenih nedovoljan da prati uvođenje većeg broja novih metoda
<p><u>Mogućnosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Novi KC - prostorno uređenje ambulanti - Reorganizacija rada - Prijem novih radnika - Jasne procedure kod zakazivanja, pregleda, prijema - Da se unapredi sistem zakazivanja 	<p><u>Pretnje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nepoštovanje nivoa zdravstvene zaštite (opis posla i upućivanje) - Zakonska regulativa - planiranje kadrova -Negativno javno mnjenje u odnosu lekar-pacijent

U grupi "dnevna hirurgija" učesnici su istakli da je glavna snaga motivacija zaposelnih za usavršavanjem i uvođenje novih metoda.

Učesnici kao glavnu slabost navode da je veliki broj pacijenata, ali mali broj lekara na pojedinim klinikama, a sa druge strane na nekim klinikama ima potrebe i radi se dnevna hirurgija. Učesnici ističu da je ovde bitna dobra organizacija, oprema i edukovano osoblje za najnovije metode, ali i da tamo gde postoje ispunjeni ovi uslovi, neophodno je "podnoviti opremu".

Moguće rešenje učesnici fokus grupe vide u postavljanju norme, tj. broju pacijenata po danu, zatim praviti listu čekanja i napraviti sistem saradnje sa privatnim zdravstvenim ustanovama, koji ne bi bio podložan zloupotrebi i manipulaciji.

Prema rezultatima iz ove fokus grupe, pretnje i izazovi jesu oprema i broj zaposlenih koji treba da prati uvođenje novih metoda, kao i unapređen informaciono-tehnološki sistem koji bi sve ispratio. Ispitanici su kao jedno od mogućih rešenja videli u kontinuiranoj obuci zaposlenih u ovom sektoru, ali i većem broju zaposlenih koji bi formirali jak tim.

U **tabeli 74** su prikazani faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose na dnevnu hirurgiju.

Tabela 74. Faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose na dnevnu hirurgiju

<p><u>Snage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar - motivisan za usavršavanjem - Zauzetost postelja - Nastavna baza fakulteta - Anesteziologija 	<p><u>Slabosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Oprema i prostor - Kadar - obuka za veći broj zaposlenih da isprate porast broja novih metoda
<p><u>Mogućnosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Novi KC - Uvođenje normi - Prijem novih radnika - Nova tržišta 	<p><u>Pretnje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zakonska regulativa - zabrana zapošljavanja, postojeći normativi za broj zaposlenih - Usavršavanje zaposlenih, ako s ene odobre sredstva

U **tabeli 75** su prikazani faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose na operacioni blok i anesteziološke usluge.

Grupa "operacioni blok i anesteziološke usluge" kao glavnu snagu prepoznaju kadar, koji je motivisan za usavršavanjem, ali i veoma stručan (vodeći u zemlji i prepoznati u Evropi).

Za glavnu slabost, učesnici u radu ove fokus grupe, ističu neodgovarajući broj sala, opreme i kadra, kao i neadekvatno planiranje i nabavku, ali i orgaizaciju posla.

Moguće rešenje je zaposliti ljude, obnoviti opremu, održavanje i servisiranje redovno, kao i profesionalno planiranje broja zaposlenih, njihovo usavršavanje i planiranje opreme.

Pretnje koje je grupa prepoznala jeste broj zaposlenog medicinskog osoblja. Istakli su dužinu školovanja i usavršavanja jednog hirurga (koje može trajati i 10 godina) i shodno tome pravovremeno i adekvatno planiranje ljudstva, ali i da se uzme u obzir trenutna starosna struktura zaposlenih na pojedinim klinikama.

Tabela 75. Faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose na operacioni blok i anesteziološke usluge

<p><u>Snage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar - motivisan za usavršavanjem - Usluge - širok spektar - Nastavna baza fakulteta - Anesteziologija 	<p><u>Slabosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar - planiranje i zapošljavanje (mali broj stručnog kadra, a puno novih metoda) - Oprema i prostor - Nabavka sredstava za rad - Organizacija posla
<p><u>Mogućnosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Novi KC - broj sala i oprema - Organizacija posla - Prijem novih radnika - Nova tržišta 	<p><u>Pretnje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zakonska regulativa - zabrana zapošljavanja - Usavršavanje i planiranje zaposlenih (usavršavanje hirurga dugo traje)

U **tabeli 76** su prikazani faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose informacione tehnologije i organizaciju rada.

Grupa "informaciona tehnologija i organizacija rada" ističe kao glavnu snagu motivisane zaposlene spremne na usavršavanje.

Za glavnu slabost, učesnici fokus grupe prepoznaju raskorak u kupovini i obnavljanju opreme i softvera. Jedan od učesnika takođe ističe da *"nema dovoljno stručnog kadra da prati tehničke trendove, jer ne-medicinski kadar se ne edukuje dovoljno"*.

Po mišljenju učesnika, moguće rešenje jeste unaprediti tehničku opremljenost, edukovati kadar za tehničku podršku, uvesti jedinstven softverski sistem za sve u zdravstvu, kao i elektronski medicinski karton; nova oprema sa izgradnjom Novog KC.

Jedna od pretnji iz spoljašnjeg okruženja, prema mišljenju ove fokus grupe, je *"softverska nepovezanost-neusklađenost između različitih zdravstvenih ustanova (svako ima svoj program)"*; takođe, *"nema jedinstvene baze podataka, pa je nemoguće osnovnu analizu uraditi (već se ručno listaju istorije bolesti), a nema ni tim ljudi koji bi napravio bazu i održavao"*, ističu učesnici fokus grupe.

Tabela 76. Faktori unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja ispitanih hirurških klinika koji se odnose informacione tehnologije i organizaciju rada

<p><u>Snage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar - motivisan za usavršavanjem - Služba - formirana 	<p><u>Slabosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Oprema - Softver - Kadar - obuka više ljudi za nove tehnologije i programe - Baza podataka jedinstvena i precizna
<p><u>Mogućnosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nabavka opreme i softvera - Kadar - edukacija - Elektronski medicinski karton 	<p><u>Pretnje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - softverska nepovezanost između zdravstvenih ustanova

Analizom rezultata rada svih fokus grupa (**tabela 77**), može se reći da su ljudski resursi osnovna *snaga* hirurških klinika. Kadar je iskusan, profesionalan, posvećen i požrtvovan što je preduslov za prevazilaženje izazova ka pružanju efikasne pomoći i usluga pacijentima. Kadar je orjentisan ka pacijentima koje stavlja na prvo mesto, spreman na usavršavanje. Takođe, kao snagu ističu svoju ulogu naučno-nastavne baze medicinskog fakulteta u Nišu, što ih je približilo "medicini zasnovanoj na dokazima". Klinike se bave kompletnom hirurškom problematikom (sekcija 5.1.4). KC i hirurške klinike referentan su centar za region Južne i

Istočne Srbije ka kome gravitira blizu tri miliona stanovnika. Kadar je spreman i motivisan da se usavršava.

Glavna *mogućnost* hirurških klinika je u izgradnji novog Kliničkog centra koji je u planu. Kao važna mogućnost prepoznato je i reformisanje zakonskih regulativa, standardi i akreditacija. Mogućnost osnaživanja prepoznaje se kroz programe obuke koji mogu da se organizuju. Iako u nadležnosti Ministarstva zdravlja RS, klinike vide mogućnost u saradnji sa lokalnom zajednicom, privredom.

Najveća *slabost* hirurških klinika je prostor, star i nenamenski, sa velikim brojem postelja u jednoj sobi, ili sa druge strane, mali broj soba i stara oprema koju treba obnoviti. Takođe, kao slabost istaknut je ljudski kadar u broju i obuci za pojedine metode i intervencije, ali i "sagorevanje na poslu". IT podrška ne prati potrebe i dostignuća.

Pretnja koja najviše ugrožava hirurške klinike je nemogućnost uključivanja u odlučivanje kada je u pitanju kadrovska politika i zakonska regulativa zabrane zapošljavanja u javnom sektoru, ali i neadekvatni pravilnici o planiranju kadra u zdravstvu. Pretnju predstavlja i nedovoljno izdvajanje za zdravstvo, neadekvatne nadoknade zaposlenima, kao i odlazak stručnog kadra u inostranstvo, takođe, IT podrška, odnosno neujednačenost u softverima između zdravstvenih ustanova, kao i nepostojanje jedinstvene baze podataka jeste pretnja spoljašnjeg okruženja.

Tabela 77. Lista faktora snage, slabosti, mogućnosti i pretnje koji se odnose na unutrašnje i spoljašnje okruženje hiruških klinika dobijenih na osnovu rada fokus grupa

Snage (S)	Slabosti (W)
<p>Visokoobrazovan kadar, uigran, iskustvo Kontinuirana edukacija medicinskog kadra Učestvovanje u projektima i studijama Kontinuirano uvođenje dijagnostičkih i terapijskih procedura Regionalni centar/ referentna ustanova Orjentisanost ka hirurgiji najvišeg nivoa Maksimalna dostupnost Investiranje u opremu i Novu zgradu KC Nastavno-naučna baza Medicinskog fakulteta</p>	<p>Finansijska opterećenost/ visoki troškovi održavanja Nedovoljan broj medicinskog osoblja određenih stručnih profila Nedovoljna motivacija zaposlenih Sagorevanje na poslu Potreba za kontinuiranim održavanjem i podnavljanjem medicinske opreme Razuđeni i dotrajali objekti Saniranje pacijenata koji mogu da se reše na drugim nivoima zdravstvene zaštite Praćenje pokazatelja kvaliteta rada</p>
Mogućnosti (O)	Pretnje (T)
<p>Saradnja sa Ministarstvom zdravlja RS Akreditacija Nova zakonska regulativa koja podržava zapošljavanje kadra zasnovanog na potrebama Učešće u međunarodnim projektima i rad u međunarodnim asocijacijama Donacije Reforma Plana mreže zdravstvenih ustanova Uvođenje novih, modernih metoda i tehnologija Motivacija zaposlenih Saradnja sa lokanom zajednicom (privatni sektor, civilni sektor, mediji...)</p>	<p>Pandemije zaraznih i nezaraznih bolesti Restriktivan zdravstveni budžet Starenje stanovništva Narastajuće siromaštvo Konkurentnost na tržištu Nestabilnost farmaceutskog tržišta Stanje lokalne privrede Odlazak obrazovnog i stručnog kadra</p>

5.4. Analiza ključnih pokazatelja aktivnosti hiruških klinika KC u Nišu

Ključni pokazatelji aktivnosti analizirani su na ukupno 11 klinika hiruških grana (visokospecijalizovanih zdravstvenih ustanova) KC u Nišu, i to:

1. Klinika za opštu hirurgiju - pruža usluge iz domena opšte, abdominalne, grudne, endokrine hirurgije i hirurgije dojke, a zbrinjava i politraumatizovane bolesnike;

2. Klinika za neurohirurgiju - bavi se kompletnom neurohirurškom patologijom: operativnim lečenjem svih vidova krvarenja, hiruškim lečenjem vaskularnih malformacija mozga, tumorskih procesa u mozgu, perifernim živcima, kao i konzervativnim lečenjem svih traumatskih povreda glave, koje nisu za operativno lečenje do njihove stabilizacije i dr.

3. Klinika za ortopediju i traumatologiju - bavi se zbrinjavanjem koštano-zglobnih trauma, dijagnostikom i terapijom ortopedskih oboljenja. Na ovoj klinici nastale su brojne originalne metode lečenja preloma i uvedene su savremene dijagnostičke i terapijske procedure: minimalno invazivna metoda korekcije angularnih i kompleksnih deformiteta sa velikimproduženjem ekstremiteta spoljnim fiksatorima po Mitkoviću i dr.

4. Klinika za urologiju - obavlja se dijagnostika i hirurško lečenje oboljenja urinarnog trakta. Uvedene su brojne nove dijagnostičke i terapijske metode: plastične rekonstrukcije uretre, operacija TVT (transobturatori i suprapubični pristup u rešavanju stres inkontinencije), operacija „Pro lift" i dr.

5. Klinika za kardiovaskularnu hirurgiju sa transplantacionom hirurgijom - najmlađa klinika u okviru Klinickog centra Niš, zvanično je otvorena 24.11.2014. godine i bavi dijagnostikom, lečenjem i hirurškim zbrinjavanjem oboljenja srca i perifernih krvnih sudova primenom najsavremenijih metoda u dijagnostici i terapiji kardiovaskularnih oboljenja.

6. Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju - takođe, jedna od najmlađih klinika Kliničkog centra, počela sa radom 01.09.2007 i njena delatnost je u oblastima: onkološke hirurgije kože i mekih tkiva, kompletne hirurgije šake sa implantacionom hirurgijom MCP IPIP zglobova, rekonstruktivne hirurgije uključujući i mikrohirurške rekonstrukcije tretmana opekotinskih rana, estetske hirurgije, rekonstrukcije dojke posle operacije tumora i dr.

7. Klinika za ginekologiju i akušerstvo - bavi se dijagnostikom i terapijom ginekoloških oboljenja, patologijom trudnoće, porođajem, problematikom infertiliteta, juvenilnom i adolescentnom ginekologijom, ginekološkom endokrinologijom, hirurškim tretmanom ginekoloških oboljenja, vantelesnom oplodnjom, minimalno invazivnom hirurgijom u

ginekologiji, savremenom neonatologijom, savremenih postupaka ranog otkrivanja i tretmana premalignih i malignih stanja na genitalnim organima i dr.

8. Klinika za očne bolesti - primenjuje najsavremenije metode dijagnostike i lečenja očnih bolesti kao što su: ultrazvučna operacija katarakte-fakoemulzifikacija, kombinovana operacija glaukoma i operacija katarakte ultrazvukom, operacija ablacija retinevitrektomija "pars plana", primena mitomicina u hirurgiji glaukoma i dr.

9. Klinika za bolesti uva, grla i nosa - bavi se dijagnostikom i terapijom oboljenja uha i gornjih partija respiratornog trakta koristeći savremene procedure: impedansometrija, otoakustička emisija, akustički evocirani potencijali, endovideostroboskopija i druge metode.

10. Klinika za dečju hirurgiju i ortopediju - bavi se hirurškim lečenjem oboljenja dečijeg uzrasta iz oblasti dečije hirurgije, ortopedije i traumatologije. Pored klasičnih dijagnostičko-terapijskih procedura iz domena dečije i ortopedске hirurgije uvedene su i procedure rešavanje kongenitalnih anomalija i dr.

11. Centar za minimalnu invazivnu hirurgiju - uglavnom se bavi hirurgijom kila (otvorenom hirurgijom, laparoskopskim operacijama preponskih kila, kao i laparoskopskim operacijama ventralnih i postoperativnih kila dvokomponentnom mrežicom), laparoskopskim operacijama slezine i dr.

Broj postelja ispitivanih hirurških klinika je u skladu sa Uredbom o Planu mreže zdravstvenih ustanova ("Sl. glasnik RS", br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014, 92/2015, 111/2017, 114/2017 - ispr., 13/2018 i 15/2018 - ispr.) (**Tabela 78**).

Tabela 78. Broj postelja i zdravstvenih radnika na ispitivanim hirurškim klinikama u 2014. godini

Klinika	Broj lekara prema normativu		Broj medicinskih sestara/tehničara		Broj postelja
	Ugovoreno	Prema Uredbi	Ugovoreno	Prema Uredbi	
Klinika za očne bolesti	23	9	30	29	30
Klinika za bolesti uva, grla i nosa	14	11	32	36	35
Klinika za dečiju hirurgiju i ortopediju	15	17	47	55	45
Klinika za ginekologiju i akušerstvo	33	33	32	36	158
Klinika za opštu hirurgiju	21	27	63	102	81
Klinika za ortopediju i traumatologiju	20	18	35	44	58
Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju	8	9	8	14	25
Klinika za vaskularnu hirurgiju	13	17	42	31	58
Klinika za urologiju	13	17	34	41	52
Klinika za neurohirurgiju	16	18	41	58	48
Centar za minimalno invazivnu hirurgiju	6	7	9	12	15

Najveći broj postelja ima Klinika za ginekologiju i akušerstvo, a najmanji Centar za minimalno invazivnu hirurgiju.

Razlika u broju angažovanih i planiranih zdravstvenih radnika se javlja zbog toga što je glavni kriterijum planiranja i zapošljavanja prema broju kreveta.

U **tabeli 79** prikazani su broj hirurških intervencija obavljenih u hirurškim salama i broj operisanih pacijenata.

Tabela 79. Broj hirurških intervencija i broj operisanih pacijenata na ispitivanim hirurškim klinikama KC Niš u 2014. godini

Klinika	Broj hirurških intervencija obavljenih u hirurškim salama	Broj operisanih pacijenata
Klinika za očne bolesti	3126	2527
Klinika za bolest uva, grla i nosa	1619	1155
Klinika za dečiju hirurgiju i ortopediju	2178	1892
Klinika za ginekologiju i akušersstvo	1684	1684
Klinika za opštu hirurgiju	2243	2197
Klinika za ortopediju i traumatologiju	1649	1649
Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju	3589	3574
Klinika za vaskularnu hirurgiju	933	831
Klinika za urologiju	1909	1771
Klinika za neurohirurgiju	917	917
Centar za minimalno invazivnu hirurgiju	979	931

Najveći broj hirurških intervencija obavljenih u hirurškim salama u 2014. godini evidentiran je na Klinici za Plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (3589), Klinici za očne bolesti (3126) i na Klinici za opštu hirurgiju (2243). Najveći broj operisanih pacijenata u 2014. godini evidentiran je na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (3574), Klinici za očne bolesti (2527) i na Klinici za opštu hirurgiju (2197). Najmanji broj hirurških intervencija obavljenih u hirurškim salama u 2014. godini evidentiran je na Klinici za neurohirurgiju (917), Klinici za vaskularnu hirurgiju (933) i Centru za minimalno invazivnu hirurgiju (979). Najmanji broj operisanih pacijenata u 2014. godini evidentiran je na Klinici za kardiovaskularnu hirurgiju (831), Klinici za neurohirurgiju (917) i Centru za minimalno invazivnu hirurgiju (931). U **tabeli 80** prikazani su, za istraživanje odabrani, neki od pokazatelja kvaliteta rada utvrđenih Pravilnikom o Pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite ("Sl. glasnik RS", br. 49/2010). Pravilnik, pod pokazateljem kvaliteta, podrazumeva "kvantitativan pokazatelj koji se koristi za praćenje i evaluaciju kvaliteta nege i lečenja pacijenata, kao i podrška aktivnostima zdravstvene zaštite. Pokazatelji kvaliteta rada zdravstvenih ustanova utvrđuju se prema nivoima zdravstvene delatnosti, vrstama zdravstvenih ustanova i medicinskim granama".

Tabela 80. Pokazatelji kvaliteta na ispitivanim hirurškim klinikama KC Niš u 2014. godini

Klinika	Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema			Prosečna dužina bolničkog lečenja	Prosečan broj operisanih po hirurgu	Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji	Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem		
	1	2	%	%	%	%	1	2	%
Klinika za očne bolesti	0	0	0	2,65	180,24	0,55	0	226	0
Klinika za bolest uva, grla i nosa	3	6	50,0	5,64	190,01	0,86	0	94	0
Klinika za dečiju hirurgiju i ortopediju	3	4	75,0	3,24	120,04	0,83	4	219	1,83
Klinika za ginekologiju i akušerstvo	0	9	0	4,74	48,31	0,61	0	319	0
Klinika za opštu hirurgiju	8	232	3,45	7,82	129,96	0,47	23	1132	2,03
Klinika za ortopediju i traumatologiju	4	29	13,79	6,69	101,4	0,54	14	1489	0,94
Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju	1	1	100	4,6	503,72	0,29	1	5	20,0
Klinika za vaskularnu hirurgiju	44	100	44,0	5,81	96,02	0,62	2	349	0,57
Klinika za urologiju	0	22	0	4,99	136,98	0,44	15	331	4,53
Klinika za neurohirurgiju	17	162	10,49	5,95	79,93	0,41	28	683	4,1
Centar za minimalno invazivnu hirurgiju	1	6	16,67	2,62	340,22	0,69	0	20	0

Najveći procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u odnosu na ukupan broj umrlih u ustanovi, u 2014. godini, bio je na Klinici za vaskularnu hirurgiju (44%), a najmanji procenat bio je na Klinici za opštu hirurgiju (3,45%). Na klinici za očne bolesti, klinici za ginekologiju i akušerstvo, i na klinici za urologiju nije bilo umrlih u prvih 48h u 2014. godini.

Prosečna dužina bolničkog lečenja bila je najveća na Klinici za opštu hirurgiju (7,82 dana) i klinici za ortopediju (6,69 dana), a najmanja u Centru za minimalno invazivnu hirurgiju (2,62) i Klinici za očne bolesti (2,65).

Prosečan broj operisanih pacijenata u anesteziji po hirurgu bio je najveći na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (503,72), u Centru za minimalno invazivnu hirurgiju (340,22) i Klinici za očne bolesti (180,24), a najmanji na Klinici za ginekologiju i akušerstvo (48,31), Klinici za neurohirurgiju (79,93) i Klinici za vaskularnu hirurgiju (96,02).

Najveći prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji bio je na Klinici za bolesti uva, nosa i grla (0,86) i Klinici za dečiju hirurgiju (0,83), a najmanji na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (0,29) i Klinici za neurohirurgiju (0,41).

Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem bio je najveći na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (20%), a najmanji na klinici za ortopediju i traumatologiju (0,94%). Na klinikama za očne bolesti, bolesti uva, grla i nosa, ginekologiji i akušerstvu, kao i u centru za minimalno invazivnu hirurgiju, nije bilo ponovno izvršenih prijema na odeljenje intenzivne nege u 2014. godini.

Kao jedan od ključnih pokazatelja rada hirurških klinika, praćen je procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema (izračunat kao broj umrlih u toku prvih 48 sati posle prijema u bolnicu i podeljen sa brojem umrlih u istoj bolnici pomnožen sa 100) (**Tabela 81**).

Tabela 81. Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u periodu od 2009. do 2014. godine na hirurškim klinikama KC Niš

Naziv klinike	2009			2010			2011			2012			2013			2014		
	1	2	%	1	2	%	1	2	%	1	2	%	1	2	%	1	2	%
Klinika za opštu hirurgiju	79	320	24,69	58	280	20,71	20	130	15,38	57	284	20,07	16	279	5,73	8	232	3,45
Klinika za neurohirurgiju	33	167	19,76	35	81	19,34	10	78	12,82	25	183	13,66	33	178	18,54	17	162	10,49
Klinika za ortopediju i traumatologiju	3	14	21,43	3	26	11,54	1	10	10	1	20	5	3	25	12	4	29	13,79
Klinika za urologiju	2	23	8,7	1	16	6,25	0	11	0	0	24	0	0	26	0	0	22	0
Klinika za vaskularnu hirurgiju*	33	62	53,23	29	63	46,03	19	59	32,2	37	113	32,74	35	113	30,97	44	100	44
Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju	0	0	0	1	6	16,67	0	1	0	0	6	0	0	/4	0	1	1	100
Klinika za očne bolesti	0	0	0	0	0	0	1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klinika za bolesti uva, grla i nosa	5	14	35,71	1	3	33,33	3	6	50	4	11	36,36	3	8	37,5	3	6	50
Klinika za dečju hirurgiju i ortopediju	4	9	44,44	3	5	60	1	1	100	1	2	50	1	2	50	3	4	75
Centar za minimalnu invazivnu hirurgiju	2	5	40	4	6	66,67	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	6	16,67
Klinika za ginekologiju i akušerstvo	1	2	50	7	10	70	5	5	25	3	5	60	0	8	0	0	9	0

*Klinika za kardiovaskularna hirurgiju formirana 1.11.2014. godine, do tada je postojala i radila Klinikaza vaskularnu hirurgiju

1 - Broj ponovnih prijema u jedinicu intenzivne nege

2- Broj ukupno lečenih u jedinici intenzivne nege

Na pojedinim klinikama u pojedinim godinama ispitivanja nisu zabeleženi smrtni slučajevi.

Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u odnosu na broj umrlih u zdravstvenoj ustanovi se kretao od 3,45% na Klinici za Opštu hirurgiju (u 2014. godini) do 100% (1 umrli u toku 48h od prijema od ukupno 1 umrli u toku godinu dana) na Klinici za Dečju hirurgiju (u 2014. godini) i Klinikama za očne bolesti i plastičnoj i rekonstruktivnoj hirurgiji, gde je, takođe, 100% procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijem (1 umrli u toku 48h od prijema od ukupno 1 umrli u toku godinu dana).

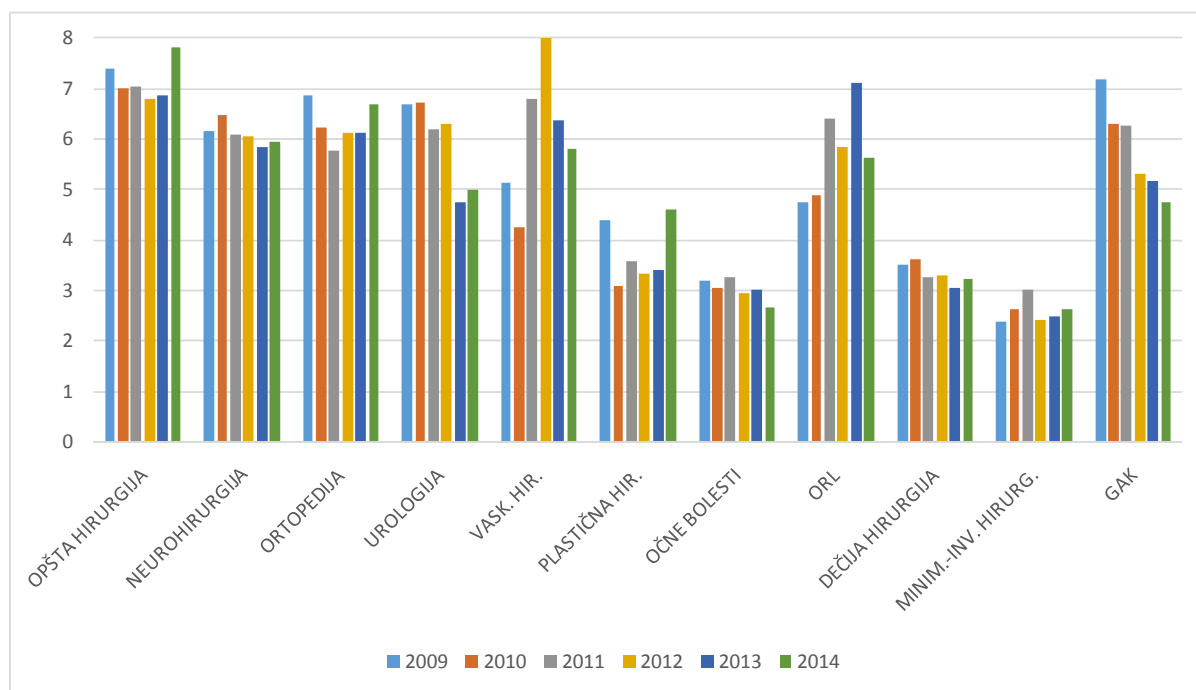
Najveće smanjenje procenta umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u odnosu na broj umrlih u zdravstvenoj ustanovi beleži se na Klinici za opštu hirurgiju, sa 24,69% u 2009. godini na 3,45% u 2014. godini.

Klinike sa najnižim procentom umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u odnosu na broj umrlih u zdravstvenoj ustanovi, tokom ispitivanog perioda, su Klinika za opštu hirurgiju 3,45% u 2014. godini i Klinika za ortopediju 5% u 2012. godini, kao i Klinika za neurohirurgiju 10,49% u 2014. godini.

Klinika sa najvišim procentom umrlih u toku prvih 48 sati prijema u odnosu na broj umrlih u zdravstvenoj ustanovi od prijema, u ispitivanom periodu, je Klinika za dečju hirurgiju 100% (1 umrli u toku 48h od prijema od ukupno 1 umrli u toku godinu dana) u 2011. godini.

U 2014. godini najviši procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u odnosu na broj umrlih u zdravstvenoj ustanovi imala je klinika za dečju hirurgiju (75%), ali treba imati u vidu da je na klinici samo četiri umrla u toku cele godine **Tabela 73.**

Na grafikonu 16 prikazana je prosečna dužina bolničkog lečenja (izračunata kao ukupan broj dana bolničkog lečenja podeljen sa brojem bolničkih epizoda u periodu od godinu dana).



Grafikon 16. Prosečna dužina bolničkog lečenja u periodu od 2009. do 2014. godine na hirurškim klinikama KC Niš

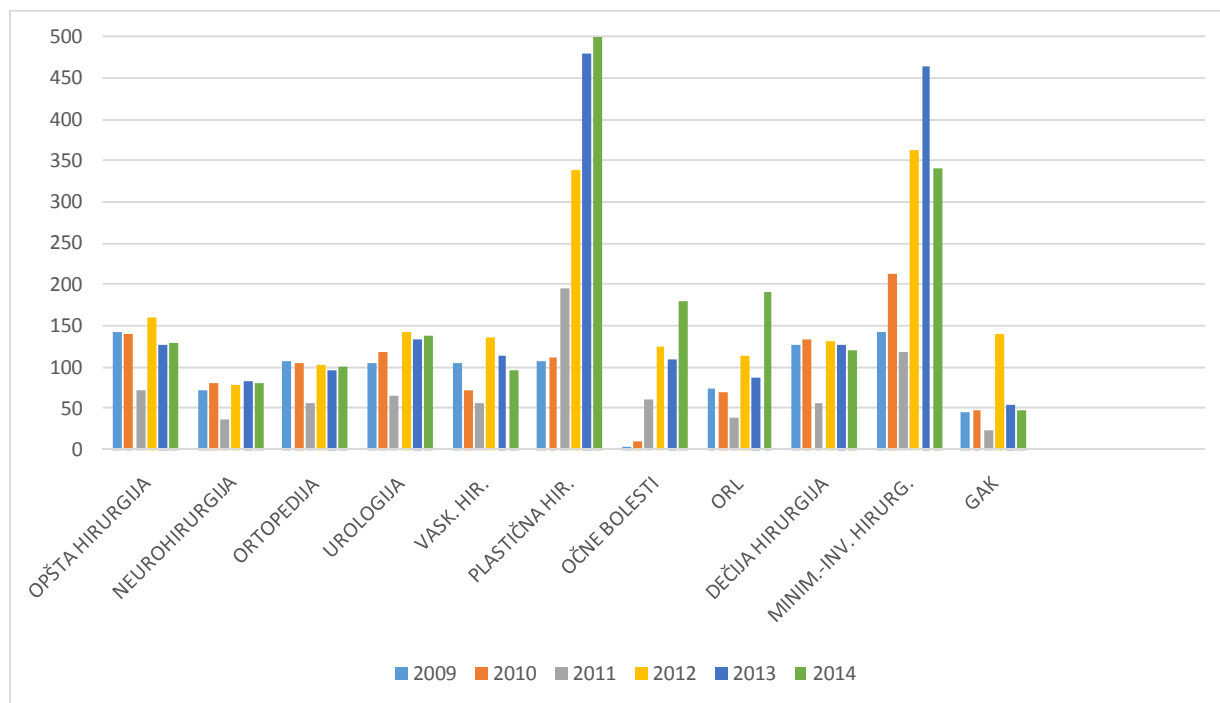
Prosečna dužina bolničkog lečenja se kretala od 2,38 dana u Centru za minimalno invazivnu hirurgiju (u 2009. godini) do 8,08 dana na Klinici za vaskularnu hirurgiju (u 2012. godini). Najveće smanjenje prosečne dužine bolničkog lečenja beleži se na Klinici za ginekologiju i akušerstvo sa 7,17 dana u 2009. godini na 4,74 dana u 2014. godini.

Klinike sa najnižim prosečnim dužinama lečenja tokom ispitivanog perioda su Centar za minimalno invazivnu hirurgiju od 2,38 dana do 2,62 dana, Klinika za očne bolesti od 3,21 do 2,65 dana i Klinika za dečju hirurgiju od 3,25 do 3,24.

Klinike sa najvišim prosečnim dužinama lečenja u ispitivanom periodu su Klinika za opštu hirurgiju od 7,39 dana do 7,82 dana i Klinika za ortopediju i traumatologiju od 6,85 dana do 6,69 dana.

U 2014. godini najvišu prosečnu dužinu bolničkog lečenja imala je Klinika za opštu hirurgiju (7,82 dana).

Na grafikonu 17 prikazan je prosečan broj operisanih pacijenata po hirurgu (izračunava se kao broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji u hirurškim salama podeljen sa brojem hirurga uključenih u operativni program zdravstvene ustanove).



Grafikon 17. Prosečan broj operisanih pacijenata po hirurgu u periodu od 2009 do 2014. godine na hirurškim klinikama KC Niš

Prosečan broj operisanih pacijenata po hirurgu se kretao od 3,83 na Klinici za očne bolesti (u 2009. godini) do 503,72 na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (u 2014. godini).

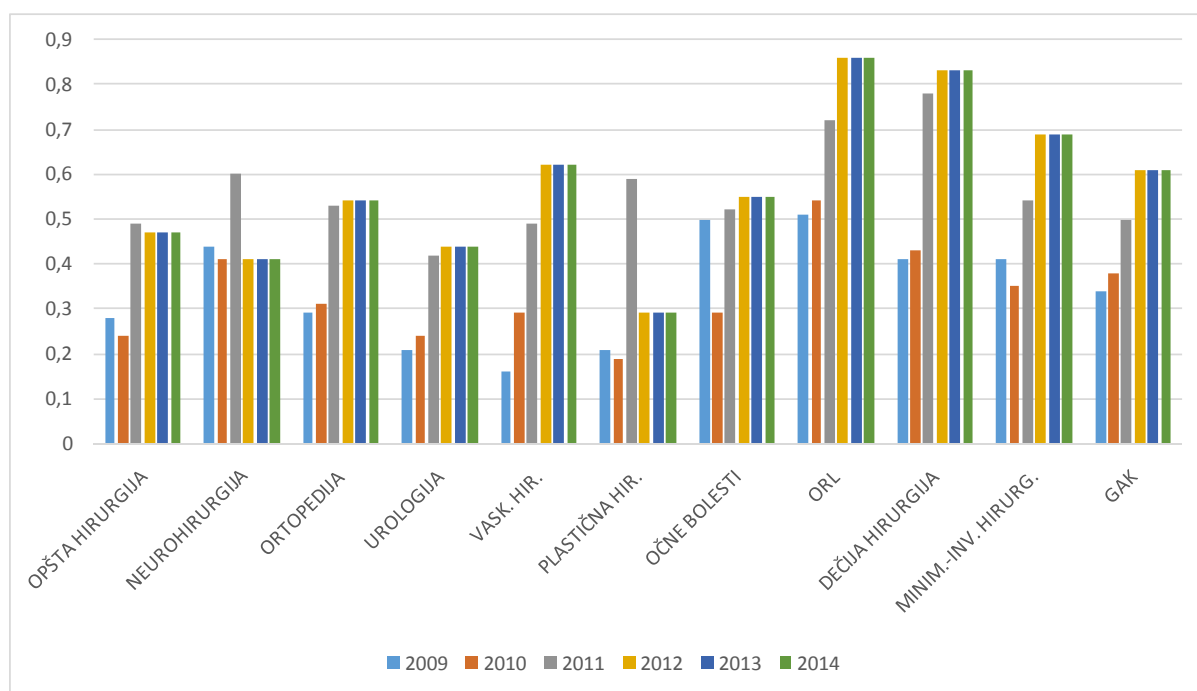
Najveće povećanje prosečnog broja operisanih pacijenata po hirurgu beleži se na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju, sa 106 u 2009. godini na 503,72 u 2014. godini, zatim na Klinici za očne bolesti sa 3,83 u 2009. godini na 180,24 u 2014. godini i na Klinici za bolesti uva, grla i nosa sa 73,33 u 2009. godini na 190,01 u 2014. godini.

Klinike sa najnižim prosečnim brojem operisanih pacijenata po hirurgu tokom ispitivanog perioda su Klinika za ginekologiju i akušerstvo (od 45,11 do 48,31) i Klinika za neurohirurgiju (od 71,81 do 79,93).

Klinike sa najvišim prosečnim brojem operisanih pacijenata po hirurgu tokom ispitivanog perioda su Klinika za plastičnu hirurgiju, Centar za minimalno invazivnu hirurgiju i Klinika za opštu hirurgiju.

U 2014. godini najveći prosečan broj operisanih pacijenata u anesteziji po hirurgu imala je Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (503,72), a najmanji broj Klinika za ginekologiju i akušerstvo (48,31).

Na grafikonu 18 prikazan je prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji (izračunat kao broj medicinskih sestara angažovanih na nezi bolesnika podeljen sa brojem zauzetih postelja).



Grafikon 18. Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji u periodu od 2009 do 2014. godine na hirurškim klinikama KC Niš

Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji se kretao od 0,16 na Klinici za vaskularnu hirurgiju (u 2009. godini) do 0,86 na Klinici za bolesti uva, grla i nosa (u 2012, 2013, 2014. godini).

Najveći prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji zabeležen je na Klinici za bolesti uva, grla i nosa (od 0,51 do 0,86), na Klinici za dečju hirurgiju (od 0,41 do 0,83) i u Centru za minimalno invazivnu hirurgiju (od 0,41 do 0,69).

Najniži prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji zabeležen je na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (od 0,21 do 0,29), Klinici za neurohirurgiju (od 0,44 do 0,41) i Klinici za urologiju (od 0,21 do 0,44).

Trend ovog pokazatelja u ispitivanom periodu pokazuje porast na svim klinikama i jednu održivost u poslednje tri godine (2012, 2013 i 2014).

U 2014. godini najniži prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji imala je klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (0,29 dana).

Praćen je i procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije (izračunava se kao broj pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije podeljen sa ukupnim brojem pacijenata lečenih na odeljenjima intenzivne nege svih odeljenja hirurških grana medicine i pomnožen sa 100) (**Tabela 82**).

Tabela 82. Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku u periodu od 2011. do 2014. godine na hirurškim klinikama KC Niš

Naziv klinike	2011			2012			2013			2014		
	1	2	%	1	2	%	1	2	%	1	2	%
Klinika za opštu hirurgiju	22	574	3,83	40	1208	3,31	37	1390	2,66	23	1132	2,03
Klinika za neurohirurgiju	9	394	2,28	95	1026	9,26	30	765	3,92	28	683	4,1
Klinika za ortopediju i traumatologiju	2	782	0,26	13	1446	0,9	16	1477	1,08	14	1489	0,94
Klinika za urologiju	5	136	3,68	15	392	3,83	20	306	6,54	15	331	4,53
Klinika za vaskularnu hirurgiju*	5	258	1,94	15	563	2,66	4	408	0,98	2	349	0,57
Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju	2	9	22,22	0	9	0	0	2	0	1	5	20
Klinika za očne bolesti	0	49	0	0	47	0	0	104	0	0	226	0
Klinika za bolesti uva, grla i nosa	0	59	0	0	69	0	0	111	0	0	94	0
Klinika za dečju hirurgiju i ortopediju	1	110	0,91	6	188	3,19	3	214	1,4	4	219	1,83
Centar za minimalnu invazivnu hirurgiju	0	4	0	0	11	0	0	11	0	0	20	0
Klinika za ginekologiju i akušerstvo	0	714	0	0	1271	0	0	250	0	0	319	0

*Klinika za kardiovaskularna hirurgiju formirana 1.11.2014. godine, do tada je postojala i radila Klinikaza vaskularnu hirurgiju

1 - Broj ponovnih prijema u jedinicu intenzivne nege

2- Broj ukupno lečenih u jedinici intenzivne nege

Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije se kretao od 0,26% (2 ponovna prijema od ukupno 782) na Klinici za ortopediju i traumatologiju (u 2011. godini) do 22,22% (2 ponovna prijema od ukupno 9) na Klinici za Plastičnu hirurgiju (u 2011, i 20% u 2014. godini).

Najviši procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije je na Klinici za plastičnu hirurgiju (22% u 2011.

godini), na Klinici za neurohirurgiju (9,26% u 2012) i na Klinici za urologiju (6,54% u 2013. godini).

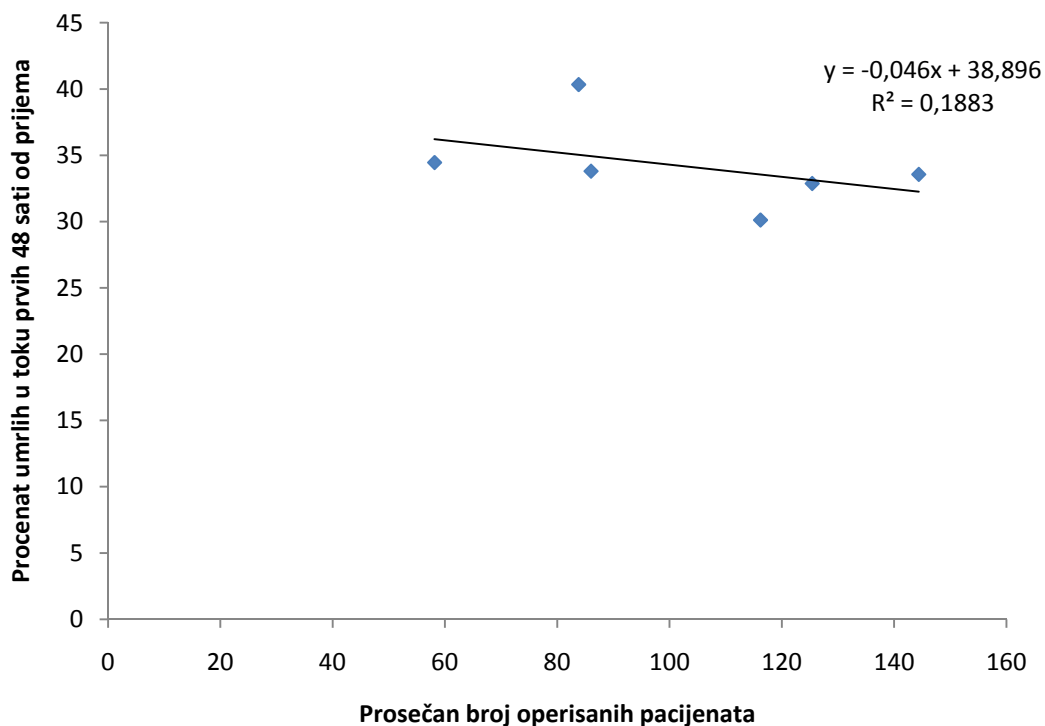
Najniži procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije zabeležen je na Klinici za ortopediju (0,26% u 2011. godini, 0,9% u 2012 i 0,94% u 2014. godini).

Trend ovog pokazatelja u ispitivanom periodu pokazuje pad na svim klinikama, osim na Klinici za neurohirurgiju i Klinici za dečju hirurgiju i ortopediju gde pokazuje i poraste i sniženja u ispitivanom intervalu.

U 2014. godini najniži procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije imala je Klinika za ortopediju i traumatologiju (0,94%), a najviši Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju (20%) i Klinika za urologiju (4,53%) (**Tabela 82**).

Pokazatelj se nije pratio 2009. i 2010. godine.

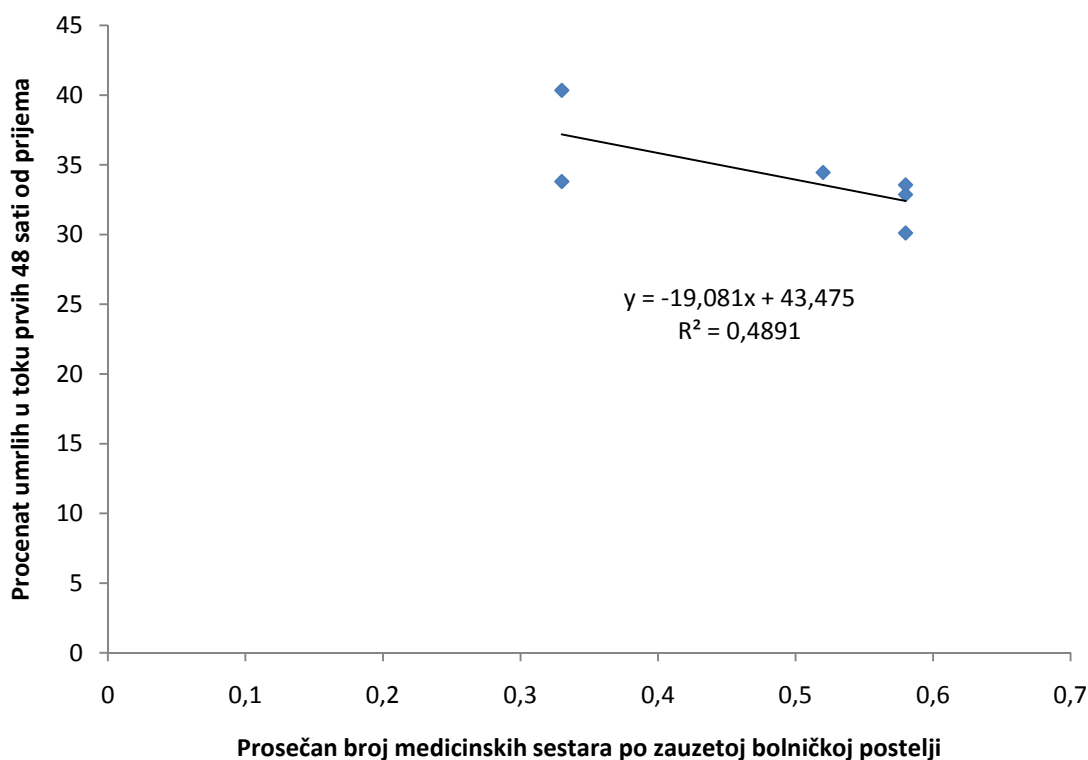
Na grafikonu 19 prikazan je odnos procenta umrlih u toku prvih 48h od prijema i prosečnog broja operisanih pacijenata po hirurgu, na ispitivanim hirurškim kinikama u periodu od 2009. do 2014. godine.



Grafikon 19. Međuzavisnost procenta umrlih u toku prvih 48h od prijema i prosečnog broja operisanih pacijenata po hirurgu

Procenat umrlih u prvih 48h pokazuje tendenciju negativne korelacije sa prosečnim brojem operisanih pacijenata ($r=-0,403$, $p=0,428$) (Grafikon 19).

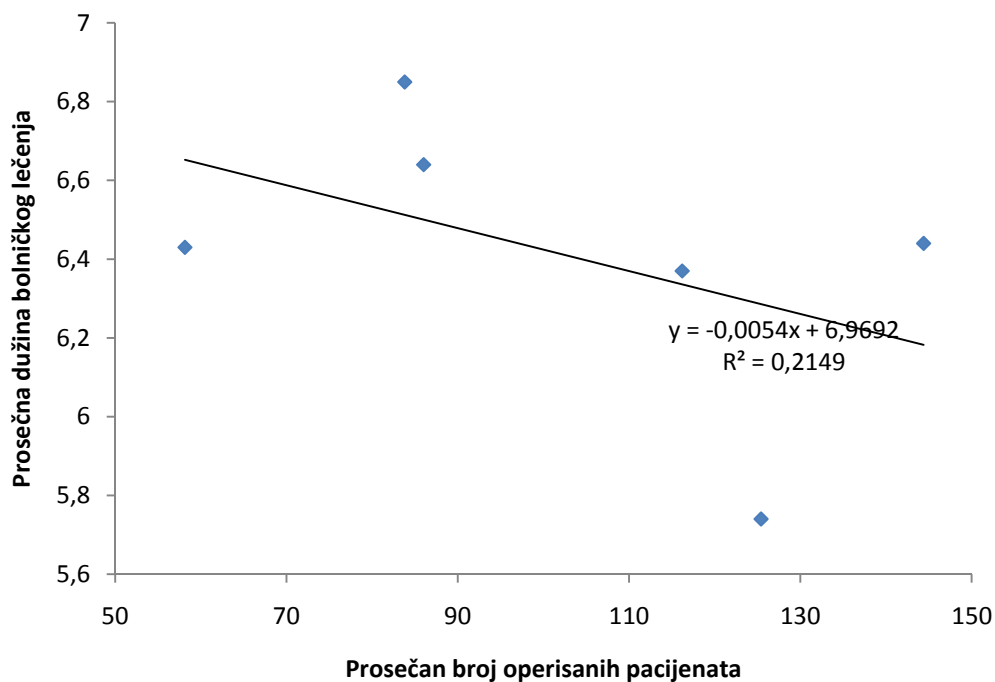
Na grafikonu 20 prikazan je odnos procenta umrlih u toku prvih 48h od prijema i prosečnog broja medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji, na ispitivanim hirurškim kinikama u periodu od 2009. do 2014. godine.



Grafikon 20. Međuzavisnost procenta umrlih u prvih 48h sa prosečnim brojem medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji

Procenat umrlih u prvih 48h pokazuje tendenciju negativne korelacije sa prosečnim brojem medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji ($r=-0,704$, $p=0,119$) (Grafikon 20).

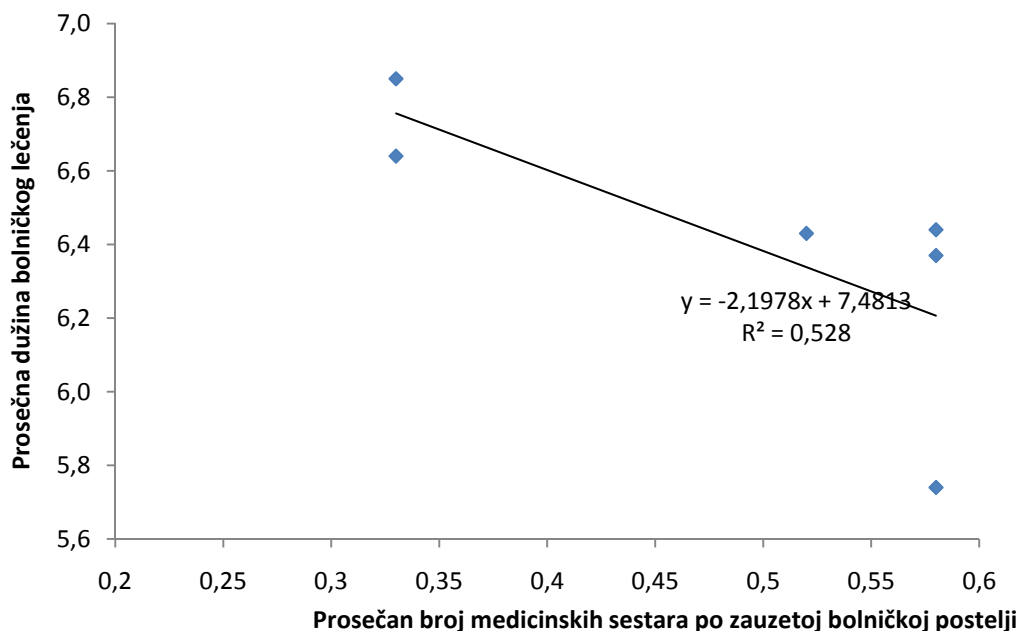
Na grafikonu 21 prikazan je odnos prosečne dužine bolničkog lečenja i prosečnog broja operisanih pacijenata po hirurgu, na ispitivanim hirurškim kinikama u periodu od 2009. do 2014. godine.



Grafikon 21. Međuzavisnost prosečne dužine bolničkog lečenja sa prosečnim brojem operisanih pacijenata po hirurgu

Prosečna dužina bolničkog lečenja pokazuje tendenciju negativne povezanosti sa prosečnim brojem operisanih pacijenata po hirurgu ($r=-0,689$, $p=0,130$) (Grafikon 21).

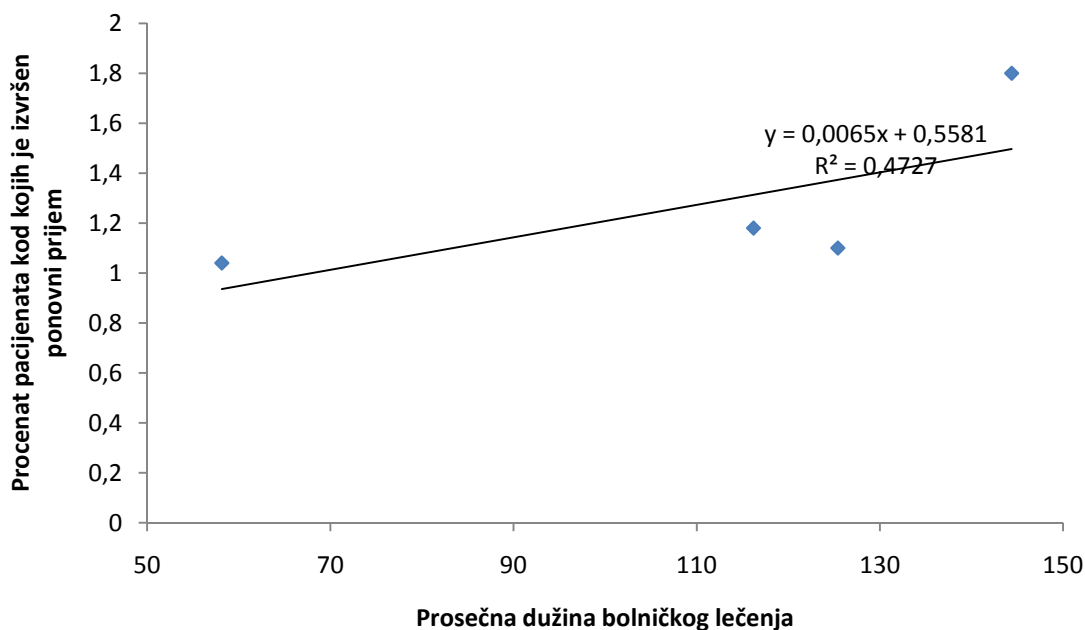
Na grafikonu 22 prikazan je odnos prosečne dužine bolničkog lečenja i prosečnog broja medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji, na ispitivanim hirurškim kinikama u periodu od 2009. do 2014. godine.



Grafikon 22. Međuzavisnost prosečne dužine bolničkog lečenja sa prosečnim brojem medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji

Utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna korelacija između prosečne dužine bolničkog lečenja i prosečnog broja medicinskih sestara po postelji ($r=-0,999$, $p<0,001$) (Grafikon 22).

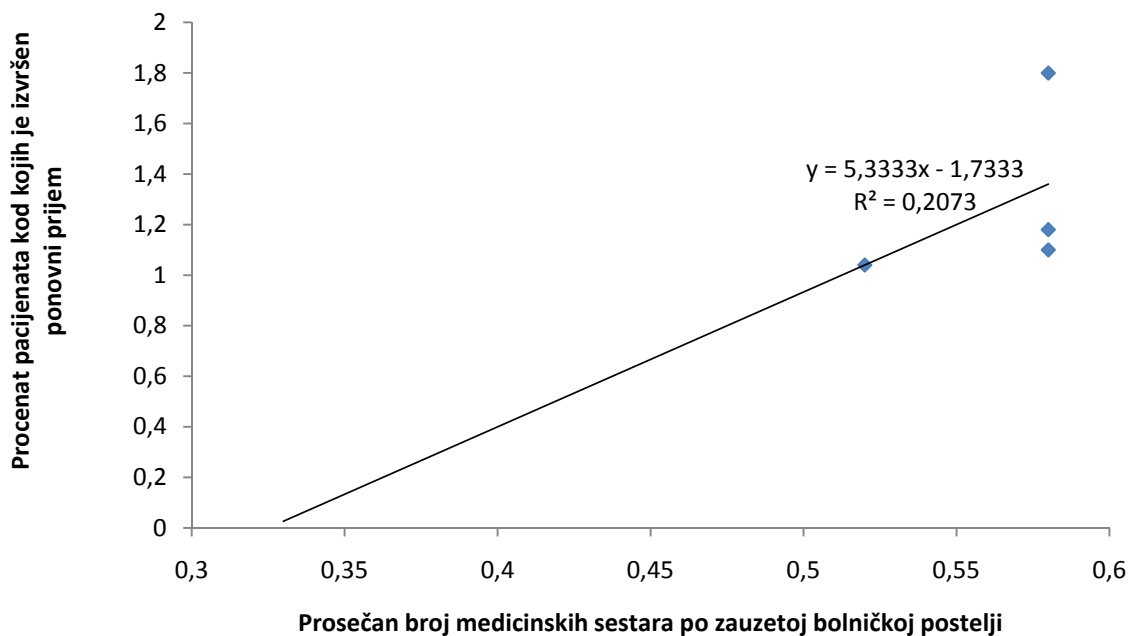
Na grafikonu 23 prikazan je odnos prosečne dužine bolničkog lečenja i procenta pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem u jedinicu intenzivne nege, na ispitivanim hirurškim kinikama u periodu od 2009. do 2014. godine.



Grafikon 23. Međuzavisnost procenta pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem i prosečne dužine bolničkog lečenja

Između procenta pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem u jedinicu intenzivne nege i prosečne dužine bolničkog lečenja postoji tendencija pozitivne povezanosti ($r=0,568$, $p=0,432$) (Grafikon 23).

Na grafikonu 24 prikazan je odnos prosečnog broja medicinskih sestara i procenta pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem u jedinicu intenzivne nege, na ispitivanim hirurškim kinikama u periodu od 2009. do 2014. godine.



Grafikon 24. Međuzavisnost procenta pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem i prosečnim brojem medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji

Između procenta pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem i prosečnog broja medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji postoji tendencija pozitivne povezanosti ($r=0,297$, $p=0,703$) (Grafikon 24).

U **tabeli 83** prikazana je međuzavisnost motivacije i ključnih pokazatelja aktivnosti ispitanih hirurških klinika.

Tabela 83. Međuzavisnost motivacije i ključnih pokazatelja aktivnosti ispitanih hirurških klinika

		Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema	Prosečna dužina bolničkog lečenja	Prosečan broj operisanih pacijenata po hirurgu	Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji	Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem
Motivacija	r	-0,053	-0,080	-0,412	-0,021	0,018
	p	0,885	0,816	0,208	0,951	0,958

r-koefficient proste linearne korelacije, p-vrednost, $p > 0,05$

Ukrštanjem motivacije i pokazatelja kvaliteta rada, utvrđeno je da ne postoji statistički značajna povezanost.

U **tabeli 84** prikazana je međuzavisnost ocenjenih komponenti menadžmenta i ključnih pokazatelja aktivnosti ispitanih hirurških klinika.

Tabela 84. Međuzavisnost ocenjenih komponenti menadžmenta i ključnih pokazatelja aktivnosti ispitanih hirurških klinika

		Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema	Prosečna dužina bolničkog lečenja	Prosečan broj operisanih pacijenata po hirurgu	Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji	Procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem
Zadovoljstvo poslom	r	-0,682*	0,062	-0,633*	0,322	-0,790**
	p	0,030	0,857	0,037	0,334	0,004
Liderska osobina - jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenim	r	-0,003	0,143	0,351	-0,661*	0,497
	p	0,994	0,675	0,290	0,027	0,120
Menadžerska veština komunikacije	r	-0,676*	0,118	-0,484	-0,289	-0,264
	p	0,032	0,731	0,131	0,389	0,433

r-koefficient proste linearne korelacije, p-vrednost, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$



Ukrštanjem ukupnog zadovoljstva poslom i pokazatelja rada, utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost sa procentom umrlih u toku prvih 48 sati od prijema, prosečnim brojem operisanih pacijenata po hirurgu i procentom pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem u intenzivnu negu.

Ukrštanjem liderske osobine -jasnoća komunikacije sa drugim zaposlenima i pokazatelja rada, utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost sa prosečnim brojem medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji.

Ukrštanjem menadžerske veštine komunikacija i pokazatelja rada, utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost sa procentom umrlih u toku prvih 48 sati od prijema.

6. DISKUSIJA

Zdravstveni sistemi organizuju se i razvijaju u skladu sa nacionalnim potrebama i resursima što dovodi do velikih razlika među njima (Gergen i sar., 2018). Kvalitet zdravstvene zaštite u Srbiji je daleko manji od evropskog proseka (Ernst i Young, 2016), te je reforma zdravstvenih ustanova neophodna, posebno u menadžmentu (Marković i sar., 2009; Bjegović-Mikanović i sar., 2018; Bjegović-Mikanović i sar., 2014). Naši rezultati pretenduju da daju doprinos u tom pravcu.

Upravljanje u zdravstvenom sektoru je posebno važno u savremenim uslovima pružanja zdravstvene zaštite. Starenje populacije, nove mogućnosti lečenja i sve veća očekivanja od zdravstvenih radnika čine obezbeđivanje zdravstvene zaštite mnogo složenijim u odnosu na raniji period. Kako su bolnice najkompleksnije ustanove u zdravstvenom sistemu (McKee, Healy, 2002; Orešković, 2007, Ljubić i sar., 1999), reorganizacija i unapređenje njihovog menadžmenta je od posebne važnosti. Zdravstvenim ustanovama, pa i bolnicama u Srbiji, tradicionalno su upravljali lekari. Međutim, zakonom o zdravstvenoj zaštiti od 2010. godine dozvoljeno je i postavljenje nezdravstvenih radnika na mesto direktora ukoliko su uspešno završili obuku o upravljanju zdravstvenim uslugama. Stoga je bio poseban izazov ispitati značaj i uticaj menadžmenta na ključne pokazatelje aktivnosti klinika kod nas.

Mnogo je dilema oko toga kako najsvrsishodnije investirati u razvoj menadžerskih veština u zdravstvenom sistemu. Poznavanje lokalnih uslova je preduslov uspešne transformacije zdravstvenog menadžmenta (Dunstan, Coyer, 2019; Negandhi i sar., 2015). Međutim, nije lako doći do opštih zaključaka na osnovu studija slučaja iz pojedinačnih zdravstvenih ustanova, s obzirom na to da svaku karakterišu različiti uslovi rada, ljudski resursi, kao i drugi unutrašnji i spoljašnji faktori (Talević i sar, 2016). O pozitivnim efektima ulaganja u razvoj menadžerskog kadra u zdravstvu Srbije govore i istraživanja domaćih autora (Terzić i sar., 2010, Terzić-Šupić i sar., 2015) koja su, između ostalog, pokazala da je obuka za strateško planiranje i upravljanje poboljšala strateško donošenje odluka u bolničkim menadžerskim timovima. Pored toga, upravljačke sposobnosti u zdravstvu se mogu povećati samo kroz dobro osmišljenu i ciljanu obuku menadžera, koja je zasnovana na lokalnim podacima (Dill i sar., 2014; Szócska i sar., 2005; Nicksa i sar., 2015), tako da rezultati našeg istraživanja ukazuju i na teme koje je neophodno detaljnije obrađivati tokom edukacije rukovodioca hirurških klinika.

Analizirani uzorak za ispitivanje značaja i uticaja menadžmenta na ključne pokazatelje aktivnosti hirurških klinika je po svojim karakteristikama reprezentativan za hirurške klinike KC Niš. Takođe, uzorak dobro oslikava naš zdravstveni sistem. U uzorku dominiraju osobe ženskog

pola, starosne kategorije 36-45 godina i sa prosečnim radnim stažom od 15 godina. Rezultati iz upitnika mogu se smatrati objektivnim zato što je skoro 95% ispitanika bez rukovodećih funkcija. Stepenn obrazovanja ispitanika je bio relativno visok.

Dobijeni rezultati istraživanja su u skladu sa našim očekivanjima u vezi stavova i mišljenja zaposlenih u zdravstvenim ustanovama u vezi menadžmenta i potvrđuju značaj istraživanja ove problematike u Srbiji. Naime, naši podaci ukazuju da je sa značenjem pojma menadžment u zdravstvu upoznato nešto preko polovine anketiranih, dok pomenuti pojam smatra da delimično poznaje nešto više od trećine ispitanika, što je svakako nedovoljno i zahteva dodatne napore za povećanje znanja zdravstvenih radnika u vezi zdravstvenog menadžmenta. Znanje i stavovi ispitanika u vezi zdravstvenog menadžmenta nisu se bitno razlikovali u odnosu na njihovo zanimanje, radni staž, uzrast i pol, tako da je edukacija u ovoj oblasti podjednako neophodna svim zaposlenim zdravstvenim radnicima na hirurškim klinikama.

Takođe, prema našim rezultatima znanja ispitanika o zdravstvenom menadžmentu stečena su primarno iz neformalnih izvora informisanja, kao što je dnevna štampa, dok vrlo mali broj ističe da je saznanja o menadžmentu u zdravstvu steklo putem formalnog obrazovanja. U budućnosti treba raditi na dominaciji formalnih izvora informacija u vezi zdravstvenog menadžmenta u odnosu na neformalne.

Positivan aspekt dobijenih rezultata jeste da se većina ispitanika koji nisu bili upoznati sa pojmom menadžment u zdravstvu izjašnjava da su zainteresovani da se upoznaju bliže sa ovim pojmom, a u tome dominiraju osobe ženskog pola u odnosu na muškarce. Takođe, ukupno dve trećine ispitanika smatra da svaki zdravstveni radnik treba da bude upoznat sa osnovama menadžmenta. Ovu spremnost za usvajanjem znanja i potrebnih veština u oblasti zdravstvenog menadžmenta treba iskoristiti, a entuzijazam dalje učvrstiti. Istraživanja u ovoj oblasti nalazimo i kod drugih autora iz zemalja u okruženju (Slipičević, Mašić, 2012; Kovačić, Rus, 2015) čiji rezultati ukazuju na veliku potrebu i značaj za usavršavanjem zdravstvenih radnika u oblasti zdravstvenog menadžmenta.

Servos i saradnici (Servos i sar., 2017) su ispitivali potrebu za edukacijom hirurga koji su postali menadžeri, i u svojim rezultatima istakli da je njima neophodna čak i obuka u oblasti biznisa koja je kompletno nepokrivena regularnim kurikulumom za lekare.

Ovi rezultati su u saglasnosti i sa istraživanjima drugih autora u Srbiji (Terzić i sar., 2010; Bjegović, 2014; Janković i sar, 2010) koji smatraju da teoriju i praksu menadžmenta u zdravstvu treba inkorporirati ne samo u postdiplomske kurikulume, već i u srednjoškolske programe za obrazovanje zdravstvenih radnika i različite oblike kontinuirane medicinske edukacije.

Takođe, i inostrani autori potvrđuju da je transformacija zdravstvenog menadžmenta, izuzetno kompleksna i važna, a da je njegovo poznavanje neophodan preduslov unapređenja zdravstvenih usluga (Goodall, 2011; Buchbinder, Shanks, 2017). Za edukaciju u vezi timskog rada u bolnicama veoma su bitni: kontekst u kojem je program realizovan, uzimanje u obzir raznolikosti medicinskih timova, polazne tačke znanja učesnika, vrsta alata koji se koriste u edukaciji, nivo motivacije polaznika obuke i mogućnost pretvaranja novih saznanja u praksu (Eddy i sar, 2016). Autori iz Irana (Janati i sar., 2017) smatraju da menadžeri u bolnicama treba da koriste različite izvore podataka (internet, medicinska dokumentacija, sastanci, intervjui itd.) kako bi doneli odgovarajuće odluke.

Većina ispitanika u našem istraživanju smatra da direktor klinike treba da bude lekar i pri tome nema značajne razlike u stavu među ispitanicima različitog zanimanja. U svetu, takođe, postoji odavno interesovanje istraživača za uloge lekara u preuzimanju menadžerskih pozicija u zdravstvu (Spehar i sar., 2012; Spehar i sar., 2015; Ojo, Okinwumi, 2015), odatle i važnost sagledavanja značaja liderskih i menadžerskih osobina menadžera u zdravstvu (Daly i sar., 2014; Healthcare Management, 2019).

Takođe, naši ispitanici smatraju, da direktor, iako lekar, mora posedovati menadžerske veštine da bi zauzeo rukovodeću poziciju, kao i da jedan čovek ne može imati sve veštine uspešnog rukovođenja, već podršku tima. Ovi rezultati su saglasni sa nekim drugim studijama u svetu (Stoller i sar., 2016; Limb, 2016.) gde je i dalje aktuelna dilema, u stručnim krugovima, ko je bolji menadžer, lekar ili nemedicinski radnik. Međutim, u Srbiji tradicionalno rukovodeću funkciju obavljaju lekari (Ernst i Young, 2016; O'Rurk, 2011, Bjegović, 1991, Novak, 2010), tako da edukacija u vezi zdravstvenog menadžmenta treba prvenstveno njih da obuhvati, dok se poslednjih godina i poklanja sve veća pažnja njihovom usavršavanju iz oblasti menadžmenta u zdravstvu (Bjegović i sar., 2016; Gajic-Stevanovic i sar, 2009).

Direktori ispitanih hiruških klinika u Nišu su usko specijalizovani u oblasti date hirurške grane, a u pogledu radnog staža - rukovodioci sa iskustvom. Dakle, rukovođenje zdravstvenim ustanovama u Nišu je povereno iskusnim ljudima koji su na vrhu piramide medicinske struke, što navode i drugi autori (Bjegović, 1991, Bjegović-Mikanović i sar, 2014). Dosadašnja istraživanja u razvijenim zemljama pokazuju da je uglavnom nemedicinski kadar rukovodeći u zdravstvenim ustanovama (Savage i sar., 2017; Loh, 2015; Kumar, 2018). Takođe, isti autori su istakli značaj stručne spreme i njenog uklapanja sa oblastima kojima se rukovodi, ali uz veliki značaj poznavanja metoda modernog rukovođenja kao dodatnog obrazovanja za rukovodioce. Do 80-tih godina prošlog veka zdravstvenim ustanovama rukovodili su lekari, ali su onda pod talasom modernizacije administracije i u zdravstvo "uvedeni" menadžeri kao profesionalni, ne-

zdravstveni kadar, sve dok mnogobrojna istraživanja ponovo nisu ukazala na značaj učešća lekara u upravljanju, tako da mnoge bolnice pokazuju bolje rezultate od kada ih vode lekari (Kuntz, Scholtes, 2013; Rotar i sar, 2016).

Ipak, u literaturi nalazimo oprečna mišljenja u vezi uloge i značaja obuke za lekare kao menadžere, tako da neki (Kuntz, Scholtes, 2013) tvrde da nema razlike u efikasnosti između menadžera u zdravstvu koji je prošao edukaciju i menadžera u zdravstvu koji je znanja sticao iskustvom. Sa druge strane, dokazano je da zdravstvene ustanove kojima rukovode lekari pokazuju značajno bolje rezultate u odnosu na druge, a posebno se ističe pozitivna korelaciju između kliničkih i ekonomskih indikatora učinka (Lega i saradnici, 2013).

U našem istraživanju, ispitanici smatraju da je veoma važno da je direktor i lekar, ali i da on treba da prođe obuku u oblasti menadžmenta. Sa druge strane, naši rezultati potvrđuju da osobine i veštine koje su ocenili ispitanici kao jako važne za dobrog menadžera, trenutni rukovodeći kadar ne ispunjava.

Većina ispitanika u našem istraživanju smatra da u oblasti planiranja, koje je značajna i neophodna komponenta menadžmenta, postoje problemi na hirurškim klinikama. Ukoliko zdravstvena služba radi bez jasno definisanog plana, neće uslediti napredak niti poboljšanje u učinku rada u očekivanom smislu, a sam napredak, ako ga ima u nekom obliku, desiće se kao nepredvidljiv i slučajan, dok će zdravstveni troškovi biti reaktivni, a ne proaktivni i planski (Murphy, 2015; Krstić i sar, 2019). Naši rezultati, dakle, ukazuju da treba posvetiti veću pažnju unapređenju planiranja na klinikama, čime bi se podigao i nivo zdravstvenog menadžmenta.

Naše istraživanje potvrđuje rezultate drugih autora o pojavi "menadžerska myopia" (Bjegović, 1991; Terzić-Šupić, 2010), prema kojoj rukovodeći kadar nije osetljiv na dugoročne planove, jer je u praksi motivisan kratkoročnim ciljevima. Ovo postaje posebno značajno u uslovima poznatim kao kriza rukovođenja kada planovi propadaju, jer su neadekvatni i nerealni, a raste potreba za koordinacijom i kontrolom (Bjegović, 1991).

Sposobnosti dobrog rukovodioca da precizno definiše ciljeve i zadatke koje treba da ostvari značajno je i za uspostavljanje misije i vizije klinike (Moghal, 2012). Naši rezultati ukazuju da strategiju razvoja za period od 5 godina nema polovina klinika (po mišljenju ispitanika). Takođe, po mišljenju više od polovine ispitanika, hirurške klinike imaju viziju, misiju, godišnje ciljeve, akcioni plan i indikatore merenja postavljenih ciljeva, što je još uvek nedovoljan udeo. Ovo upućuje na neobaveštenost zaposlenih, ili na lošu internu koji su u domenu uspešnog rukovođenja (Murphy, 2015; Krstić i sar, 2018).

Naši rezultati pokazuju da ogromna većina ispitanika smatra da je podela zadataka od strane rukovodioca nesrazmerna, što ukazuje da organizacija posla nije adekvatna. I druge

studije su istakle važnost ravnomernog delegiranja zadataka u zdravstvu, pre svega zbog direktnog uticaja na zadovoljstvo zaposlenih, a posledično i na njihove performanse (Riisgaard i sar., 2016; Yoon i sar., 2016). Takođe, veštinu koordinacije službi, kao deo organizacije posla, blizu polovine ispitanika ocenjuje da su sa manjim problemima. Istovremeno, i rezultati drugih autora ukazuju na izuzetnu važnost organizacione veštine u rukovođenju (Slipičević i Mašić, 2012; Smutny i sar., 2016) u ostvarivanju maksimalnih rezultata u zdravstvu.

Više od polovine naših ispitanika smatralo je da ustanova u kojoj su zaposleni, radi iznad svojih kapaciteta (u pogledu kadrova, opreme, sredstava), pri čemu je ujednačeno mišljenje između menadžera, lekara i medicinskih sestara. Samo trećina ispitanika smatra da rade u skladu sa svojim kapacitetima. Sindrom sagorevanja na poslu je veliki problem u radu zdravstvenih radnika današnjice, kome se ne posvećuje dovoljno pažnje. Briga o zdravstvenim radnicima koji se staraju o pacijentima je važna za rukovodioce, jer je njihovo zdravstveno stanje povezano sa sigurnošću pacijenata (Arnold-Forster, 2018). Neki autori su dokazali da je sindrom sagorevanja na poslu (engl. "burnout syndrome") značajno povezan sa greškama koje se registruju u poslu zdravstvenih radnika (Arnold-Forster, 2018). S tim u vezi, rukovodioci zdravstvenih ustanova treba da nastoje da obezbede okruženje i uslove za rad kako bi se omogućila zdrava sredina za osoblje i poboljšali uslovi rada zdravstvenih radnika, smanjio rizik izostanka s posla i postigao kvalitet pružanja usluga (Arnold-Forster, 2018; Reith, 2018).

Takođe, ukoliko je rukovođenje zdravstvenim ustanovama uspešno, postojeći sistem kontrole je sposoban da omogući otkrivanje lošeg, nestručnog rada, grešaka i nediscipline (Bjegović, 1991; De Jager, 2016). Naši rezultati su pokazali da više od polovine ispitanika smatra da postojeći sistem kontrole ne omogućava otkrivanje lošeg, nestručnog rada, grešaka i nediscipline, ili je to samo u izuzetnim situacijama. Većina ispitanika smatra da se podaci koji se prikupljaju u ustanovi, osim za izveštavanje obavezne statistike, retko koriste i za rešavanje problema, nagrađivanje ili kažnjavanje. Iako značajna većina ispitanika smatra da su podaci pouzdani, oni ne nalaze primenu u rukovođenju ni za kontrolu, ni za planiranje. Kako je za uspešnost rukovođenja u ove dve oblasti, potrebna redovna evaluacija rada, važno je da rukovodioci u toku svog mandata izvrše stručne i naučne analize rukovođenja, planiranja i organizacije (Bjegović, 1991; Bjegović-Mikanović i sar., 2013). Tema o važnosti upravljanja zdravstvenim radnicima, zasnovano na dokazima, jeste prepoznata kao vaoma važna kod drugih istraživača. Cugin i saradnici ističu da je preterana kontrola pomogla da se ostvare kratkoročni ciljevi, ali da to često dovodi do operativne neefikasnosti (Cugin i sar., 2016).

Zanimljivo je napomenuti da je naše istraživanje pokazalo da se sistem nagrađivanja i kažnjavanja, koji je spoljašnji motivacioni faktor (Adizes, 2004) ne koristi u dovoljnoj meri u našim zdravstvenim ustanovama.

U našem istraživanju važni aspekti menadžmenta, odnosno komponente rukovođenja (planiranje, organizacija, kontrola i liderstvo) statistički su značajno povezani između sebe, a neke od njih i sa osobinama lidera, menadžerskim sposobnostima i ulogama, što je u skladu i sa drugim teorijskim konceptima (Hill, McShane, 2008; Mintzberg, 2012). Naime, ova saznanja pomažu u identifikovanju slabosti u rukovođenju jedne zdravstvene ustanove, a potom i na mogućnost za unapređenje, na najracionalniji način, usled međuzavisnosti određenih komponenti.

Zdravstveni menadžeri koriste različitu strategiju da bi motivisali zaposlene na rad (Miljković, 2007). Motivacija zaposlenih je multidimenzionalna i promenljiva kategorija koja je blisko povezana sa procesom rada i predstavlja značajnu determinantu zadovoljstva poslom (Djordjević i sar., 2015). Na nivo motivacije najviše utiču dobra organizacija zdravstvene institucije, novčane i nematerijalne stimulacije.

Prema rezultatima našeg istraživanja, svim zaposlenima u hiruškim klinikama najznačajniji motivacioni faktor za posao je bila novčana stimulacija, zatim učvršćivanje profesionalne pozicije, mogućnost razvijanja sopstvenih veština, opšta dobrobit i mogućnost stručnog usavršavanja. Nasuprot ovome, pohvala od strane nadređenog je bila najmanje značajan motivacioni faktor za zaposlene na hirurškim klinikama. Slične rezultate nalazimo i kod drugih domaćih autora, te su plata, dobri međuljudski odnosi i timski rad najvažniji motivacioni faktori (Krstić i sar., 2019), ali i radno okruženje, veća samostalnost u poslu i mogućnost napredovanja (Grujičić i sar., 2016).

Takođe, plata je bila najjači motivacioni faktor kod zaposlenih zdravstvenih radnika i u istraživanju makedonskih autora (Veseli i sar., 2014). Istovremeno, u Hrvatskoj, pored plate, kao motivacioni faktor istaknuta je radna okolina (radno vreme, odnos s nadređenima i kolegama, način organizacije), mogućnost napredovanja i obrazovanja, kao i sigurnost na radnom mestu (Štumerger, 2018).

Poznavanje motivacije zaposlenih omogućava pravljenje strategije za njihovu stimulaciju i to sa stanovišta nagrađivanja (Grujičić, 2011). Međutim, veoma je teško reći koja je od strategija najefikasnija, jer svaka pokazuje određene efekte u različitim organizacionim situacijama. Praksa je pokazala da je kombinacija poznatih strategija najbolja u procesu radne motivacije, s tim što dominantnu ulogu treba da ima ona strategija koja je najprimerenija trenutnoj situaciji (Grujičić, 2011).

Naši rezultati se u velikoj meri poklapaju i sa rezultatima istraživanja drugih autora (Bajwa i sar., 2010; Baljoon i sar., 2018, Aduo-Adjei i sar., 2016) koji ističu da su motivacioni faktori osnova za dobru organizaciju, ali da su 'povratne informacije' u kontekstu dobre komunikacije, faktor sa najvećim motivacionim potencijalom, posebno u zdravstvu među mlađom populacijom. Rezultat ukazuje na potrebu i značaj jačanja veštine komunikacije koja, međutim, treba da bude dvosmerna i da rukovodilac istovremeno pruža, ali i traži, i prihvata, povratne informacije u oblastima rukovođenja, kao što su planiranje, organizacija, sprovođenje novina i ostali aspekti menadžmenta.

Naši rezultati pokazuju da radno zanimanje i nivo obrazovanja utiču na gradaciju motivacionih faktora kod ispitanih zdravstvenih radnika, tako da su za ispitane lekare, pored finansijskih motiva, bitni učvršćivanje profesionalne pozicije, veća samostalnost u poslu i opšta dobrobit, a kod medicinskih sestara- mogućnost razvijanja sopstvenih veština, mogućnost stručnog usavršavanja, kao i učvršćivanje profesionalne pozicije. Nije utvrđena značajna razlika između numeričkih vrednosti većine motivacionih faktora nađenih kod lekara i medicinskih sestara, osim u motivacionim faktorima unapređenje i kvalitet međuljudskih odnosa, koji su značajno veći motivacioni faktor lekara u odnosu na medicinske sestre. Takođe, medicinske sestre su, statistički značajno češće u odnosu na lekare, istakle kao motivacioni faktor - kvalitetne međuljudske odnose. Istraživanja drugih domaćih autora ukazuju da su doktori značajno motivisaniji na poslu od medicinskih sestara, a najznačajniji motivacioni faktori doktorima, u odnosu na medicinske sestre, bili su potizanje ciljeva zdravstvene ustanove kao i dobri kolegijalni odnosi (Grujičić i sar., 2017)

Motivacioni faktori, prema značaju i važnosti ispitanicima, se značajno ne razlikuju u odnosu na dužinu radnog staža zdravstvenih radnika, prema našim rezultatima. Na primer, iako je kod ispitanika sa najdužim radnim stažom najvažniji motivacioni faktori su novčana stimulacija i učvršćivanje profesionalne pozicije, takođe, novčanu stimulaciju kao važan motivacioni faktor nalazimo i kod grupe ispitanika sa radnim stažom između 16 i 30 godina, tako da je tokom edukacije u ovom polju moguće praviti grupe sa različitim profesionalnim stažom.

Ukupni nivo motivacije zdravstvenih radnika u bolnicama nije značajno povezan sa finansijskim nagrađivanjem, te su za upravljanje ljudskim resursima nefinansijski aspekti najснаžniji pokretači svih dimenzija motivacije (Weldegebriel i sar., 2016). Ovo je važan pokazatelj kreatorima politike i interesnim grupama za angažovanje zdravstvenih radnika. Takođe, isti istraživači utvrdili su da je starost ispitanika negativni prediktor motivacije što bi moglo biti povezano sa odsustvom programa za profesionalni razvoj koji utiču na uživanje u radu i postignutom uspehu, posebno kod starijih zaposlenih u zdravstvu.

Naši rezultati pokazuju da ukoliko zaposleni posao obave dobro, izvesno je da će zbog toga kao motivaciju imati osećaj da su uradili nešto za opšte dobro i da će steći veće samopouzdanje. Sa druge strane, značajna većina zaposlenih se izjasnila da ukoliko posao urade posebno dobro uopšte nije izvesna novčana stimulacija, unapređenje ili učvršćivanje profesionalne pozicije. Ovo ukazuje da u našoj praksi nema uvek ukrštanja između, za zaposlene, značajnih motivacionih faktora i izvesnih motivacionih faktora, od strane rukovodioca.

Komparacija značajnih i izvesnih motivacionih faktora je pokazala da su ispitane zdravstvene ustanove najmanje ispunila očekivanja ispitanika u delu novčane stimulacije, učvršćivanja profesionalne pozicije i napredovanja. Jedine dve komponente koje imaju obostrano pozitivnu vrednost su opšta dobrobit i samopouzdanje.

Pojedina istraživanja se bave čak i stereotipima u vezi motivacije zdravstvenih prilagođenim po polu. Tako da jedan autor govori o ispunjavanju stereotipnih muških potreba kao što su ekonomski uspeh, autonomija i opšti uspeh, pa su zarade, sloboda u poslu, napredovanje, poslovni izazov, mogućnost korišćenja veština i sl. značajniji motivacioni faktori kod muškaraca. Sa druge strane, prema rodnom stereotipnom modelu, žene treba da ispune potrebe porodice i brinu se o kvalitetu svog porodičnog života, a iz toga sledi da su za žene važniji motivacioni faktori međuljudski odnosi, sigurnost, povlastice, okolina itd (Rosak-Szyrocka, 2015). Iz dobijenih rezultata proizilazi da je neophodno napraviti bolju strategiju motivacije zaposlenih, jer samo motivisani zdravstveni radnici mogu zadovoljiti osnovne ciljeve zdravstvene ustanove (kvalitetna zdravstvena usluga i zadovoljan pacijent) na šta upućuju i brojna druga istraživanja (Bajwa i sar., 2010; Aduo-Adjei i sar., 2016; Miljković, 2007).

Kako bi hiruške klinike funkcionisale na višem nivou, treba podići one motivacione faktore kod zaposlenih koji su na najnižem (na primer, novčana stimulacija i unapređenje) i time unaprediti ne samo zadovoljstvo zdravstvenih radnika, već i zadovoljstvo pacijenata. Veoma je važno nagraditi rad različitim nivoima nagrađivanja za različit kvalitet učinka zaposlenih, te rukovodioci moraju jasno i diskretno upozoriti zaposlenog kada njegovo ponašanje odstupa od uobičajenog i eventualno kažnjavati zaposlenog.

Prema mnogim autorima (Buntak i sar, 2013; Garača, Kadlec, 2011; Mathauer, Imhoff, 2006), osnovna strategija motivacije u radnoj organizaciji je komunikacija i njeni nosioci moraju biti menadžeri. Naklonost menadžera prema podređenima, spremnost da saznaju njihove probleme i da ih rešavaju, obezbediće da se zaposleni osećaju sigurnije, da imaju osećaj pripadnosti zdravstvenoj ustanovi, a samim tim i osećaj samopotvrđivanja kroz rad za

medicinsku ustanovu. Dakle, unapređenje komunikacije u zdravstvenim ustanovama je realno ostvarivo i na tome treba dalje raditi.

U literaturi se nalaze tumačenja i u vezi drugih strategija radne motivacije u zdravstvenim ustanovama kao što je na primer stav menadžera prema zaposlenima (Kordoš, 2017; Toode i sar., 2011). Pozitivan stav menadžera, u smislu pretpostavki da su radnici vredni, poštrovani i da se identifikuju sa zdravstvenom organizacijom deluje motivišuće na zaposlene. I ova strategija je prihvatljiva u naše uslove.

Treća kategorija motivacije zaposlenih jeste osmišljavanje i obogaćivanje posla (Cho, Perry, 2012; Ramlall 2004). Ova strategija se može primenjivati najpre na srednji medicinski kadar hirurških klinika i ima za cilj smanjenje uobičajene rutine radnog mesta i postizanje veće efikasnosti na radnom mestu, odnosno u toku obavljanja rada. Jedan od najstarijih načina eliminacije uobičajene rutine radnog mesta kroz osmišljavanje posla jeste rotacija (zaposleni se ne zadržava za dugi vremenski period na istom radnom zadatku). Međutim, ova strategija zahteva dobro poznavanje društveno-kulturoloških karakteristika, jer u našim okolnostima može biti shvaćena kao nepopularna mera, odnosno kazna, ukoliko zaposleni nije sklon promenama, ili ako je takva praksa već korišćena u svrhe kažnjavanja.

Radna motivacija može se podići i tzv. modifikacijom ponašanja (Miljković, 2007; Ben-Hur, Kinley, 2018). Ovaj koncept zasniva se na podsticanju određenog ponašanja, a u zavisnosti od posledica koje takvo ponašanje proizvodi. Tako, pojedinac teži da ponavlja ono ponašanje koje se nagrađuje, a da eliminiše ono koje se kažnjava. Ukoliko menadžeri žele da modifikuju ponašanje svojih potčinjenih, moraju prethodno znati do kakvih će posledica dovesti ta modifikacija. Takozvano pozitivno pojačanje ponašanja je poželjna posledica promene ponašanja.

Prema nekim autorima (Mathauer, Imhoff, 2006) radno mesto je važan faktor koji utiče na faktore motivacije za rad zdravstvenih radnika zemalja u razvoju. Takođe, nematerijalne koristi i drugi alati za upravljanje ljudskim resursima u praksi (nadzor, uvažavanje od strane supervizora, mogućnosti za obrazovanje i stručno usavršavanje, učešće u donošenju odluka i promocija timskog rada) su bitni za poboljšanje motivacije za rad zdravstvenih radnika u ruralnim područjima. Istraživanje sprovedeno u Sloveniji (Lorber, Skela-Savič, 2012) je pokazalo da je zadovoljstvo poslom kod medicinskih sestara najviše uslovljeno sledećim faktorima motivacije: dobri međuljudski odnosi, plata, dobra komunikacija sa nadređenim, mogućnost napredovanja i obrazovanja, dobri uslovi na radu, odgovarajući međuljudski odnosi. Istraživanje koje je u Nišu sprovedeno pre desetak godina (Nikić, 2008) pokazalo je da zadovoljstvo poslom zdravstvenih radnika zavisi, između ostalog i od njihovih personalnih

karakteristika (npr. sposobnosti da stupaju u prijateljske odnose). Takođe, nedavno istraživanje sprovedeno u Srbiji je pokazalo da su zdravstveni radnici u urbanim sredinama više motivisani za posao u odnosu na kolege u unutrašnjosti (Grujičić i sar., 2016.).

Dakle, zaposleni zdravstveni radnici žele različite stvari, a zdravstveni menadžer treba da identifikuje i shvati ove razlike i pomogne zaposlenima da zadovolje svoje želje i potrebe kroz organizaciju radi poboljšanja kvaliteta rada, a samim tim i efikasnosti zdravstvene ustanove, jer motivacija i menadžment su dva nerazdvojna pojma.

Iako se termini lider i menadžer koriste kao sinonimi, oni se razlikuju po svojoj suštini. Lider je kreator misije i vizionar, a nasuprot tome menadžer viziju ostvaruje u praksi. U američkoj literaturi vrlo je popularna definicija razlike između lidera i menadžera koja je igra reči: lideri rade prave stvari a menadžeri rade stvari na pravi način (Spurgeon i sar., 2015).

Liderske veštine i osobine su veoma bitne za efikasnost upravljanja zdravstvenim sistemima. Liderstvo i upravljanje su različiti entiteti: nisu svi lideri menadžeri, niti su svi menadžeri lideri. Međutim, liderske veštine uvek krase dobrog menadžera (WHO, 2008.). Menadžer se fokusira na sisteme i strukturu, a lider na ljude, tako da se lider prirodno prati, a menadžeri se moraju poštovati. Liderstvo je sposobnost uticaja na grupu radi postizanja ciljeva (Northouse, 2008; Baker, 2014; Kruse, 2013), a lider je osoba koja je u stanju da razume zajednički cilj, kao i da izrazi kolektivnu nameru i volju grupe. Neki istraživači su ispitivali i potvrdili da je stavljanje lekara u liderske uloge ekonomski isplativo (Berghout i sar., 2017), ali i istakli značaj emotivne inteligencije u razvoju liderskih veština (Weiszbrod, 2015).

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da su zaposleni na 11 hirurških klinika KC nedovoljno upoznati sa značenjem koncepta liderstva u zdravstvu. Skorovi liderskih osobina su vrlo različito distribuirani na ispitanim klinikama. Na primer, liderske osobine menadžera na jednoj od klinika su sve (osim jedne) ocenjene izuzetno nisko od strane zaposlenih, dok su na drugoj klinici sve liderske osobine menadžera ocenjene veoma visoko. Dobijeni rezultati daju smernice rukovodiocima u domenu ličnog razvoja i usavršavanja. Naši rezultati pokazuju da dve liderske osobine rukovodioca: zadobijanje poverenja zaposlenih i otvorenost zahtevaju unapređenje i razvijanje, dok su liderske osobine: istrajnost, jasnoća komunikacije i samopouzdanje ocenje kao najpozitivnije kod rukovodioca. Proučavanje liderskih osobina i veština, i nalaženje efikasnog liderstva u zdravstvu nalazimo u mnogim radovima (Azar, Asiabar, 2015; Sfantou, 2017; Harget, 2017; Tafuri i sar., 2013), koji su dokazali da je stil liderstva direktno povezan sa poboljšanim kvalitetom zdravstvenih usluga i sa nižim mortalitetom.

Pružanje zdravstvene zaštite predstavlja timski rad u kome je uloga lekara vodeća, te su obrazovni programi za podsticanje razvoja liderskih kvaliteta potrebni već studentima medicine kako bi se budući lekari bolje pripremili za uloge. Dokazano je da su i posle dve godine, ispitanici koji su imali takve sadržaje u obrazovanju imali bolje liderske osobine (Ginzburg i sar., 2018). Na žalost, liderske veštine su u Srbiji zanemaren aspekt obuke na diplomskim i postdiplomskim studijama medicinskog usmerenja. Potrebno je uvesti integrisan pristup menadžmentu zdravstvene zaštite, kao i standardizovan kurikulum (Mutale i sar., 2017; Terzić i sar., 2010) na diplomskom nivou, sa sadržajima koji se odnose na liderstvo, kako bi se omogućilo lekarima da budu efikasni lideri koji upravljaju resursima na odgovarajući način (Savage i sar., 2017; Straus i sar., 2013).

Proces promena u srpskom zdravstvu treba da uključi identifikaciju liderskih potencijala među zaposlenim, indukuje timski duh i osposobi funkcionisanje tima, uzimajući u obzir tehnološke i netehnološke mogućnosti, kao što su ljudski resursi. Liderstvo podrazumeva poznavanje i različitih oblasti menadžmenta kao što su: poznavanje motivacije i nadgledanja ljudi, analize, opisa i specifikacija zadataka, intervjuisanje i selekcija osoblja, dodela priznanja, kazni i davanja saveta, unapređivanje i usavršavanje osoblja, iniciranje promena, upravljanje sopstvenom karijerom i razvojem (Mitrović, Gavrilović, 2013).

Naši rezultati su pokazali da su liderske veštine zanemaren aspekt rukovodjenja zdravstvenim ustanovama u Srbiji. Uvek su traženiji lideri u zdravstvu koji umesto sopstvenog ega razvijaju ustanove kojima upravljaju i koji imaju holistički pristup gde je pojedincu unutar grupe omogućeno da se ostvari u svom ličnom ritmu, sa svim svojim potencijalima. Nakon treninga, 107 menadžera, iz 20 bolnica u Srbiji, je unapredilo svoje veštine, a najveći napredak je zabeležen u organizaciji svakodnevnih aktivnosti, motivisanju zaposlenih, grupnoj diskusiji i analizi situacije (Terzić- Šupić i sar., 2010). Značaj liderskih veština dokazano je bitan i u mnogim kliničkim disciplinama, kao što je anesteziologija (Grantham i sar., 2019).

Naše istraživanje ukazuje zašto treba povećati, podržati i direktno investirati u razvoj kliničkog liderstva u Srbiji, definisati ulogu doktora, njegovu organizacionu i kliničku odgovornost i kako ih edukovati da ispune ono što društvu treba u budućnosti, a to je u skladu i sa istraživanjima drugih autora (Sterbenz, Chung, 2017).

Prema Adižesu (2004), lider je osoba koja ne samo da se ističe u određenim ulogama, već i stiče dodatnu energiju iz procesa zajedničkog odlučivanja i ume da pomogne drugima da dožive takvo iskustvo. On smatra i da su karakterne osobine vrlo bitne za liderstvo.

Ukoliko zamislimo tim koji je komplementaran, on bi ličio na šaku sastavljenu od prstiju različite dužine i različitih sposobnosti, a u tom slučaju lider bi bio palac. Palac je jedini prst koji

se suprotstavlja ostalim prstima, a ipak može „da radi“ sa svakim od njih i time omogućava da funkcionišu kao šaka. Biti lider značilo bi upravo biti palac i činiti da različiti prsti rade zajedno. Menadžer ne mora da se ističe u ulozi integratora, lider mora imati sposobnost da integriše tim.

Uspešni lideri poseduju mudrost i zrelost, koja dolazi sa radnim i životnim iskustvom, pa znaju da im svaka odluka ne može biti ispravna svaki put i zauvek. Stoga je potrebno da rukovodioci u zdravstvu konstantno tragaju za mudrošću, stručnim znanjem i mišljenjem ljudi oko sebe, koji su različitog stila i imaju drugačiju perspektivu (Sarto, Veronesi, 2016; Xenikou, 2017).

Jedan od ključnih rezultata istraživanja jeste da 'direktor treba da bude lider, a ne diktator'. U stručnoj i naučnoj literaturi nalazimo ozbiljnije sagledavanje liderstva u zdravstvu (Daly, 2014; Westphal 2012; Talib i sar., 2017). Identifikovani su najvažniji atributi efektivnih medicinskih lidera koje, pored znanja, obuhvataju lične karakteristike i opšte veštine. Ukoliko se primenjuju ovi atributi u selekciji i obuci rukovodioca, njihova uloga lidera će se lakše ostvariti kasnije (King i sar, 2019).

Postoji mišljenje (Daly i sar., 2014), da je bitno angažovati kliničke lekare u rukovođenju za postizanje i održavanje kvaliteta nege i bezbednosti pacijenata. Međutim, javlja se i zabrinutost da mnogi zdravstveni radnici možda nisu dobro pripremljeni za razumevanje prirode liderstva, ili da preuzmu vodeće uloge zbog nedostatka sadržaja o liderstvu u različitim programima medicinskih edukacija. U mnogim razvijenim zemljama čine se naponi da se prevaziđu ovi nedostaci kroz osmišljavanje i implementaciju programa za razvoj lidera. U Velikoj Britaniji npr. je razvijen i prihvaćen tzv. Okvir kompetentnosti zdravstvenih rukovodioca u domenu liderstva od strane stručnih medicinskih tela, regulatornih tela i pružalaca usluga obrazovanja (Daly i sar., 2014). Takođe, u Novom Zelandu medicinske škole rade na pružanju obuke za liderstvo u svom osnovnom medicinskom kurikulumu, dok su u Australiji, programi obuke na raspolaganju zdravstvenim radnicima i u samim bolnicama (Daly i sar., 2014). Isti autori, takođe, ističu da u mnogim zemljama postoje različite mogućnosti, za zdravstvene profesionalce, da se uključe u programe razvoja liderstva u postdiplomskoj edukaciji.

Na žalost, u našem obrazovnom sistemu za zdravstveni kadar još uvek nisu iskorišćene sve mogućnosti usavršavanja u liderstvu, iako postoje pokušaji (Osnove Menadžmeta u zdravstvu na diplomskim studijama, postdiplomski programi u Školi javnog zdravlja u Beogradu, itd.)

Menadžerska efektivnost i efikasnost, kao i uticaj na radnu organizaciju, u poslovnom, ali sve intenzivnije i u javnom sektoru (Anzengruber i sar., 2017; Helfat, Martin, 2015; Ates i sar., 2013), su predmet istraživanja od strane mnogih autora sa istim interesovanjem, kao i na samom početku pre par decenija. Sa intenzivnim promenama u administraciji sa namerom da se unapredi

efektivnost rada administracije, uvođenje menadžmenta u javni sektor počinje 80' godina prošlog veka u Velikoj Britaniji kao preteča. Zdravstvo je bilo predmet izučavanja u ovoj oblasti, ali i sama menadžerska efektivnost (Glickman i sar., 2007; Bose, 2003; Bose i sar., 2001; Pilay, 2003; Hamlin, Patel, 2012).

Menadžerska efikasnost može da se meri na više načina (Smutny i sar., 2016), odnosno: menadžer je uspešan onoliko koliko je grupa kojom rukovodi efikasna; onoliko koliko ga drugi smatraju uspešnim; onoliko koliko menadžer sam sebe doživljava efikasnim; i onoliko koliko menadžer predstavlja dobar primer u ponašanju i koliko ljude time ubedi da je kompletan kao rukovodilac, a najčešće metode za evaluaciju efikasnosti rukovodioca su: subjektivna evaluacija učinka rukovodioca (od strane podređenih, nadređenih, kolega, i samoevaluacija); evaluacija zadovoljstva rukovodiocem od strane zaposlenih, kao i merenjem grupne i organizacione učinkovitosti, dok je poslednje pobrojani način merenja istovremeno i objektivni kriterijum.

U svakom slučaju, postoji rizik, jer mnogobrojne promenjive utiču na krajnji ishod. Tako da pretpostavka da produktivnija grupa logično ima efikasnijeg menadžera, nije sama po sebi povezana, jer i grupe sa neefikasnim menadžerima mogu postići odličan učinak kao grupa, na primer, zahvaljujući posebnom znanju ili veštinama jednog od članova te grupe, ili zahvaljujući nasledstvu prethodnog menadžera (Smutny i sar., 2016). Isti autori ističu da menadžerske veštine, kao deo modela menadžerske kompetencije, su nekada povezane sa menadžerskom, liderskom ili efikasnošću same grupe i istraživanja u ovoj oblasti su posebno dragocena.

Takođe, mnogi teorijski koncepti i rezultati istraživačkih radova pokazuju međupovezanost menadžerskih komponenti i performansi u radu zdravstvenih ustanova (Bloom i sar., 2014; Vuković, Ilić, 2018). Vešt menadžer motiviše svoje zaposlene i omogućava uslove za njihovo veće zadovoljstvo poslom, što posledično doprinosi direktnom visokom kvalitetu proizvoda-usluga i u slučaju zdravstva zadovoljnih i na pravi način zbrinutih pacijenata (Grujičić, 2016, Kuburović, 2016; Marković i sar., 2009).

Naši ispitanici su najveću važnost dali veštini komunikacije i stručnosti, zatim motivaciji zaposlenih i predstavljanju klinike, što se poklapa sa ključnim veštinama identifikovanih od strane stručne zajednice (Healthcare Management, 2019; WHO, 2008; Terzić-Šupić, 2010). Među ipitanicima dominira stav da jedan čovek ne može posedovati sve menadžerske veštine, dok istraživanja u ovoj oblasti pokazuju izuzetan značaj timskog rada i upravljanje timovima (Donnellon, 2006).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da, posmatrajući menadžerske sposobnosti, shodno oceni ispitanika, menadžeri u hiruškim klinikama su veoma ambiciozni, obučeni u svojim oblastima i posvećeni usavršavanju; upravljaju vremenom, prilagodljivi su razlikama i imaju

razumevanja. Međutim, oni bi trebalo da poboljšaju svoje veštine za upravljanje stresom i nedaćama, tj. nepovoljnim okolnostima, i da budu više orjentisani ka ličnom razvoju. Slično su pokazali i drugi autori (Boyaci i sar., 2014; Koval, 2016)

Menadžerske uloge, prema mišljenju ispitanika u našem istraživanju, su uglavnom informativne, što znači da nadgledaju okruženje i okolnosti, prate i traže informacije, Istovremeno, rukovodioci predstavljaju kliniku i ostvaruju kontakte sa spoljnim okruženjem. Međutim, uloge inovatora, pregovarača i lidera trebalo bi dalje razvijati kako bi bili uspješniji u ispunjavanju svojih upravljačkih odgovornosti. Menadžeri na hirurgskim klinikama KC Niš bi trebali više vremena da posvete razvijanju svoje uloge motivatora, nekoga ko gradi timove, održava korporativnu kulturu i nadzire rad drugih, kao i nekoga ko uvodi i proba nove pristupe, grabi nove prilike i generiše nove ideje, donosi odluke i koristi snagu kako bi postigao stvari . Treba raditi na veštinama pomenutih rukovodioca da prenose strategiju u akciju, pregovaraju, i upravljaju konfliktima, bolje i brže. Prema nekim studijama, glavni cilj je postići balans svih uloga menadžera u zdravstvu (Donar, Turac, 2018).

Naši rezultati pokazuju da rukovodioci u hiruškima poseduju viši nivo menadžerskih veština. Posebno se ističu veštine profesionalnosti i primene znanja i inicijativa, dok su veštine upravljanja i donošenja odluka najniže ocenjene. Takođe, uloge menadžera, portparol i održavanje kontakata, su bile najviše ocenjene uloge, a najniže ocenjena je uloga inovatora. Najviše ocenjene menadžerske sposobnostisu su sticanje znanja i upravljanje vremenom, dok je sposobnost ličnog razvoja ocenjena najniže od strane ispitanika.

Naše istraživanje je pokazalo da su većinu menadžerskih veština, uloga i sposobnosti statistički značajno bolje ocenile medicinske sestre u odnosu na lekare. Ovakav rezultat je očekivan obzirom da su rukovodioci lekari, a da su očekivanja samih kolega veća i samim tim i ocene strožije.

Takođe, naše istraživanje je pokazalo da većina menadžerskih veština, uloga i sposobnosti podjednako ocenjuju žene i muškarci, osim veština održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa i profesionalnost koje su statistički značajno više ocenile žene u odnosu na muškarce. Ovaj rezultat ukazuje na društveno prisutne tradicionalne vrednosti u odnosu na polne razlike, gde ispitanice očekivano vrednuju određene veštine i odnos, ali i razliku u samom odnosu rukovodioca prema zaposlenima ženskog pola.

U našem istraživanju su sve menadžerske veštine bile statistički značajno pozitivno povezane sa menadžerskim sposobnostima, kao i sa menadžerskim ulogama. Pojedinačno gledano najjača povezanost je utvrđena između veštine održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa i menadžerske sposobnosti sticanja znanja. Ovakva međuzavisnost različitih aspekata

menadžmenta je očekivana i u skladu sa dostupnom teorijom i praktičnim dokazima (Savage i sar., 2017; Spurgeon i sar., 2015; Mintzberg, 2012; Aduo-Adjei i sar., 2016), a nalazimo je i u istraživanjima drugih autora (Sakir i sar., 2013; Lorber, Skela-Savič, 2018).

Pojedinačno gledano najjača povezanost postoji između menadžerske veštine razvoja kapaciteta drugih i menadžerske uloge lidera. Međuzavisnost ispitanih aspekata menadžmenta je očekivana i u skladu sa teorijom i praksom, koja ukazuje na međuzavisnost učinka grupe i motivacije kao veštine, kao i komunikacije na opšte rezultate rada (Barati i saradnici, 2016; Smutny i sar., 2016; Rizoska, 2011). Tako da istraživanje čeških autora (Smutny i sar., 2016) ukazuju na povezanost ishoda rada sa motivacionim veštinama menadžera, organizacionih veština sa menadžerskom efikasnošću (po oceni zaposlenih), kao i motivacionih veština i uspešnog timskog rada. Međupovezanost menadžerskih veština i menadžerske efiksnosti u svom istraživanj potvrdili su i iranski istraživači (Esfandnia i sar., 2016).

U ovom istraživanju je utvrđena pozitivna korelacija između motivacije i menadžerskih veština: profesionalnost i održavanje radne etike. Ovaj rezultat pokazuje izuzetan značaj i uticaj menadžerskih veština na motivaciju zaposlenih i važnost jačanja i razvijanja menadžerskih veština, a slične rezultate nalazimo i kod mnogih drugih autora (Weldegebriel i sar., 2016; Rosak-Szyrocka, 2015; Veseli i sar., 2014).

U našoj sredini poseban izazov za rukovodioca je visok nivo migracije zdravstvenog osoblja, tj odlazak u inostranstvo (Jekić i sar., 2012), što daje poseban značaj veštinama rukovodioca u vezi motivacije zaposlenih i povećanja zadovoljstva poslom.

Prednost ovog načina identifikovanja menadžerskih veština je to što su ispitivane na samom radnom mestu rukovodioca, uzimajući u obzir lokalne okolnosti.

Zadovoljstvo poslom još uvek nije standardno definisano zbog različitih priroda poslova, različitih disciplina, kao i različitih metoda proučavanja (Aziri, 2011). Neki autori ističu da zadovoljstvo poslom ne znači samo odsustvo nezadovoljstva (McShane, 1984). Zadovoljstvo poslom ima tri osnovne komponente: kognitivna komponenta sadrži ono što čovek veruje da zna o predmetu, evaluativna komponenta odnosi se na to koliko volimo ili ne volimo neku stvar (ili osobu), a bihevioristička komponenta sadrži određenu predispoziciju da se deluje u određenom smeru. Teoretičari povezuju zadovoljstvo poslom sa konceptom motivacije, međutim potrebno je razlikovati motivaciju od zadovoljstva. Motivacija se odnosi na težnju i napor za zadovoljenjem želja ili ciljeva, dok se zadovoljstvo odnosi na ispunjenje koje osećamo zbog zadovoljenja želje (Malik i sar., 2012). Motivacija, prema tome, usmerava čovekovu aktivnost ka postizanju željenog rezultata, a zadovoljstvo poslom je posledica tih rezultata. Najvažnije dimenzija

zadovoljstva posla su: plata, posao sam po sebi, mogućnost napredovanja, odnosi sa nadređenima i odnosi sa saradnicima (Malik i sar., 2012).

Zadovoljstvo radom je jedan od najzastupljenijih predmeta u oblasti organizacionog ponašanja i upravljanja ljudskim resursima (Sattiger, Kulkarni, 2017). Zadovoljni zaposleni, verovatno, će biti produktivniji i posvećeniji svom poslu, a ustanovljeno je da su, osim novčanih koristi, i drugi motivacioni faktori kao što su uvažavanje, autonomija, postignuća, mogućnosti za rast i razvoj pozitivno povezani sa zadovoljstvom poslom.

Naši rezultati pokazuju da je prosečno ukupno zadovoljstvo poslom, kod ispitanih zdravstvenih radnika, bilo prosečno i skoro upola manje od maksimalnog. Najveće zadovoljstvo poslom među ispitanicima su imali zaposleni na Klinici za opštu hirurgiju, Kliniku za očne bolesti, kao i na Klinici za ginekologiju i akušerstvo, a najmanje zadovoljstvo poslom utvrđeno je na Klinici za ortopediju i traumatologiju, i to skoro upola niže od proseka, Klinici za dečiju hirurgiju i Klinici za kardiovaskularnu hirurgiju. Ovaj rezultat ukazuje na veću posvećenost rukovodioca uslovima i faktorima koji zaposlene čine zadovoljnim na određenim klinikama, dok je drugim rukovodiocima pokazatelj šta treba unaprediti.

Efikan zdravstveni sistem nije moguć bez zadovoljne radne snage. Svake godine mnogi nezadovoljni medicinski radnici ili napuštaju profesiju ili napuštaju posao u potrazi za boljim mogućnostima. Zbog toga je predmet zadovoljstva poslom privukao pažnju u javnom zdravstvenom sektoru i ljudskim resursima i fokus stavljen na tercijarnu ustanovu zdravstvene zaštite kako bi se utvrdili različiti temeljni faktori (Tasneem i sar., 2018; Gudeta, 2017; Shkolnikova i sar., 2017).

Jedan od najefikasnijih faktora zadovoljstva poslom radnika je upravo njihov posao (Naderi, 2013). Ako je zaposleni zadovoljan svojim poslom i organizacijom, osoba neguje veliko poštovanje prema toj organizaciji. Očigledno je da odsustvo navedenih osobina čini osobu nezadovoljnom i smanjuje lojalnost osobe prema organizaciji. Oni zaposleni u organizaciji koji imaju veću motivaciju za rast i razvoj, pokazuju bolji odziv na inicijative rukovodioca. Istraživanja pokazuju da su zaposleni sa iskustvom, tj. sa većim starosnim i radnim stažom, više zadovoljni poslom i posvećeni (Naderi, 2013)

Na osnovu našeg istraživanja i prikazanih skorova, najveće zadovoljstvo ispitanika je prirodom posla, što je i logičan rezultat, ali i jako važan parametar koji pokazuje da se zaposleni u zdravstvu bave poslom koji vole. Sistem nadgledanja rada, kao i kolegijalni odnosi su dobro ocenjeni, ali najbolje ocenjeni faktori zadovoljstva poslom imali su skor daleko od maksimalnog, pa je tako priroda imala skor 15,78 od maksimalnih 24.

U istraživanju na sličnoj populaciji u Nišu (Marković, 2014) zaposleni u zdravstvu su bili najzadovoljniji neposrednom saradnjom sa kolegama, raspoloživim vremenom za obavljanje poslova, mogućnošću iznošenja ideja pretpostavljenima, kao i njihovom podrškom.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da je ukupno zadovoljstva poslom bilo značajno veće kod ispitanih lekara u odnosu na medicinske sestre, odnosno razlika se javila u zadovoljstvu sistemom nagrađivanja, uslovima rada i nadgledanjem rada. Ovakav rezultat ide u prilog tome da je doktorska profesija cenjena u odnosu na stručnu spremu i odgovornost koju nosi i da je to prepoznato od strane rukovodioca. Takođe, značajno se razlikovalo zadovoljstvo sistemom nagrađivanja između ispitanih rukovodioca i medicinskih sestara/tehničara, ali i lekara i medicinski sestara/tehničara. Rezultat ukazuje na nesrazmeru u sistemu nagrađivanja i ukazuje na potrebu revidiranja istog i usklađivanja sa okolnostima. Slične rezultate odnosno, veće zadovoljstvo poslom kod lekara u odnosu na medicinske sestre nalazimo i kod inostranih autora (Martins, Tukur, 2016).

Medicinske sestre zadužene nisu često zadovoljne svojim poslom zbog faktora kao što su: stres, radno opterećenje i nebezbedno radno okruženje, a to povećava stopu mortaliteta i komorbiditeta (Farman i sar., 2017).

U Dawson (2014) izveštaju istaknute su studije koje su sproveli Freenei i Fellenz, 2013, na 158 babica u dve irske bolnice i rezultati koji su otkrili da su socijalna podrška od kolega, supervizorska podrška i organizacioni resursi, značajni prediktori kvaliteta nege. Dawson (2014) ističe i važnost angažovanja medicinskih sestara za kvalitet nege, koje je Lowe 2012. godine istražila u 16 bolnica u Kanadi i pokazala da su kvalitet usluga i brige orijentisane na pacijente bili veći kada je angažovanje bilo veće.

Rezultati indijskih autora (Jaiswal i sar., 2015) su slični našim rezultatima, pa je tako indeks prosečnog zadovoljstva poslom izračunat u sličnom rasponu, ali je utvrđeno da je najviši za medicinske sestre, a zatim za doktore, pomoćno osoblje i tehničare. Dobijena je pozitivna povezanost između rezultata zadovoljstva poslom i komunikacije, koristi, radnog okruženja i saradnika, a negativna povezanost sa sistemom organizacionog nadzora, opterećenje radom, nagrade, plate i perspektive za karijeru, za sve kategorije ispitanika.

Prema našim rezultatima postoji prostor za intervencije kako bi se poboljšalo zadovoljstvo poslom, a prateći, kontinuirani nadzor može biti koristan u određivanju različitih aspekata zadovoljstva koji zahtevaju poboljšanje. Povećanjem zadovoljstva poslom, menadžer zdravstvene ustanove može poboljšati ne samo mentalnu, psihološku i socijalnu dobrobit radne snage, već i kvalitet pružanja usluga, a time i zadovoljstvo korisnika usluga, pacijenata.

Naši rezultati pokazuju da postoji značajna razlika u zadovoljstvu poslom u odnosu na stav o ravnopravnosti podele zadataka na klinici. Međutim, zadovoljstvo novčanom stimulacijom, sistem nagrađivanja i uslovima rada nisu se statistički značajno razlikovali kod neujednačenih podela zadataka. S druge strane, zadovoljstvo svim ostalim parametrima i ukupno zadovoljstvo poslom su se značajno razlikovali kod neujednačenosti i nesrazmeri u podeli zadataka, čime se ističe veliki značaj ravnomerne podele zadataka zaposlenima, i rukovodiocima ukazuje da treba da jačaju organizaciju posla kao menadžersku veštinu

Komponente zadovoljstva poslom - novčana stimulacija i dobit, nisu bile povezane ni sa jednim aspektom menadžerskih veština u našem istraživanju, što je u skladu sa činjenicom da te komponente ne zavise od direktora klinike, već od zdravstvene politike Ministarstva zdravlja i same Vlade Republike Srbije. Sa ukupnim skorom zadovoljstva poslom su bile povezane menadžerske veštine upravljanje, održavanje kvalitetnih međuljudskih odnosa, snalažljivost, profesionalnost, održavanje radne etike, rešavanje problema, i donošenja odluka, što je u skladu sa našim pretpostavkama i rezultatima drugih autora. Ovde treba naći prostora za strategiju upravljanja i jačanja ljudskih resursa, sa posledičnim povećanjem kvaliteta svih parametara rada klinike. Takođe, zadovoljstvo napredovanjem i nadgledanjem rada su statistički značajno povezani sa svim aspektima menadžerskih veština, što je u skladu sa našim pretpostavkama i rezultatima drugih autora (Grujičić i sar., 2016; Aziri, 2011; Gudeta, 2017).

Sa druge strane, zadovoljstvo uslovima rada statistički značajno negativno korelira sa veštinom razvoja kapaciteta drugih, što ukazuje da zaposleni mogu podsticajno okruženje za sopstveni razvoj da shvate kao pritisak i neprijatnost na poslu. Zadovoljstvo kolegijalnim odnosima korelira jedino sa profesionalnošću rukovodioca, što je pokazatelj važnosti uloge rukovodioca u kreiranju kvalitetnih međuljudskih odnosa i podsticajnog radnog okruženja. Zadovoljstvo prirodom posla korelira sa svim menadžerskim veštinama, dok zadovoljstvo komunikacijom korelira sa većinom menadžerskih veština. Značaj ovog rezultata se ogleda u potrebi važnosti investiranja i jačanja menadžerskih veština rukovodioca, dok istovremeno daje praktičan doprinos u jasno definisanim veštinama i korelacijama.

Takođe, ukupno zadovoljstvo zaposlenih u našem istraživanju je bilo značajno povezano sa menadžerskim ulogama lidera, donosioca odluke, inovatora i pregovarača, što nalazimo i kod drugih autora (Kodikal, Suresh, 2015; Mosadeghrad i Ferdosi, 2013).

Najvažniji nalaz našeg istraživanja je činjenica da postoji jaka veza između menadžerskih veština i zadovoljstva poslom. U opisnim terminima, to znači da se merenjem zadovoljstva poslom i njegovim odvojenim aspektima može oceniti menadžerska veština i predvideti uspeh pojedinca koji ima rukovodeću poziciju. Generalno, menadžeri ne mogu da kontrolišu

zadovoljstvo svojih zaposlenih u smislu operativnih procedura, dok su svi ostali aspekti direktno povezani sa njihovom veštinom.

Pretpostavka je da proces tranzicije i opšta društveno-politička situacija u zemlji mogu uticati na rezultate, posebno na zadovoljstvo poslom. Treba imati na umu da zdravstveni radnici u Srbiji nemaju visoke kriterijume za zadovoljstvo, jer su mnogi ljudi u zemlji bez posla ili prihoda.

Sistem vrednovanja i samovrednovanja, ravnopravna raspodela obaveza i zaduženja, timski rad, motivacija i stimulacija, kao i sistem nagrađivanja, iako ocenjeni maksimalno važnim, od strane naših ispitanika, u polovini slučajeva se uopšte ne realizuju.

Bose i saradnici (2001), ali i drugi autori (IFC, 2015), ističu samovrednovanje kao posebno korisno u razvoju zdravstvenih ustanova. Istraživan je značaj samoprocene i uticaj na učinak rada zbog povezanosti između učinka i kvaliteta (Bose i sar., 2001). Autori su zaključili da je procena učinka vitalna komponenta održavanja i poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite, a procena učinka zaposlenih je važan deo procene sistema. Dok klinička statistika može pružiti uvid u učinkovitost sistema, učinak pojedinaca mora se oslanjati na druge izvore informacija, kao što su procene od strane supervizora, kolega, nezavisnih spoljnih ocenjivača ili njih samih (Bose i sar., 2001, Vukašinović i sar., 2009).

Naši rezultati pokazuju da se formiranje timova, obaveze i zaduženja na hirurškim klinikama raspoređuju jasno i na osnovu stručnosti. Međutim, sistem vrednovanja i samovrednovanja se ne sprovodi u dovoljnoj meri, efikasnost u timu se ne motiviše i ne stimuliše, a sistem za praćenje, pohvalu i sankcionisanje zaposlenih se ne primenjuje. U drugim zemljama menadžeri sve više shvataju da je konsultovanje zaposlenih preduslov za visoke performanse i sve više istraživanja se fokusira na ovu oblast (Lowe, 2012). Rukovodioci zdravstvene ustanove koji su informisani o očekivanjima i svakodnevnim radnim problemima zaposlenih bolje razumeju njihove potrebe (Kaarna, 2007). Rukovodioci treba da izgrađuju efikasne odnose između menadžera i osoblja, identifikuju negativne uslove rada koji utiču na osoblje, na odgovarajući način delegiraju ovlašćenja osoblju i drže ih odgovornim za rad u svojim organizacionim jedinicama, informišu osoblje o promenama koje će na njih uticati, i izražavati zahvalnost i priznanje za napore članova osoblja u obavljanju poslova zdravstvene organizacije, tako da na ovaj način, rukovodioci stvaraju povoljno radno okruženje za bolničko osoblje (Kaarna, 2007).

Uprkos mišljenju ispitanika u našem istraživanju da u domenu rukovođenja vrlo malo zavisi od direktora klinike, intervjuisani zdravstveni radnici smatraju da radna atmosfera, kao i ravnomerna podela zadataka, direktno zavise od veštine upravljanja rukovodioca. Radna

atmosfera, kao i motivacija doprinose zadovoljstvu poslom, i svi ovi parametri u našim rezultatima pokazuju jaku korelaciju.

Radi unapređenja edukacije i rada menadžera u zdravstvenim ustanovama, pa i hirurškim klinikama treba uvesti nove indikatore rada, pored standardno propisanih, kao što je uvođenje sveobuhvatnog indeksa kao ocene rada, i zaposlenih i menadžera. Ovaj predlog je u skladu sa trendovima u menadžmentu u zdravstvu i praćenja kvaliteta rada (Wagner i sar., 2014; Crema, Verbano, 2013). Na primer, Wagner i sar. (2014) su predložili sveobuhvatni indeks za praćenje sistema upravljanja kvalitetom čija primena je moguća širom Evrope i ima potencijal da pomogne kreatorima politike, ali i svim drugim zainteresovanim stranama da uporede bolnice i fokusiraju se na najvažnija područja za poboljšanje. Predloženi indeks ima 46 stavki koje su pouzdane i važe za procenu sistema upravljanja kvalitetom u zdravstvu u evropskim bolnicama. Obuhvaćeni su parametri kao što su politika kvaliteta, metode za kontinuirano poboljšanje i postupci za rešavanje žalbi pacijenata ili edukaciju osoblja. Devet skala indeksa, predloženih od strane Wagner i sar. (2014) predstavljaju menadžerski aspekt upravljanja kvalitetom i ostavljaju prostor za istraživanje povezanosti upravljanja kvalitetom sa rukovodstvom, pacijentovog zadovoljstva i angažovanja zaposlenih, kao i samu organizacionu kulturu.

Rezultati dobijeni našim istraživanjem jesu dobra osnova za preduzimanje mera za unapređenje, kako menadžerskih veština, tako i samog rada klinika. Istraživanje se može nastaviti periodično na određeno vreme sa revidiranjem prioriteta i planiranjem novih aktivnosti unapređenja. Potrebno je sačiniti kurikulum sa setom ponuđenih tema, identifikovanih istraživanjem kao prioritet: menadžerske veštine, uloge i sposobnosti, menadžerski alati i tehnike, motivacija zaposlenih, zadovoljstvo zaposlenih i liderstvo, i u saradnji sa medicinskim fakultetom i Univerzitetom u Nišu, sprovesti seriju različitih formi obuka i prenosa znanja na hirurškim klinikama. Pre početka obuka, postaviti merljive očekivane rezultate i indikatore uspeha, koji će nakon unapred definisanog vremenskog perioda biti ocenjeni.

Menadžment i liderstvo u zdravstvu, teorija i praksa, treba da se uvrsti u kurikulume svih nivoa obrazovanja medicinskih radnika, sa posebnim fokusom na timski rad i komunikologiju. Prateći rezultate istraživanja, rukovodioci treba da prilagode aktivnosti u domenu motivacije zaposlenih, sa osvrtom na motivacione faktore od najveće važnosti za zaposlene, prilagođene posebnostima po polu, radnom stažu i zanimanju, imajući u vidu kako finansijske tako i nefinansijske motivacione faktore.

Primenom menadžerskih alata i aktivnim učešćem zaposlenih treba revidirati i postojeće Pravilnike sa fokusom na unapređenje uslova rada i time podići nivo zadovoljstva zaposlenih. Ovu metodu primenjivati redovno i negovati kvalitetne međuljudske odnose tehnikama jačanja

timskog rada. Takođe, treba prilagoditi postojeće pokazatelje rada hirurških klinika preciznom merenju, kako učinka tako i kvaliteta rada uz aktivno učešće što većeg broja zaposlenih.

Takođe je bitno sagledati finansijsku stimulaciju na poseban način za sekundarne i tercijarne zdravstvene ustanove, ali i povećati broj zaposlenih. Unapredjenje sistema motivacije, nagrade i kazne, dodatno daje važnost i težinu ovim parametrima, a i smernice rukovodiocima u kom pravcu orijentisati promene. U izveštajima u vezi stanja u zdravstvu u Srbiji nalazimo skoro identične rezultate (Ernst i Young, 2016). Međutim, neki od parametra npr. zapošljavanje nisu u ingerenciji menadžera, kao ni nabavka opreme, tj. zavise od državne politike zapošljavanja, tenderske procedure i sl, znači, nabavka opreme nije u direktnoj nadležnosti ukoliko nije deo donacije i ličnog angažovanja direktora. Ovo je izuzetno važan rezultat, jer upućuje na zaključak da zaposleni nemaju potpun uvid u realne mogućnosti direktora, što posledično može biti izvor frustracija i nezadovoljstva. Naše istraživanje daje pravac rukovodiocima za planiranje pristupa u upravljanju sa fokusom na izvore motivacije zaposlenih, timski rad, jasniju komunikaciju, kao i mogućnost otvorenih diskusija (Ernst i Young, 2016).

Preporuka za unapređenje menadžerske efikasnosti obuhvata i uvođenje statusa službenog lica lekarima i drugim zdravstvenim radnicima iz bezbedonosnih razloga, s obzirom na sve češće napade kojima su izloženi od strane pacijenata i njihovih pratilaca. Diskusije na ovu temu u naučnoj zajednici Srbije za sada nema, ali mogu se naći slična istraživanja kod stranih autora (Ahmed, 2018; Ambesh, 2016). Naime, u jednom istraživanju nalazimo da su agresija i nasilje nad lekarima primarne zdravstvene zaštite uobičajeni u Pakistanu. U ovoj studiji većina (85%) ispitanih lekara suočila se sa blagim dešavanjima nasilja, uglavnom verbalnog karaktera, 62% se suočilo sa umerenim nasiljem, a oko 38% je bilo izloženo teškom nasilju (Ahmed, 2018).

Naša preporuka rukovodiocima uključuje sagledavanje mogućnosti nabavke adekvatne opreme, kao i uslove za rad, odmor, ishranu, ali i novi kodeks oblačenja i ponašanja. Takođe, naši rezultati u vezi uslova rada pokazuju da su izuzetno visoko ocenjeni prediktori: motivacija zaposlenih i njihovo zadovoljstva poslom, koji moraju biti sagledani kao važna komponenta poboljšanja celokupnog kvaliteta rada klinike. U jednom istraživanju (Warren i sar., 2007) rezultati su pokazali da su organizaciona klima, pravilnici i uslovi rada u zdravstvenim ustanovama snažni pokretači performansi sistema i da intervencije usmerene ka poboljšanju kvaliteta i bezbednosti zdravstvene zaštite treba da se bave ovim faktorima. Pri tome treba imati u vidu da je neadekvatno radno okruženje u bolnicama uobičajeno i povezano s kvalitetom nege i odlaskom medicinskih sestara, a da poboljšanje radnog okruženja obećava zadržavanje medicinskih sestara i bolji kvalitet brige o pacijentima (Aiken i sar., 2011).

Hirurška klinika u Nišu može da poboljšanja pružanje usluga i poveća zadovoljstvo pacijenta pruženim uslugama, kroz adekvatnu organizaciju u urgentnoj službi i hirurškim jedinicama; kroz poboljšanje broja slučajeva dnevno u operacionim salama; kroz nalaženje načina za brzo uključivanje najboljih zaposlenih u odnosu na povećanje obima posla, kao i kroz skraćivanje prosečne dužina lečenja kroz pravilnu upotrebu resursa i bolju organizaciju.

Odgovarajuća upotreba menadžerskih veština, pravilna motivacija i zadovoljstvo zaposlenih mogu omogućiti bolnici da opslužuje ogromno geografsko područje bez potrebe za prevelikim brojem kreveta i preopterećenosti u radu službi.

Strateško planiranje je od velikog značaja za uspešno vođenje bolnica, ali i svih ostalih zdravstvenih ustanova i organizacionih jedinica, odeljenja, službi. Bolnice zbog svoje kompleksnosti čine složen sistem koji mora biti prilagođen širokom spektru zahteva, ali i fleksibilan da isprati medicinsko-naučne trendove i očekivanja korisnika. Kakvo će planiranje biti zavisi od načina na koji se ustanova vodi i da li je tržišno orjentisana ili ne, od društvenih normi, njenih kapaciteta, ali od iskustva njenih menadžera u planiranju rada i poslovanju (Terzić, 2010). Do 2010. godine zakon je predviđao samo lekare kao rukovodioce, a danas i vanmedicinske struke, ali sa završenim usavršavanjem u menadžmentu u zdravstvu, pa je utoliko veća pažnja usmerena ka usavršavanju i sticanju menadžerskih veština, što za cilj ima poboljšanje efikasnosti rada, smanjenje troškova i unapređenje rada (Rodriguez-Perera i sar., 2012).

Strateško planiranje uključuje analizu faktora unutrašnjeg i spoljašnjeg okruženja, a najčešće korišćen alat je SWOT, za koji smo se i mi opredelili.

SWOT analiza, kojom lideri i menadžeri ocenjuju prednosti, slabosti, mogućnosti i pretnje organizacije (Teoli, 2019), je korisan i vremenski proveren menadžerski alat za strateško planiranje u bolnicama, sistemima zdravstvene zaštite ili drugim poslovnim okruženjima (Blayney, 2008). SWOT analiza je strukturirani, sistematski način razmišljanja i istraživanja područja za razvoj biznisa, za raspoređivanje resursa (uključujući fizičke, lične i intelektualne resurse) i područja ranjivosti kojima je potrebno poboljšanje ili razvoj (Blayney, 2008). Primenu u zdravstvu našao je u mnogim oblastima (Buljanović i sar., 2011; von Kodolitsch i sar., 2015; Mohamed i sar., 2017).

Iz strategije 'Snage - Mogućnosti' (maksimalizovati mogućnosti uz pomoć snaga; strategija koja prati mogućnosti koje se dobro uklapaju u snage organizacije) proizilazi da je za unapređenje rada hirurških klinika neophodno sledeće: završetak Novog KC, unaprediti odnos sa zajednicom kroz zajedničke projekte i donacije (akademske institucije, privreda, NVO), podići svest ljudi o zdravlju i nivoima zdravstvene zaštite, unaprediti sistem nagrađivanja za rad, razviti

spektar progarama i obuka, na bazi potreba i trendova, za maksimalizaciju postojećih kapaciteta, kontinuirani prenos znanja (mentorstvo i 'in-house' obuke) primarnom i sekundarnom zdravstvu oslabiti pritisak na KC.

Značaj samih objekata, u kojima se pruža zdravstvena usluga, su predmet istraživanja pojedinih autora (Reiling i sar., 2008) koji su istraživali značaj i uticaj arhitektonskog dizajna bolničke ustanove, uključujući njenu tehnologiju i opremu, i njen uticaj na sigurnost pacijenata i došli do zaključka da je neophodno uskladiti fundamentalne promene u procesima zdravstvene zaštite, kulturi i fizičkom okruženju, kako bi se pružaoci nege i resursi koji ih podržavaju prilagodili za pružanje bezbedne nege. Reiling i sar (2008) tvrde da projektovanje bolnice, sa svojom opremom i tehnologijom, nije istorijski razmatralo uticaj na kvalitet i bezbednost pacijenata, ali milijarde dolara su i biće uložene godišnje u zdravstvene ustanove i da to pruža jedinstvenu priliku da se koriste sadašnji i novi dokazi za poboljšanje fizičkog okruženja u kojem rade zdravstveni radnici, a time i poboljšanje ishoda.

Strategija 'Slabosti - Mogućnosti' (strategija koja prevazilazi slabosti da bi se iskoristile mogućnosti) odnosi se na: završetak Novog KC (namenski, funkcionalan prostor i oprema), uvođenje realnih standarda i uraditi akreditaciju, pravno regulisati odnos privatno i javno zdravstvo, uraditi i usvojiti unutrašnje pravilnike u svim oblastima rada.

Akreditacijom zdravstvene ustanove unapredile bi se mnoge od trenutno identifikovanih slabosti u KC, ali i ojačale već postojeće snage. Akreditacija bi bila garant, u formalnom smislu, unapređenja rada i zadovoljstva zaposlenih, kao i korisnika usluga (**Tabela 85**).

Tabela 85. Standardi za akreditaciju zdravstvenih ustanova sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite

1. Standardi u vezi sa lečenjem/uslugama pruženim pacijentu: Ovi standardi su sačinjeni tako da prate proces lečenja/pružanja usluge pacijentu od momenta prijema u bolnicu, preko planiranja i sprovođenja lečenja, do okončanja lečenja/pružanja usluge ili upućivanja na drugi nivo lečenja. Dato je generičko poglavlje za pojedinačno lečenje pacijenta kao i posebna poglavlja koja se odnose na operacionu salu, urgentnu medicinu i intenzivnu negu.
2. Standardi za rad službi kliničke podrške: Standardi za akreditaciju laboratorija, radiološke dijagnostike i apoteke.
3. Standardi rada pratećih službi: Prateće službe su, kako sam naziv podrazumeva, službe u okviru bolnice koje pomažu (prate) proces sprovođenja lečenja. Sačinjena su tri poglavlja u vezi sa pratećim službama: životna sredina (uključujući kontrolu širenja infekcija, upravljanje medicinskim otpadom, masovne nesreće i akcidentne situacije, centralnu sterilizaciju i bezbedno korišćenje opreme, materijala, medicinskih uređaja i prostora), ljudske resurse i upravljanje informacijama. Na osnovu prioriteta u vezi sa razvojem i koncentrisanjem, ovim standardima obuhvaćene su samo pojedine oblasti.
4. Standardi koji se odnose na rukovođenje i upravljanje: Ovi standardi se odnose na rukovodstvo – rukovođenje u zdravstvenoj ustanovi i standardi upravljanja – upravljanje koji se odnose na rad Upravnog odbora. I ovim standardima su, na osnovu prioriteta u vezi sa razvojem i koncentrisanjem, obuhvaćene samo pojedine oblasti.
5. Standardi koji se odnose na obrazovno nastavnu delatnost – edukacija: Najveći deo standarda se odnosi na bezbednost pacijenata vezanih za edukaciju studenata dodiplomske, diplomske i posle diplomske studije.

Izvor: Agencija za Akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije

Iz strategije 'Snage - Pretnje' (strategija koja identifikuje načine da se iskoriste snage da bi se smanjila ranjivost na spoljašnje pretnje) proizilazi: ojačati raspoložive ljudske resurse, organizovati obuke u ekonomiji u zdravstvu, redovno ažurirati planiranje u skladu sa demografskim, socijalnim i ekonomskim pokazateljima, jačati odnos sa zajednicom.

Jačanje ljudskih kapaciteta mnogi autori u svojim studijama prepoznaju kao ključ razvoja u zdravstvu. Aroni (2012) u okviru studije Evropske asocijacije menadžementa u zdravstvu (EHMA) ističe da kapaciteti igraju istaknutu ulogu u osiguravanju boljih performansi

zdravstvenih sistema, a da sveobuhvatne intervencije u ovom domenu rade na poboljšanju funkcionalnih procesa unutar zdravstvenog sistema u celini, ali i organizacija unutar zdravstvenog sistema, zdravstvenog osoblja i pojedinaca. Ovo se odnosi na poboljšanje kapaciteta pojedinaca da se produktivno uključe u zdravstveni sistem. Izgradnja kapaciteta se može koristiti horizontalno, sa fokusom na izgradnju individualnih kapaciteta, i vertikalno, sa fokusom na izgradnju organizacionih kapaciteta, ističe se u studiji Aroni (2012). Krajnji cilj intervencija u izgradnji kapaciteta u zdravstvu je jačanje održivosti lokalnog zdravstvenog sistema kroz bilo koju aktivnost koja je u stanju da donese pozitivne zdravstvene ishode (Aroni, 2012).

Strategija 'Slabosti-Pretnje' (strategija koja uspostavlja odbrambeni plan da se spreče slabosti organizacije koje bi je učinile podložnom spoljašnjim pretnjama) ukazuje da je važno motivisati zaposlene i obučavati kadar na svim nivoima da odgovore izazovima.

Motivacija zaposlenih u zdravstvu, evidentno igra značajnu ulogu na krajnji učinak rada odnosno kvalitet pruženih usluga, za šta nalazimo dokaze u brojnoj literaturi (Bajwa i sar., 2010; Baljoon i sar., 2018; Aduo-Adjei i sar., 2016).

Naši rezultati pokazuju da je medicinsko osoblje, bez obzira na poziciju, motivisano unutrašnjom motivacijom - da će učiniti dobro delo. Međutim, rukovodstvo koje ne utiče planiranim akcijama na motivaciju treba da usmeri svoje aktivnosti na tu veoma važnu oblast upravljanja. Činjenica da zaposleni nisu motivisani, ni platom ni nagrađivanjem, a da rade sa velikim brojem pacijenata, ukazuje na problem u sistemu. Zaposleni misle da nema poštene i ravnopravne raspodele poslova što je jedan od ključnih demotivišućih faktora u radu zaposlenih. Predlozi učesnika fokus grupa su potpuna reforma zdravstvenog i sistema zdravstvenog osiguranja, uvođenje statusa zaštićenog - službenog lica, platu povećati, jasna raspodela zaduženja i odgovornosti, i da se sistem nagrada-kazna unapredi-jasno definiše.

Indikatore aktivnosti treba dizajnirati da mere postignuća postavljenih organizacijskih ciljeva, ali se u praksi zdravstvenih ustanova oni najčešće biraju na temelju rutinske raspoloživosti bilo kakvih podataka iz bolničkih registara, organizacijskih protokola, knjiga dežurstva, otpusnih listi, registara kontrolnih pregleda nakon otpusta iz bolnice, itd. Međutim, kada postojeći podaci nisu pouzdani ili značajni, menadžeri treba da uspostave nove sisteme za prikupljanje podataka.

Ključni elementi implementacije sistema indikatora rada su uspostavljanje odgovarajućeg sistema za prikupljanje podataka, timski rad, definiranje ciljnih ljudi i timova koji će koristiti indikatore i kako će ih koristiti budući da se zdravstveni profesionalci često osećaju ugroženim ako ih neko nadgleda i meri. Međutim, nije reč o pojedinačnom, konkretnom učinku

rada – a to treba objasniti – već o merenju procesa i ishoda zaštite nakon prikupljanja i analiziranja podataka. Nadalje, preduslov su i dobra koordinacija prikupljanja podataka kroz celu organizaciju radi postizanja celovitosti i uniformnosti. Jednu osobu ili tim trebalo bi zadužiti u zdravstvenoj ustanovi da vodi aktivnosti razvoja indikatora i da koordinira rad na nivou ustanove. To će sprečiti dupliranja i stimulisaće zdravstvenereadnike da razmenjuju uspešne rezultate. U svakom slučaju, top menadžment mora da usaglasi, dogovori, sa šefovima odeljenja/službi i timovima, koji će se podaci prikupljati i koji indikatora će se rutinski koristiti za celu ustanovu.

Analiza performansi je važan način za bolnice da postignu veću efikasnost i efektivnost u pružanju usluga svojim klijentima. Performanse zdravstvenog sistema mogu se meriti po mnogim pokazateljima, ali ih je teško poboljšati istovremeno zbog ograničenih resursa.

U literaturi nalazimo veći broj istraživanja u pogledu definisanja indikatora i njihove svrhe u menadžmentu (Si i sar., 2017; Botje i sar.,2016; Rahimi i sar., 2016). Tako na primer, Verburg i sar (2018) su u svom istraživanju pronašli vezu između mortaliteta, kao indikatora učinka rada, i dužine boravka u bolnici, pa preporučuju prilikom prikupljanja informacija o kvalitetu da uzmu u obzir ove pokazatelje, posebno prilikom poređenja jedinica intenzivne nege.

West i saradnici (2011) su pokazali da je angažovanje zaposlenih posebno važno za ishod nege: ima značajnu povezanost sa zadovoljstvom pacijenata, mortalitetom pacijenata, stopama infekcije, godišnjim rezultatima pregleda zdravlja, kao i odsustvovanjem i promenom osoblja. Podrška rukovodioca je takođe ključna, kao i dobro dizajniran plan posla - smisleni, jasni zadaci sa prilikama da se zaposleni uključe u odgovarajuće donošenje odluka. Ovi faktori su takođe povezani sa zdravljem zaposlenih, što je takođe važno za angažovanje: visok nivo radnog pritiska i stresa može dovesti do nezadovoljstva i odvajanja. Mnogi od ovih faktora su važni prediktori ishoda u zdravstvenoj ustanovi i za pacijente. Procenat zaposlenih koji dobijaju jasne zadatke utiče direktno na zadovoljstvo pacijenata, smrtnost pacijenata, i izostanak osoblja s posla, kao i na bolje rezultate na godišnjem zdravstvenom pregledu. Rad u dobro strukturisanim timovima je prediktor mortaliteta pacijenata i izostanaka osoblja s posla. Podržavajuće vođstvo od strane rukovodilaca povezano je sa zadovoljstvom pacijenata, smrtnošću pacijenata i fluktuacijom osoblja (West i sar., 2011).

Nedavne studije ukazale su na povezanost između kliničkog i ekonomskog učinka u bolnicama (Lega i sar., 2013). Iako još uvek postoje kontroverze oko toga kakav menadžment i koji menadžeri treba da vode zdravstvene organizacije i zdravstvene sisteme, Lega i sar (2013) daju određene dokaze za analizu. U svom radu Lega i sar (2013) kroz pregled literature razmatraju dosadašnja saznanja o tome kako menadžment može uticati na kvalitet i održivost

zdravstvenih sistema i organizacija i kroz analizu 37 studija otkrili su performanse zdravstvenih sistema i organizacija koje su u korelaciji sa praksama upravljanja, liderstvom, karakteristikama menadžera i komponentama koje su povezane sa menadžerskim vrednostima i pristupima. Takođe, postoje i dokazi da zdravstvene organizacije koje vode doktori rade bolje od drugih (Lega i sar., 2013).

Si i saradnici (2017) u svom radu predlažu hibridni višestruki kriterijum za donošenje odluka kako bi se identifikovali ključni pokazatelji učinka za sveobuhvatno upravljanje bolnicama, kao referencu za administratore zdravstvene zaštite kako bi poboljšali učinak svojih zdravstvenih ustanova. Istraživanje Si i saradnika (2017) pokazuje da su „nesreće / štetni događaji“, „bolničke infekcije“, „incidenti / greške“, „broj operacija / procedura“ značajni uticajni indikatori, ali i da indikatori „dužine boravka“, „popunjenosti kreveta“ i „finansijskih parametara“ igraju važnu ulogu u oceni uspešnosti zdravstvene organizacije.

U vezi sagledanih pokazatelja treba obazrivo tumačiti i sagledati prikupljene podatke. Na primer, procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u odnosu na broj umrlih u zdravstvenoj ustanovi na ispitivanim hirurškim kinikama ukoliko bi se sagledavao kao takav, odnosno kao procenat, bez uvida u realne brojeve može dovesti do pogrešne slike i zaljučaka. Na pojedinim klinikama 100% smrtnosti znači da je bio jedan umrli za godinu dana i to tokom prvih 48h od prijema. Na pojedinim klinika, u skladu sa patologijom bolesti, umrlih veoma često nema, primer Klinika za očne bolesti. U svakom slučaju, sam parametar je važan ukoliko se sagleda kompletno i ukoliko pratimo trend na jednoj klinici. Tako da na Klinici za opštu hirurgiju imamo izuzetno značajan pad ovog parametra za 86% u periodu od 2009 do 2014. godine.

Takođe, ovaj pokazatelj služi za praćenje efikasnosti rada i sagledava se i u odnosu na procenat podudarnosti kliničkih i obdukcionih dijagnoza. Klinika sa najvišim procentom smrtnosti u prvih 48 sati od prijema, plastična hirurgija, pokazuje potpunu podudarnost kliničkog i obdukcionog nalaza u našem istraživanju.

Ukrštanjem sa komponentama menadžerske efikasnosti, naši rezultati su pokazali da postoji značajna korelacija između zadovoljstva poslom i procenta umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u odnosu na ukupan broj umrlih u zdravstvenoj ustanovi. Rezultat je važan pokazatelj rukovodiocima da zadovoljstvo poslom mora biti sagledano u svetlu poboljšanja kvaliteta usluga.

Sam pokazatelj, procenat smrtnosti u prvih 48 sati od prijem, u relaciji sa menadžerskom efikasnošću, jeste u domenu postojanja protokola prilikom prijema, dijagnostičke obrade, i organizacije intervencije. U tom smislu, zadovoljstvo zaposlenih igra veoma značajnu ulogu. Sa druge strane, rezultati našeg istraživanja pokazali su da je ukupno zadovoljstvo poslom na

hirurškim klinikama 54%. Sa druge strane, najviše zadovoljstvo upravo nalazimo na Opštoj hirurgiji, kao i visoko ocenjene liderske osobine rukovodioca klinike.

Prosečna dužina bolničkog lečenja, u našem istraživanju, nije pokazala statistički značajnu korelaciju sa komponentama menadžerskih veština, uloga i sposobnosti. Međutim, treba napomenuti da je ovaj pokazatelj na hirurškim klinikama u Nišu u skladu sa preporukama i standardima i u skladu sa patologijom bolesti (Batut, 2019).

Prosečan broj operisanih pacijenata u opštoj, regionalnoj i lokalnoj anesteziji po hirurgu, u našem istraživanju se pokazao kao pokazatelj koji je važan za potrebe organizacije rada, jer pokazuje obim rada i opterećenost uključenih hirurga. Ovaj pokazatelj je značajno korelirao sa zadovoljstvom poslom, tako da je značajan pokazatelj rukovodiocima da ukoliko obim posla bude sagledan iz perspektive obaveznih normativa i zaposleni će biti zadovoljniji poslom.

Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji, u istraživanju se pokazao kao pokazatelj koji je važan za potrebe organizacije rada, jer pokazuje obim rada i opterećenost angažovanih medicinskih sestara i tehničara. Ovaj pokazatelj je pokazao značajnu korelaciju sa liderskom osobinom jasnoća komunikacije, i pokazatelj je rukovodiocima da i ako postoji jasno izražena komunikacija od strane rukovodioca, opterećenost medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji može biti sve veći. U tom slučaju komunikaciju treba usmeriti ka predstavljanju klinike i izazova rada ka spoljnim strukturama u zdravstvenoj hijerarhiji.

Rezultati našeg istraživanja u vezi procenta pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije, ukazuju na potrebu obazrivog tumačenja i sagledavanja ovog pokazatelja. Na pojedinim klinikama visok procenat znači dva pacijenta ponovo primljena, od ukupno devet lečenih u jedinici intenzivne nege. Na jednom broju klinika, zbog patologije bolesti, logično je bilo očekivati da nema ponovnih prijema. U svakom slučaju, sam parametar je važan ukoliko se sagleda kompletno i ukoliko pratimo trend na jednoj klinici. Tako da se na Klinici za opštu hirurgiju registruje kontinuiran pad ovog parametra u ispitanom periodu, dok se na ostalim beleži i rast i pad.

Ukrštanjem sa komponentama menadžerske efikasnosti, naši rezultati su pokazali da postoji povezanost između zadovoljstva poslom i procenta pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na odeljenje intenzivne nege u toku hospitalizacije. Rezultat može biti pokazatelj rukovodiocima u kom smeru jačati i kreirati politiku ustanove u cilju poboljšanja kvaliteta usluga.

U literaturi nalazimo istraživanja koja se bave stopom mortaliteta i letaliteta kao i prediktorima. Bloom i sar (2014) zaključuju da je menadžerski skor značajno povezan sa bolničkim performansama kao što je stopa preživljavanja. Sa druge strane, predlaže se i uvođenje

novih indikatora kvaliteta koji su u direktnoj vezi sa kliničkim postupcima koji dovode do smanjenja neželjenih ishoda kod hirurških pacijenata, da bi se smanjila ukupna stopa smrtnosti na odeljenju opšte hirurgije opšte bolnice u Valjevu (Vuković, Ilić, 2018). Takođe, što se tiče smanjenja mortaliteta kod broja hospitalizovanih bolesnika mlađih od 65 godina, oni predlažu adekvatnu motivaciju aktivno zaposlenih, kako bi se na vreme sproveo neophodni hirurški tretman, naročito intervencije koje praktično nemaju smrtonosni rizik kod populacije mlađe od 65 godina (kila, žučna kesa, creva, itd.). Imajući u vidu gore navedeno, predlažu i da se procedure u prevenciji smrtnosti podele na preoperativne, perioperativne i postoperativne. S druge strane, pokazali su da smanjenje stope bolničkih dana po pacijentu, za jedan dan po hospitalizovanom pacijentu, dovodi do smanjenja ukupne stope smrtnosti za 83%. Sa medicinske tačke gledišta, opšte je prihvaćeno da dužina boravka pacijenta u bolnici nije uzrok smrtnosti pacijenta, ali je to njena česta posledica ili je na putu od uzroka do efekta. Postoji opšta tendencija na globalnom nivou da se smanji trajanje boravka u bolnicama u sistemima zdravstvene zaštite, što je motivisano smanjenjem troška bolničkog boravka (Vuković, Ilić, 2018).

Unakrsnom analizom pet ispitanih pokazatelja, naši rezultati su pokazali značajnu povezanost. Na ispitanim hirurškim kinikama skoro sve ustanove imaju tendenciju blagog pada prosečne dužine bolničkog lečenja, tokom posmatranog perioda, dok broj medicinskih sestara po zaduženoj bolničkoj postelji raste. Takođe, utvrđeno je da procenat umrlih u toku prvih 48h od prijema opada sa porastom broja medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji. Prosečna dužina bolničkog lečenja pokazuje tendenciju opadanja sa porastom prosečnog broja operisanih pacijenata po hirurgu. Utvrđeno je da procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem u jedinicu intenzivne nege raste sa porastom prosečne dužine bolničkog lečenja. Takođe, utvrđeno je da procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem raste sa porastom prosečnog broja medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji. Postojeći pokazatelji pružaju informacije rukovodiocima u svrhu praćenja obima rada i sa tendencijom bolje organizacije posla, dok istovremeno nisu adekvatno kreirani za pružanje potpunog uvida u kvalitet usluga. Preporuka rukovodiocima bi bila da se pored potencijalno novih indikatora, mogu služiti menadžerskim alatima u prikupljanju podataka za kompletnu sliku i u svrhu dobrog planiranja, upravljanja, kontrole, motivacije i poboljšanja zadovoljstva zaposlenih.

Opisan je kompletan proces razvoja grupe strateških ključnih indikatora učinka za praćenje i poboljšanje učinka tercijarne zdravstvene ustanove, uključujući različite usluge, sa ciljem da se standardizuje indikatori učinka kako bi se obezbedilo bolje upravljanje informacijama i podržalo donošenje strateških odluka zasnovanih na dokazima (Khalifa, Khalid,

2015). Identifikovano je pedeset osam indikatora, a zatim su razvrstani u deset kategorija. Svaki identifikovani indikator, i svaka od deset kategorija, ima specifičnu vrednost. Neki indikatori odražavaju efikasnost ili efektivnost pružanja zdravstvene zaštite, kao što je stopa ponovnog prijema i prosečna dužina lečenja, neki odražavaju pravovremeno reagovanje, kao što je vreme čekanja na prijem, ambulantno zakazivanje ili u hitnoj službi, a neki oslikavaju sigurnost i orijentisanost ka pacijentu, kao što su stope infekcije i stope smrtnosti (Khalifa, Khalid, 2015).

Kada govorimo o bolničkim rezultatima, učinku i poboljšanju kvaliteta, obično se morbiditet i mortalitet, uzimaju u obzir kao indikatori, ali imajući u vidu veličinu bolnica, koje su uglavnom male, kao i niske stope događaja za neke procedure, nije moguće sa sigurnošću tvrditi da ishodi odražavaju bolničke rezultate kakvi jesu (Krell i sar, 2014).

Interes za merenje bolničkih performansi, odnosno učinka rada, vođen je potražnjom za boljim pokazateljima bolničkog kvaliteta, delimično zbog onih koji kreiraju zdravstvenu politiku, ali i zbog upoređivanja standarda nege, poboljšanja kvaliteta, i zbog povećanja transparentnosti i odgovornosti (Kiernan, Rahman, 2015). Prema istim autorima, merenje učinka, ne odnosi se samo na poboljšanje kvaliteta, već služi i kao vodič u raspodeli resursa unutar zdravstvenih sistema, kao i između zdravstvenih, obrazovnih i socijalnih sistema. Kako bolnice imaju najveći udeo u troškovima lečenja, merenje učinka je usmereno ka njima, a posebno na operacije, kao važan način za poboljšanje kvaliteta. Kiernan i Rahman (2015) u svom radu ističu zabrinutost zbog izbora mortaliteta kao mere ishoda u hirurgiji, zato što ovaj izbor pretpostavlja da je svaki mortalitet u operaciji moguće sprečiti. U stvarnosti, kao ne tako savršen indikator pružanja usluga rizikuje da bude i pozitivno i negativno interpretiran, ukoliko se ne prilagodi postojećim rizicima koji ga prate. Zabrinutost ovih autora odnosi se i na predstavljanje mortaliteta u javnim obraćanjima i publikacijama, kao mere učinka. Kako su stope smrtnosti nesavršena mera kvaliteta, ugled pojedinih hirurga može biti ugrožen javnim objavljivanjem ovih podataka, te treba biti krajnje obazriv i uložiti začajne napore da se rezultati na odgovarajući način prenesu javnosti.

Naše istraživanje je potvrdilo mnoge prethodne teorije, izjave i istraživanja u vezi odnosa između rukovodećih uloga i menadžerskih sposobnosti u zdravstvu, kao i korelaciju različitih varijabli u ovom radu sa menadžerskom efektivnošću i zadovoljstvom poslom, kao i sa pokazateljima aktivnosti i kvaliteta hirurških klinika KC Niš. Ova studija pruža specifična znanja koja će biti korisna rukovodiocima i kadrovskim stručnjacima pri odabiru kandidata za rukovodeće pozicije na svim organizacionim nivoima, kao i za donošenje odluka koje se tiču motivacije i ličnog razvoja već postojećih zaposlenih i njihovog zadovoljstva poslom, što posledično dovodi do uspešnog rada zdravstvene ustanove i kvalitetnije zdravstvene usluge.

Korišćeni alati pružaju mnoge mogućnosti za dobijanje povratnih informacija na bilo kom nivou organizacione hijerarhije. Dugoročna evaluacija može biti instrument podrške za menadžere, kao i za kreiranje uspešnih planova rada i razvoja klinika.

7. ZAKLJUČAK

U ovoj studiji, koja je ispitivala značaj i uticaj menadžmenta na ključne pokazatelje aktivnosti hirurških klinika, dobijeni su sledeći zaključci:

1. Znanja i stavovi zaposlenih zdravstvenih radnika na hirurškim klinikama u vezi sa zdravstvenim menadžmentom su nedovoljna i stečena primarno iz neformalnih izvora informisanja, tako da je edukacija u ovoj oblasti neophodna.
2. Identifikovane su najvažnije oblasti za edukaciju zaposlenih na hirurškim klinikama iz oblasti menadžmenta: komunikologija, međuljudski odnosi, sistem kontrole i nagrađivanja, lični razvoj rukovodioca, sa fokusom na sticanje poverenja zaposlenih i otvorenost u radu.
3. Najznačajniji motivacioni faktori za zaposlene na hirurškim klinikama KC Niš su novčana stimulacija i učvršćivanje profesionalne pozicije, a najmanje značajan je pohvala od strane nadređenog. Mogućnost unapređenja kao motivacioni faktor je značajniji lekarima u odnosu na sestre, dok je kvalitet međuljudskih odnosa, značajniji medicinskim sestrama u odnosu na lekare.
4. Menadžerske veštine profesionalnost i održavanje radne etike pozitivno utiču na motivaciju zaposlenih na hirurškim klinikama KC Niš, dok su sve menadžerske veštine pozitivno povezane sa menadžerskim ulogama i sposobnostima.
5. Više od polovine zdravstvenih radnika na hirurškim klinikama, i to češće lekari u odnosu na medicinske sestre, smatra da radi iznad svojih kapaciteta. Preopterećenost poslom je negativno povezana sa zadovoljstvom zaposlenih.
6. Zadovoljstvo poslom zdravstvenih radnika na hirurškim klinikama je direktno povezano sa tri ključna pokazatelja aktivnosti hirurških klinika: procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema, prosečan broj operisanih pacijenata po hirurgu i procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem na intenzivnu negu.
7. Ukupna prosečna ocena liderskih osobina menadžera hirurških klinika je uglavnom visoka. Zadobijanje poverenja među zaposlenima je najniže ocenjena liderska osobina, a najbolje je ocenjena liderska osobina usmerenost rukovodioca na ciljeve bez obzira na okolnosti (istrajnost).
8. Snaga hirurških klinika su ljudski resursi kao i pozicija naučno-nastavne baze Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu. Slabosti su nedovoljan broj zaposlenih zdravstvenih radnika, neispunjeni glavni motivacioni faktori zaposlenih i preopterećenost

na poslu. Mogućnosti su nova zgrada KC (od skora je otvorena), akreditacija (u toku) i nova zakonska regulativa u planiranju broja zaposlenih u zdravstvu (u toku promene politike zapošljavanja). Pretnje su ograničeni zdravstveni budžet, nove pretnje javnom zdravlju i odlazak stručnog kadra.

9. Menadžment utiče na ključne pokazatelje aktivnosti hirurških klinika KC Niš i to na procenat smrtnosti u prvih 48 sati od prijema, prosečan broj operisanih pacijenata po hirurgu, prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji, i na procenat ponovnog prijema na intenzivnu negu.
10. Predložene mere za unapređenje rada hirurških klinika upućuju na usvajanje menadžerskih alata i tehnika po ugledu na slične zdravstvene ustanove u zemljama EU i u skladu su sa dosadašnjim preduzetim reformskim merama u zdravstvu Srbije.

8. LITERATURA

1. Adizes IK. The ideal executive: Why You Cannot Be One and What To Do About It? A New Paradigm for Management. The Adizes Institute Publishing;2004.
2. Aduo-Adjei GK, Emmanuel O, Forster OM. The Impact of Motivation on the Work Performance of Health Workers. Hosp Pract Res. 2016;1(2):47-52.
3. Ahmed F. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. Annals of Medicine and Surgery 2018;25:3-5.
4. Aiken LH, Douglas M, Sean S, ClarkeL, PoghosyanE, ChoL,FinlaysonYM, Kanai-PakM,YA. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. International Journal for Quality in Health Care 2011;23(4):357-64.
5. Akbulut Y, Esatoglu AE, Yildirim T. Managerial roles of physicians in the Turkish healthcare system: Current situation and future challenges. J Health Manag. 2010;12:539-51.
6. Al-Shdaifat E. Implementation of total quality management in hospitals. Journal of Taibah University Medical Sciences 2015;10(4): 461-6.
7. Alwan A, Hornby P. The implications of health sector reform for human resources development. Bulletin of the World Health Organisation 2002;80(1):56-60.
8. Ambesh P. Violence against doctors in the Indian subcontinent: A rising bane. Indian Heart Journal 2016;68(5):749-750.
9. Anzengruber J, Nold H, Goetz M, Woelfie M. Effectiveness of managerial capabilities at different hierarchical levels. Journal of Managerial Psychology 2017;32(2):134-48.
10. Arneja JS, McInnes CW, Carr NJ et al. Do plastic surgery division heads and program directors have the necessary tools to provide effective leadership? Plast Surg 2014;22(4):2014.
11. Arnold-Forster A. Doctors wellbeing: learning from the past can help improve the future. BMJ 2018;363:k4101.
12. Aroni A. Health Management Capacity Building [An Integral Component Of Health Systems Improvement] A literature review as part of the European Health Management Association's health workforce activities under the Operating Grant :EHMA-FY; 2012)
13. Aščerić T. Motivacija i modifikovano ponašanje zdravstvenih radnika. [Diplomski-specijalistički rad]. Banja Luka, Panevropski Univerzitet Apeiron, Fakultet zdravstvene njege; 2008

14. Atanacković N. Uloga liderstva u upravljanju motivacijom zaposlenih u zdravstvenim organizacijama. *Timoč med glas* 2009;34(3-4):183-8.
15. Ates A, Garengo P, Cocca P, Bititci U. The development of SME managerial practice for effective performance management. *Journal of Small Business and Enterprise Development* 2013;20(1):28-54.
16. Aziri B. Job Satisfaction: A Literature Review. *Management Research And Practice* 2011;3(4):77-86.
17. Azar FE and Asiabar AS. Does leadership effectiveness correlates with leadership styles in healthcare executives of Iran University of Medical Sciences. *Med J Islam Repub Iran.* 2015;29:166.
18. Bahnson HT. Education of a surgical chairman. *Ann Surg.* 1988;208(3):247-53.
19. Bajwa SJS et al. In depth analysis of motivational factors at work in the health industry. *Ind Psychiatry J.* 2010; 19(1):20-9.
20. Baker E. Leadership and Management-Guiding Principles, Best Practices, and Core Attributes. *Journal of Public Health Management and Practice* 2014;20(3):356-7.
21. Baljoon RA, Banjar H and Banakhar M. Nurses Work Motivation and the Factors Affecting It: A Scoping Review. *Int J Nurs Clin Pract* 2018;5:277.
22. Barati O, Sadeghi A, Khammarnia M, Siavashi E, Oskrochi G. A Qualitative Study to Identify Skills and Competency Required for Hospital Managers. *Electronic physician* 2016; 8(6): 2458.
23. Batut (2015). *Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije*. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije'Dr Milan Jovanović Batut. Dostupno na URL: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2015.pdf>
24. Beauchamp RD. The changing roles of a surgical department chair: adapting to a changing environment. *Arch Surg.* 2005; 140(3):258-63.
25. Ben-Hur S and Kinley N. *Changing Employee Behavior*. International Institute for Management Development 2018. Available from URL: <https://www.imd.org/contentassets/2dc9cc4cbb0e4f228cc49f2b2cb44925/iai003-18-changing-employee-behavior-insights-11-04-18.pdf>
26. Berghout MA, Fabbricotti IN, Buljac-Samardžić M, Hilders CGJM. Medical leaders or masters? A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLoS One*, 2017; 12(9):e0184522.
27. Berman EM, Kim CG. Creativity Management in Public Organizations: Jump-Starting Innovation. *Public Performance & Management Review* 2010; 33(4):619-52.

28. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, Secci F, Wong E, Basu L, Taylor C, Bayona J, Wang H, Lagomarsino G, Hirschhorn LR. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med.* 2017; 32(5):566-71.
29. Bjegovic-Mikanovic V, Vukovic D, Otok R, Czabanowska K, Laaser U. Education and training of public health professionals in the European Region: variation and convergence. *International Journal of Public Health* 2013; 58(6):801-810.
30. Bjegović V. Istraživanje karakteristika rukovođenja i njihovog uticaja na funkcionisanje zdravstvenih ustanova. [Magistrski rad]. Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu;1991.
31. Bjegović Mikanović V. Osnove Zdravstvenog menadžementa. Medicinski Fakultet Univerzitet u Beogradu, Institut za socijalnu medicinu, Centar-Škola javnog zdravlja; 2011.
32. Bjegović Mikanović V. Organizacija naučnog rada u Srbiji;2014. Available from: URL:<https://www.slideserve.com/saber/organizacija-nau-nog-rada-u-srbiji-nau-ni-projekti>
33. Bjegovic-Mikanovic V, Santric-Milicevic M, Cichowska A, von Krauss MK, Perfilieva G, Rebac B. et al. Sustaining success: aligning the public health workforce in South-Eastern Europe with strategic public health priorities. *Int J Public Health.* 2018;63(5):651-62.
34. Bjegovic-Mikanovic V, Czabanowska K, Flahault A, Otok R, Shortell M, Wisbaum W, Laaser U. What do we need to improve the public health workforce in Europe? *SEEJPH*; 2014; DOI 10.12908/SEEJPH-2014-20. Available from: URL: www.seejph.com/index.php/seejph/article/download/44/38
35. Blayney D. Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats. *J Oncol Pract.* 2008; 4(2): 53.
36. Blumenthal D, Thier SO. Managed care and medical education: The new fundamentals. *JAMA.*1996; 276:725–7.
37. Bloom N, Sadun R, Van Reenen J. Does Management Matter in Healthcare?.2014 https://www.ihf-fih.org/resources/pdf/Does_Management_Matter_in_Healthcare.pdf
38. Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nurs Outlook.* 2018 Mar-Apr;66(2):180-9.
39. Bose R. Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications* 2003; 24(1):59-71.
40. Bose S, Oliveras E, Edson WN. 2001. How can self-assessment improve the quality of healthcare? *Operations Research Issue Paper.* Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Chevy Chase, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD 2001; 2(4).

41. Boyaci K, Sensoy F, Beydag KD, Kiyak M. Stress and Stress Management in Health Institutions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014; 152(7): 470-5.
42. Brent RL. The changing role and responsibilities of chairmen in clinical academic departments: the transition from autocracy. *Pediatrics* 1992; 90(1):50-57.
43. Buchbinder S. and Shanks N. *Introduction to Health Care Management, Third Edition, 2017* . ISBN: 9781284081015
44. Buljanović V, Patajac H, Petrovecki M. Clinical laboratory as an economic model for business performance analysis. *Croat Med J.* 2011; 52(4):513-9.
45. Buntak, K., Droždek, I., Kovačić R. Nematerijalna motivacija u funkciji upravljanja ljudskim potencijalima. *Tehnički glasnik* 2013;7(2):213-9.
46. Cho YJ, Perry JL. Intrinsic Motivation and Employee Attitudes: Role of Managerial Trustworthiness, Goal Directedness, and Extrinsic Reward Expectancy . *Review of Public Personnel Administration* 2012;32(4):382–406.
47. Clay-Wiliams R, Ludlow K, Testa L, Li Z, Braithwaite J. Medical leadership a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? *BMJ Open* 2017;7:e014474.
48. Cugin JA, Ng JL, Lee I. Controlling healthcare professionals: how human resource management influences job attitudes and operational efficiency. *Hum Resour Health.* 2016; 14(1):55.
49. Crema M. i Verbano C. Future developments in healthcare performance measurement. *J Multidiscip Healthc.* 2013; 6:415-21.
50. Daly J, Jackson D, Mannix J, Davidson PM, Hutchinson M. The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership* 2014; 6:75-83.
51. Dawson J. *Staff Experience And Patient Outcomes: What Do We Know? A report commissioned by NHS Employers on behalf of NHS England.* Sheffield University Management School; 2014.
52. Daynes L. The health impacts of the refugee crisis: a medical charity perspective. *Clin Med (Lond)* 2016; 16(5):437-440.
53. De Cauwer H, Somville F, Sabbe M, Mortelmans LJ. Hospitals: Soft Target for Terrorism? *Prehosp Disaster Med* 2016; 8:1-7.
54. De Jager M. *Developing a management control system for a Dutch hospital—a design science approach.* Master thesis. Faculty of behavioral, management and social sciences. University of Twente; 2016.

55. Dheepa R. Situation analysis of the health sector. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Chapter 3. WHO, 2016.
56. Dill JS, Chuang E, Morgan JC. Healthcare organization-education partnerships and career ladder programs for health care workers. *Soc Sci Med*. 2014; 122:63-71.
57. Dimova A, Rohova M, Moutafova E, Atanasova E, Koeva S, Panteli D, van Ginneken E. Bulgaria health system review. *Health Syst Transit*. 2012;14(3):1-186.
58. Djordjević D, Petrović D, Vuković D, Mihailović D, Dimić A. Motivation and job satisfaction of health workers in a specialized health institution in Serbia. *Vojnosanitetski Pregled: Military Medical & Pharmaceutical Journal of Serbia* 2015; 72(8):714-21.
59. Donnellon A. *Leading teams: pocket mentor*. Harvard Business press, 2006; 5-85.
60. Donar G B, Turac ĀS. Time Management: A Research on Healthcare Management Students. In ICPESS (International Congress on Politic, Economic and Social Studies) (No. 5), 2018.
61. Drucker PF. *Managing in a time of Great Change*. Oxford: Butterworth Heinemann; 1995.
62. Drucker PF. *Management challenges for the 21st century*. Published by Routledge 2011.
63. Dunstan E, Coyer F. Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital intensive care units: A cross-sectional survey. *Aust Crit Care*. 2019; pii: S1036-7314(18)30170-X
64. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBIR Database System Rev Implement Rep*. 2016; 14(4):96-137.
65. Edwards N, McKee M, Wyatt S. *Configuring the Hospital in the 21st Century*. World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
66. Egger, Dominique, Travis, Phyllida, Dovlo, Delanyo, Hawken, Laura & World Health Organization. Evidence and Information for Policy Cluster. (2005). *Strengthening management in low-income countries / Dominique Egger ... [et al.]*. World Health Organization.
67. Ernst and Young (EY). *Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema u Republici Srbiji*. printed by EYGM Limited, 2016.
68. Esfahani P, Mosadeghrad AM, Akbarisari A. The success of strategic planning in health care organizations of Iran. *International journal of health care quality assurance*, 2018; 31(6), 563-574.
69. Esfandnia F, Khezeli M, Bayat R, Ojaghi S, Esfandnia A. Relationship between the managerial skills with the effectiveness of managers. *Acta Medica Mediterranea*, 2016; 32(Specia), 987-990.
70. European Observatory (2019). Available from URL: <http://www.euro.who.int/observatory>

71. Farman A, Kousar R, Hussain M, Waqas A, Gillani SA. Impact of Job Satisfaction on Quality of Care Among Nurses on the Public Hospital of Lahore, Pakistan. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences* 2017; 3(6A):511-9.
72. Ferreira i sar. Motivation and rewards to health professionals. *Gestão & Planejamento* March 2016;17(1):41-58. ·
73. Flynn N. Explaining the New Public Management: The importance of context" in McLaughlin K, Osborne and Ferlie E "New Public Management: Current Trends and Future Prospects", Routledge, 2000.
74. Flynn N. *Public Sector Management*. 6th edition, SAGE, 2012.
75. Gajić Stevanović M, Teodorović N, Vukša A, Živković S. Uloga i osobine menadžera u strateškoj transformaciji zdravstvenog menadžmenta. *Stomatološki glasnik Srbije*. 2008; 55(4):24753.
76. Garača N, Kadlec Ž. Komunikacija u procesu menadžmenta. *Praktični menadžment: stručni časopis za teoriju i praksu menadžmenta* 2011; 2(2):118-25. Grujičić M. Motivacija i zadovoljstvo poslom zdravstvenih radnika u centralnoj Srbiji. [Magistarska teza], Beograd: Medicinski fakultet, Fakultet organizacionih nauka, Univerzitet u Beogradu; 2011.
77. Gergen J, Josephson E, Vernon C, Ski S, Riese S, Bauhoff S, Madhavan S. Measuring and paying for quality of care in performance-based financing: Experience from seven low and middle-income countries (Democratic Republic of Congo, Kyrgyzstan, Malawi, Mozambique, Nigeria, Senegal and Zambia). *J Glob Health*. 2018; 8(2):021003.
78. Ginzburg SB, Schwartz J, Gerber R, Deutsch S, Elkowitz DE, Ventura-Dipersia C, et al. Assessment of medical students' leadership traits in a problem/case-based learning program. *Reaserch Article. Journal Medical Education Online* 2018; 23(1).
79. Glickman SW, Baggett KA, Krubert CG, Peterson ED, Schulman KA. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19(6):341–8.
80. Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: is there an association? *Soc Sci Med*. 2011; 73(4):535-9.
81. Grant ES. Quality Medical Care. A definition. *JAMA* 1988; 280:56-61.
82. Grantham A, Hauck J, Stafford-Smith M, Mathew JP, Thompson A. Implementation of an Innovative Residency Leadership Development Curriculum. *A A Pract*. 2019; 12(7):252-5.
83. Griffin RW. *Fundamentals of Management*. Fifth edition. Houghton Mifflin Company, 2010.

84. Grujičić M, Jovičić-Bata J, Rađen S, Novaković B, Šipetić-Grujičić S. Radna motivacija i zadovoljstvo poslom zdravstvenih radnika u urbanim i ruralnim sredinama. *Vojnosanit pregl* 2016; 73(8):735-45.
85. Grujicic M, Jovicic-Bata J, Novakovic B. Motivation and job satisfaction of healthcare professionals in urban and rural areas in the autonomous province of Vojvodina, Serbia. *Medicinski pregled*, 2018; 71(1-2):33-41.
86. Gudeta NS. Comparative Study on Job Satisfaction among Health Workers in Public and Private Sector Hospitals at South-West Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia. *Global Journal of HUMAN-SOCIAL SCIENCE: Arts & Humanities* 2017; 17(2).
87. Guthrie C, Peaucelle JL. *Henri Fayol, the manager*. 1st Edition. Routledge, 2015.
88. Hall RM, Linklater N, Coughlin G. Robotic and open radical prostatectomy in the public health sector: cost comparison. *ANZ J Surg*. 2014; 84(6):477-80.
89. Hamlin RG, Patel T. Behavioral indicators of perceived managerial and leadership effectiveness within Romanian and British public sector hospital. *European Journal of Training and Development* 2012; 36(2/3):234-61.
90. Hargett CW. Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach. *Journal Healthc Leadersh*. 2017; 9:69–78. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774455/>
91. Healthcare Management Guide. What Qualities Would Make Me a Good Healthcare Manager? 2019. Available from: URL: <https://www.healthcare-management-degree.net/faq/what-qualities-would-make-me-a-good-healthcare-manager/>
92. Healy J, McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe. *Health Policy* 2002; 61(1):1–19.
93. Helfat C, Martin J. Dynamic Managerial Capabilities: Review and Assessment of Managerial Impact on Strategic Change. *Journal of Management* 2015; 41(5):1281-312.
94. Hellmann W, Meyer F. Management Competence in Leading Positions in Clinical Surgery - What does a Surgeon Need to Know? *Zentralbl Chir*. 2016; 141(6):682-7.
95. Hill C, McShane S. *Principles of Management*, published by McGraw-Hill/Irwin, 2008.
96. Hill M, Gluyas H, Sandy M, Wingate A. Healthcare managers' perceptions of managing poor performance. *J Health Organ Manag*. 2018; 32(3):416-27.
97. Holloway I. *Qualitative Research in Health Care*. Open University Press, 2005.
98. IFC - International Finance Corporation. *A Self-Assessment Guide for Health Care Organizations: Quality, Safety, Ethics*. Washington, DC. International Finance Corporation,

2015. Available from: URL: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22975>

License: CC BY-NC-ND 3.0 IGO.

99. IPSOS. Istraživanje zdravlja stanovnika RS-2013.godine. Институт за јавно здравље србије „Др Милан Јовановић Батут” IPSOS. Available from: URL: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/IstrazivanjeZdravljaStanovnistvaRS2013.pdf>
100. Istraživanje zdravlja stanovnika republike Srbije. Beograd: Ipsos Strategic Marketing. 2014. Available from: URL: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2014/jul2014/>. <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2014/jul2014/Jul2014IzvestajPreliminarni.pdf>
101. Jaiswal P, Gadpayle AK, Singhal AK., Sachdeva S, Modi RK, Padaria R, Ravi V. Job satisfaction among hospital staff working in a Government teaching hospital of India. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University* 2015; 8(2).
102. Janati A, Hasanpoor E, Hajebrahimi S, Sadeghi-Bazargani H. Health Care Managers' Perspectives on the Sources of Evidence in Evidence-Based Hospital Management: A Qualitative Study in Iran. *Ethiop J Health Sci.* 2017; 27(6):659-68.
103. Janković S, Hillger C, Kirch W. Public Health Policy and Management - Competences, Education and Training in Serbia. Published by Die Deutsche Nationalbibliothek, Georg Thieme Verlag KG, 2010.
104. Jekić I, Katrava A, Boulton G, Koumpis N, Obrovački M, Milojković A. Hospital Infrastructure Development in Serbia: Modernizing the Four University Clinical Centres. In: Bartlett W, Božikov J, Rechel B. (eds) *Health Reforms in South East Europe. New Perspectives on South-East Europe Series.* Palgrave Macmillan, London, 2012.
105. Kaarna M. The importance of job satisfaction in hospital quality process. *Nordic School of Public Health. Master of Public Health*, 2007.
106. Kheir F, Shawwa K, Nguyen D, Alraiyes AH, Simeone F, Nielsen ND. A 24-Hour Post intensive Care Unit Transition-of-Care Model Shortens Hospital Stay. *J Intensive Care Med.* 2016; 31(9):597-602.
107. Khalifa M, Khalid P. Developing Strategic Health Care Key Performance Indicators: A Case Study on a Tertiary Care Hospital. *Procedia Computer Science* 2015; 63:459-66.
108. Kiernan F, Rahman F. Measuring surgical performance: A risky game? *Surgeon.* 2015; 13(4):213-7.
109. King V, Larkin G, Klein K, Fowler L, Downs L, North S. Leaders. *Disaster Med Public Health Prep.* 2019; 8:1-4.

110. Kodikal R, Suresh S. Managerial skills and job satisfaction: a study among nurses in healthcare sector. *Zenith International Journal of Business Economics & Management Research*, ISSN 2249- 8826. ZIJBEMR. 2015;5 (6): 287-99.
111. Kordoš V. Kompetencije menadžera. Doktorska teza. University North. University centre Koprivnica. Department of Business and Management, 2017.
112. Kovačič H, Rus A. Leadership Competences in Slovenian Health Care/Vodstvene Kompetence V Slovenskem Zdravstvu. *Slovenian journal of public health*, 2015; 54(1):11-17.
113. Koval L. Stress management among health care professionals: Psychological methods and coping techniques, Bachelor Thesis. Laurea University of Applied Sciences; 2016.
114. Krell RW, Hozain A, Kao LS, Dimick JB. Reliability of risk-adjusted outcomes for profiling hospital surgical quality. *JAMA Surg.* 2014; 149(5):467-74.
115. Krstic M, Obradovic V, Terzic-Supic Z, Stanisavljevic D, Todorovic J. (2018). Leadership and motivation among employees in health-care facilities in Serbia. *Management:Journal Of Sustainable Business And Management Solutions In Emerging Economies*, 2018; 24(1):33-43.
116. Kruse K (2013). What is leadership? Forbes Media LLC, 2019. Available from: URL: <https://www.forbes.com/sites/kevinkruse/2013/04/09/what-is-leadership/#4698553c5b90>
117. Kuburović NB, Dedić V, Đuričić S, Kuburović V. Determinants of job satisfaction of healthcare professionals in public hospitals in Belgrade, Serbia–Cross-sectional analysis. *Srp Arh Celok Lek.* 2016;144(3-4):165-73.
118. Kumar N. Essential tools for the job: why physicians need to improve medical leadership and management. Royal College of Physicians, 2018.
119. Kuntz L, Scholtes S. Physicians in leadership: the association between medical director involvement and staff-to-patient ratios. *Health care management science*, 2013; 16(2):129-138.
120. Lambrou P, Kontodimopoulos N, Niakas D. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health*, 2018:26
121. Lee JY, McFadden KL, Gowen CR. An exploratory analysis for Lean and Six Sigma implementation in hospitals: Together is better? *Health Care Manage Rev.* 2018; 43(3):182-92.
122. Lega F, Prenestini A, Spurgeon P. Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value Health.* 2013; 16(1):46-51. doi: 10.1016/j.jval.2012.10.004.
123. Leon-Perez JM, Notelaers G, Leon-Rubio JM. Assessing the effectiveness of conflict management training in a health sector organisation: evidence from subjective and objective indicators. *Eur J Work and Organizational Psychology* 2016; (1):1-2.

124. Limb M. Doctors must see themselves as managers as well as leaders. *BMJ* 2016; 352: cf_limbharddecisions.
125. Ljubić B, Hrabac B, Rebac Z. Reform of health insurance in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* 1999; 40(2):160-5.
126. Loh E. Doctors as health managers: an oxymoron, or a good idea? *Journal of Work-Applied Management* 2015; 7(1):52-60.
127. Longest JBB, Rakich JS, Darr K. *Managing Health Service Organization and Systems.* 4th edition. Baltimore: Health professions Press, 2000.
128. Lorber M, Skela-Savič B. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croat Med J* 2012; 53(3):263–70.
129. Lowe GS. How Employee Engagement Matters for Hospital Performance. *Healthcare quarterly* 2012; 15(2):29-39.
130. Lukashenko O, Vlajković V, Stojanović J. *Towards effective public administration: Methodology for functional analysis.* Belgrade: UNDP, 2009.
131. Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Cavagnero E, Zhao H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *Lancet* 2016; 388(10044):596-605.
132. Malik ME, Munir Y, Danish RQ. The Impact of Pay and Promotion on Job Satisfaction: Evidence from Higher Education Institutes of Pakistan. *American Journal of Economics* 2012; Special Issue: 6-9.
133. Marković R, Vasić, Šagrić Č, Deljanin Z, Rančić N, Marjanović S, Need for systematic education and training in health management in the Republic of Serbia. *Acta Fac Med Naiss* 2009; 26(3):143-9.
134. Markovic R. Procena zadovoljstva poslom i motivacija kao menadžerska sredstva za unapređenje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova. [Doktorska disertacija]. Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, 2014.
135. Martins OF, Tukur D. Job satisfaction among doctors and nurses: a case study of federal medical centre Yola, Nigeria. *IJCMPH*, Vol 3, No 6 (2016).
136. Matejić B. Kvalitativne metode istraživanja u javnom zdravlju i sistemima zdravstvene zaštite. Specijalističke akademske i doktorske studije. Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu, 2012.
137. Mathauer I, Imhoff I. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Hum Resour Health* 2006; 4:24.

138. McKee M, Healy J. The significance of hospitals: an introduction. In: McKee M, Healy J, editors. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press; 2002. p.4-12.
139. McShane S. Job Satisfaction and Absenteeism: A Meta-Analytic Re-examination. *Canadian Journal of Administrative Sciences* 1984; 1(1):61-77.
140. Moghal N. Mission, vision, and values statements in healthcare: what are they for? *BMJ* 2012; 344:e4331.
141. Mohamed H, Jayanthi A, Issac R, Raseena RK. SWOT Analysis of The Department of General Surgery in A Government Medical College in Kerala. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 2017; 16(4):60-63.
142. Mosadegrad AM, Ferdosi M. Leadership, Job Satisfaction and Organizational Commitment in Healthcare Sector: Proposing and Testing a Model. *Materia Socio Medica*. 2013;25(2):121-6.
143. Michaud TL, Nyman JA, Jutkowitz E, Su D, Dowd B, Abraham JM. Effect of Workplace Weight Management on Health Care Expenditures and Quality of Life. *J Occup Environ Med*. 2016; 58(11):1073-8.
144. Milevska Kostova N, Chichevalieva S, Ponce NA, van Ginneken E, Winkelmann J. The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2017;19(3):1-160.
145. Miljković S. Motivacija zaposlenih i modifikovanje ponašanja u zdravstvenim organizacijama. *Acta medica Medianae* 2007; 46(2):53-62.
146. Ministarstvo prosvete i sporta RS, Sektor za razvoj obrazovanja i međunarodnu prosvetnu saradnju (2005). Priručnik za samovrednovanje i vrednovanje rada škole. Available from URL: http://www.mp.gov.rs/resursi/dokumenti/dok264-srp-MP_prirucnik_samovrednovanje.pdf
147. Ministarstvo zdravlja RS. Bolje zdravlje za sve u III milenijujumu, 2003:8-134.
148. Mintzberg H. Managing the myths of health care. *World Hosp Health Serv*. 2012; 48(3):4-7.
149. Mintzberg H. *Managing*. Prentice Hall, 2009.
150. Mitrović M, Gavrilović A. Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije. *FBIM Transactions* 2013; 1(2):145-58.
151. Mumen L. Course Guide on Health Administration in Nigeria for the National Open University of Nigeria. 2013. Available from URL: http://www.nou.edu.ng/NOUN_OCL/pdf/SMS/PAD%20411.pdf
152. Murken AH. From traditional to modern hospital--from Paris to Berlin. *Hist Hosp*. 2010-2011; 27:149-80.
153. Murphy JFA. The importance of healthcare planning. *Irish medical journal* 2015; 108(5):132.

154. Mutale W, Vardoy-Mutale AT, Kachemba A, Mukendi R, Clarke K, Mulenga D. Leadership and management training as a catalyst to health system strengthening in low-income settings: Evidence from implementation of the Zambia Management and Leadership course for district health managers in Zambia. *PLoS One*. 2017; 12(7):e0174536.
155. Naderi F . Studying relationship between nature of job and job satisfaction at Pars Khazar Co of Rasht. *Singaporean Journal of business economics and management studies* 2013; 1(7).
156. Negandhi P, Negandhi H, Tiwari R, Sharma K, Zodpey SP, Quayi Z. et al. Building Interdisciplinary Leadership Skills among Health Practitioners in the Twenty-First Century: An Innovative Training Model. *Front Public Health* 2015; 7(3):221.
157. Nicksa GA, Anderson C, Fidler R, Stewart L. Innovative approach using interprofessional simulation to educate surgical residents in technical and nontechnical skills in high-risk clinical scenarios. *JAMA Surg*. 2015; 150(3):201-7.
158. Nikić D, Arandelović M, Nikolić M, Stanković A. Job satisfaction in health care workers. *Acta Med Medianae* 2008; 47(4): 9–12.
159. Northouse PG. *Leadership: Theory and Practice*. Fifth edition. SAGE publications, 2010.
160. Northouse P. *Lidersstvo: teorija i praksa*. Četvrto izdanje. SAGE. Datastatus, 2008. ISBN 978-86-7478-043-5
161. Novak S. Lekari kliničari u procesu upravljanja. *Zdravstvena zaštita* 2010; (1):49-54.
162. Novak S. Needs Assessment: A Case Study on Aid Delivery to Serbian Health Sector *Acta Fac Med Naiss* 2010; 27(1): 5-11.
163. Novak S, Djordjevic N. Information system for evaluation of healthcare expenditure and health monitoring. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*. 2019; 520:72-80.
164. OECD. *OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries*. Available from URL:
http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html
165. Ojo TO, Akinwumi AE. Doctors as managers of healthcare resources in Nigeria: Evolving roles and current challenges. *Niger Med J*. 2015; 56(6):375-80.
166. Orešković S. Reforming Hospitals in Croatia: Asking the patients. *Eurohealth* 2007; 7(3):36-9.
167. O'Rurk M. *Osnove menadžementa u sistemu zdravstvene zaštite*. Izdavač: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2011. ISBN: 978-86-83607-61-7
168. Peterson TA, Bernstein SJ, Spahlinger DA. *Population Health: A New Paradigm for Medicine*. *Am J Med Sci* 2016; 351(1):26-32.
169. Pillay R. Managerial competencies of hospital managers in South Africa: a survey of managers in the public and private sectors. *Human Resources for Health* 2008; 6(1):4.

170. Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, Sl. glasnik RS 49/2010
171. Rahimi H, Kavosi Z, Shojaei P, Kharazmi E. Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. *Journal of Health Management and Informatics*, 2016; 4(1):17-24.
172. Ramlall S. A Review of Employee Motivation Theories and their Implications for Employee Retention within Organizations. *The Journal of American Academy of Business*, Cambridge 2004; 5(1-2):52.
173. Rechel B et al. (eds) Investing in hospitals of the future. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems, 2009.
174. Reiling J, Hughes RG, Murphy MR. The Impact of Facility Design on Patient Safety. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Chapter 28. Available from URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2633/>
175. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus* 2018; 10(12):e3681.
176. Riisgaard H, Nexøe J, Le JV, Søndergaard J, and Ledderer L. Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(1):168.
177. Rioth MJ, Warner J, Savani BN, Jagasia M. Next-generation long-term transplant clinics: improving resource utilization and the quality of care through health information technology. *Bone Marrow Transplant*. 2016; 51(1):34-40.
178. Rižoska B. (2011). Making the best use of human resources in a Macedonian organization. American Heritage University. Doctor of business administration Dissertation, 2011.
179. Rodríguez Perera FP, Pairo M. Strategic Planning in Healthcare Organizations. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65(8):749-54.
180. Romano J. The battered chairman syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(4):371.
181. Rosak-Szyrocka J. Employees motivation in the health care. *Production Engineering Archives* 2015; 6(1):21-25.
182. Rotar A. M, Botje D, Klazinga N S, Lombarts K M, Groene O, Sunol R, et al. The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC health services research*, 2016; 16(2):160.
183. Rouhani M, Burleigh E, Hobbis C, Dunford C, Osman N, Gan C. et al. UK medical students perception, attitudes and interest toward medical leadership and clinician managers. *Advances in Medical Education and Practice* 2018; 9:119-24.

184. Sakir OK, Othman J, Yero, A, Abdullahi M, Kia N. Relationship between leadership and employee productivity in an organization. *Journal of Business and Management* 2013; 9(4):62-6.
185. Sarto F, Veronesi G. Clinical leadership and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research* 2016; 16(2):169.
186. Sattiger RC i Kulkarni DG. Job Satisfaction in Hospital Employees: A Review of Literature. *International Journal of Engineering Technology Science and Research IJETSR* 2017; 4(2):27-30.
187. Savage M, Mazzocato P, Savage C, Brommels M. Physicians' role in the management and leadership of health care. A scoping review. *Medical management centre, Karolinska Institutet* 2017.
188. Schall MC Jr, Cullen L, Pennathur P, Chen H, Burrell K, Matthews G. Usability Evaluation and Implementation of a Health Information Technology Dashboard of Evidence-Based Quality Indicators. *Comput Inform Nurs.* 2017; 35(6):281-8.
189. Schwartz RW, Pogge C. Physician leadership is essential to the survival of teaching hospitals. *Am J Surg.* 2000; 179:462–8.
190. Servoss J, Chang C, Olson D, Ward KR, Mulholland MW, Cohen MS. The surgery innovation and entrepreneurship development program (SIEDP): an experiential learning program for surgery faculty to Ideate and implement innovations in health care. *Journal of surgical education*, 2018;75(4): 935-941.
191. Sfantou DF. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel).* 2017; 5(4):73.
192. Shkolnikova M, Yugay M, Pankevich V. Comparative Study of Physicians' Job Satisfaction Levels in the Public and the Private Sectors in Russia. *Open Journal of Social Sciences* 2017; 5(8):101-13.
193. Si SL, You XY, Liu HC, Huang J. Identifying Key Performance Indicators for Holistic Hospital Management with a Modified DEMATEL Approach. *Int J Environ Res Public Health.* 2017; 14(8):934.
194. Slipicevic O, Masic I. Management Knowledge and Skills Required in the Health Care System of the Federation Bosnia and Herzegovina. *Mater Sociomed.* 2012; 24(2):106-11.
195. Smutny P, Prochazka J, Vaculik M. The Relationship between Managerial Skills and Managerial Effectiveness in a Managerial Simulation Game. *Innovar.* 2016; 26(62):11-22.

196. Sonsale A, Bharamgoudar R. Equipping future doctors: incorporating management and leadership into medical curriculums in the United Kingdom. *Perspect Med Educ* 2017; 6(2):71-5.
197. Spector, PE, Jex SM. Relations of job characteristics from multiple data sources with employee affect, absence, turnover intentions, and health. *Journal of Applied Psychology* 1991; 76(1):46-53.
198. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. *J Health Organ Manag.* 2015; 29(3):353-66.
199. Spehar I, Frich JC, and Kjekshus LE. Clinicians experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 421.
200. Spurgeon P, Long P, Clark J, Daly F. Do we need medical leadership or medical engagement? *Leadersh Heal Serv* 2015; 28(3):173–84.
201. Sterbenz JM, Chung KC. The Affordable Care Act and Its Effects on Physician Leadership: A Qualitative Systematic Review. *Quality Management in Health Care* 2017; 26:177–83.
202. Stepanov S, Paspalj D, Butulija M. Motivation of employees as a key indicator of job satisfaction. *Ekonomija: teorija i praksa.* 2016; 9(2):53-67
203. Stoiljković M, Cvijanović D, Vojnović B. Menadžment zadovoljstvom i motivacijom u zdravstvenim ustanovama. Beograd: Institut za ekonomiku poljoprivrede. 2013.
204. Stoller J, Goodall A, Baker A. Why The Best Hospitals Are Managed by Doctors. *Harvard Business Review*, 2016.
205. Straus SE, Soobiah C, Levinson W. The impact of leadership training programs on physicians in academic medical centers. *Acad Med* 2013; 88(5):710–23.
206. SZO (2019). Situation analysis and priority setting. Available from URL: <https://www.who.int/nationalpolicies/processes/priorities/en/>
207. Szócska MK, Réthelyi JM, Normand C, Kennedy E. Managing healthcare reform in Hungary: challenges and opportunities. *BMJ* 2005; 331:231-3.
208. Šantrić Milićević M, Vasić M, Edwards M. Mapping the governance of human resources for health in Serbia. *Health Policy* 2015; 119(12):1613-20.
209. Štumerger S. Motivacija i zadovoljstvo zaposlenika u zdravstvenom sektoru. Završni rad. Sveučilište Sjever, 2018. Available from URL: <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin:2122/preview>
210. Tafuri S, Martinelli D, Vece MM, Prato R, Germinario C. An audit about clinical governance skills in Italian medical managers. *Ann Ig.* 2013; 25(2):145-50.

211. Talević M, Jovčić Lj, Radosavljevic I. Upravljanje ljudskim resursima sa aspekta dostupnosti znanja - studija slučaja zdravstvo. *Ekonomija-teorija i praksa* 2016; 9(2):1-15.
212. Talib Z, Burke K, Barry M. Women leaders in global health. *Lancet Glob Health*. 2017; 5(6):e565-e566.
213. Tasneem S, Cagatan AS, Avci MZ, Basustaoglu AC. Job Satisfaction of Health Service Providers Working in a Public Tertiary Care Hospital of Pakistan. *The Open Public Health Journal*. 2018; 11:17-27.
214. Teodorović N, Gajić-Stevanović M. Zaposleni u zdravstvu u transformaciji zdravstvenog menadžmenta. *Stomatološki glasnik Srbije*. 2008; 55(3):188-96.
215. Teoli D, An J. *SWOT Analysis*. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2019.
216. Terzić Z, Vukasinović Z, Bjegović-Mikanović V, Jovanović V, Janićić R. SWOT analysis: the analytical method in the process of planning and its application in the development of orthopedic hospital department. *Srp Arh Celok Lek*. 2010; 138(7-8):473-9.
217. Terzic-Supic Z, Bjegovic V, Marinkovic J, Santric-Milicevic M, Vasic V. Hospital management training and improvement in managerial skills: Serbian experience. *Health Policy*. 2010; 96(1):80-89.
218. Terzic-Supic Z, Bjegovic-Mikanovic V, Vukovic D, Santric-Milicevic D, Marinkovic J, Vasic V, Laaser U. Training hospital managers for strategic planning and management: a prospective study. *BMC Medical Education* 2015; 15:25
219. Tietjen M, Myers R. Motivation and job satisfaction. *Management Decision*, 1998;36(4):226-31.
220. Toode K, Routasalo P, Suominen T. Work motivation of nurses: A literature review. *International journal of nursing studies* 2011; 48(2):246-57.
221. Varabyova Y, Schreyogg J. International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: panel data analysis of OECD countries using parametric and non-parametric approaches. *Health Policy*. 2013; 112(1–2):70–9.
222. Verburg IWM, de Jonge E, Peek N, de Keizer N. The association between outcome-based quality indicators for intensive care units. *PLoS One* 2018; 13(6):e0198522.
223. Verhoef LM, Weenink JW, Winters S, et al. The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands. *BMJ Open* 2015; 5:e009275.
224. Veseli N, Aziri B, Veseli T. Motivation Of Health Care Employees In The Republic Of Macedonia. *Human Capital Without Borders: Knowledge and Learning for Quality of Life:*

Proceedings of the Management, Knowledge and Learning International Conference 2014, Portorož, Slovenia, June 2014.

225. Veselinović P. Reforma javnog sektora kao ključna determinanta uspešnosti tranzicije privrede Republike Srbije. *Ekonomski horizonti* 2014; 16:141-59.
226. Villalobos Dintrans P, Chaumont C. Examining the relationship between human resources and mortality: the effects of methodological choices. *Int J Public Health*. 2017; 62(3):361-70.
227. Višnjić A. Menadžment u zdravstvu. Niš: Galaksija, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, 2015.
228. Von Kodolitsch Y, Bernhardt AM, Robinson PN, Kölbel T, Reichensperner H, Debus S, Detter C. Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats as a Tool for Translating Evidence into Individualized Medical Strategies (I-SWOT). *Aorta (Stamford)*. 2015; 3(3):98-107.
229. Vukašinović Z, Bjegović-Mikanović V, Janičić R, Spasovski D, Živković Z, Cerović S, et al. Strategic Planning in a Highly Specialized Orthopedic Institution. *Srp Arh Celok Lek* 2009; 137(1-2):63-72.
230. Vuković M, Ilić R. Reduction of the Mortality to the General Surgical Department of General Hospital Valjevo - Serbia. *Hospital Pharmacology*. 2018; 5(1):617-24.
231. Wagner C, Groene O, Thompson A, Klazinga NS, Dersarkissian M. Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; 26(Suppl1):16–26.
232. Warren N, Hodgson M, Craig T, Dyrenforth S, Perlin J, Murphy F. Employee Working Conditions and Healthcare System Performance: the Veterans Health Administration Experience. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2007; 49(4):417-29.
233. Weiszbrod T. Health care leader competencies and the relevance of emotional intelligence. *Health Care Manag (Frederick)*. 2015; 34(2):140-6.
234. Weldegebriel Z, Ejigu Y, Weldegebreal F, Woldie M. Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. *Patient Prefer Adherence*. 2016; 10:159-69.
235. West M, Dawson J, Admasachew L, Topakas A. NHS Staff Management and Health Service Quality: Results from the NHS Staff Survey and Related Data, 2011. Available from URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215455/dh_129656.pdf
236. Westphal JA. Characteristics of nurse leaders in hospitals in the U.S.A. from 1992 to 2008. *J Nurs Manag*. 2012; 20(7):928-37.

237. WHO. Leadership and Management (Chapter 10). In: Operations Manual For Staff At Primary Health Care Centres. 2008. Available from URL: <https://www.who.int/hiv/pub/imai/om.pdf>
238. Wu J, Xu T, He X. Health Care Resource Utilization and Direct Medical Costs Among Patients With Epilepsy In Tianjin, China. *Value Health*. 2015; 18(7):A754.
239. Wulff CN, Vedsted P, Søndergaard J. A randomized controlled trial of hospital-based case management to improve colorectal cancer patients' health-related quality of life and evaluations of care. *BMJ Open*. 2012; 2(6). pii: e001481.
240. Xenikou A. Transformational leadership, transactional contingent reward, and organizational identification: The mediating effect of perceived innovation and goal culture orientations. *Front Psychol*. 2017; 18(8):1754.
241. Yip WC, Hsiao WC, Chen W, Hu S, Ma J, Maynard A. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *Lancet*. 2012; 379(9818):833–42.
242. Yoon J, Shin JH, Kim M. Confidence in delegation and leadership of registered nurses in long-term-care hospitals. *Journal of Nursing Management* 2016; 24(5):676-85.
243. Yusoff WFW, Kian TS, Idris MTM. Herzberg's Two-Factor Theory on Work Motivation: Does it Works for Today's Environment? *G.J.C.M.P*. 2013; Vol. 2(5):18-22.

ANKETA ZA PROCENU STAVOVA, MIŠLJENJA I PRIMENE ZDRAVSTVENOG MENADŽMENTA

- *Upitnik predstavlja deo istraživanja u izradi akademskog rada u oblasti zdravstvenog menadžmenta.*
- *Upitnik je anoniman i potrebno je obezbediti uslove anonimnosti.*
- *Odgovori će biti korišćeni isključivo u akademske svrhe.*
- *Vašim učešćem pomoći ćete identifikovanju mesta i oblasti za unapređenje, kao i najbolje tehnike za poboljšanje radne učinkovitosti, ali i povećanje zadovoljstva korisnika Vaših usluga.*
- *Vreme potrebno za popunjavanje upitnika: 30 minuta*
- *Ne postoje tačni i netačni odgovori.*
- *Upitnik se sastoji iz šest (6) nezavisnih celina:*
 - Sekcija A: Opšte karakteristike*
 - Sekcija B: Znanje i stavovi o menadžmentu*
 - Sekcija C: Upitnik o Motivaciji*
 - Sekcija D: Upitnik o Liderskim osobinama*
 - Sekcija E: Upitnik o Menadžerskoj efikasnosti*
 - Sekcija F: Upitnik o zadovoljstvu poslom*

Menadžment = rukovođenje/upravljanje

Liderstvo = vođstvo

UNAPRED HVALA NA STRPLJENJU I RAZUMEVANJU!

Sekcija A: Opšte karakteristike

1. U kojoj ustanovi radite? _____
2. Koliko godina imate?
 Manje od 26 godina 36-45 godina 56-65 godina
 26-35 godina 46-55 godina 66 i više godina
3. Pol:
 Muški Ženski
4. Koliko godina radnog staža imate?
 Manje od 5 godina 21-25 godina 36-40 godina
 6-15 godina 26-30 godina
 16-20 godina 31-35 godina
5. Zaokružite radno mesto/pozicije na kojoj/kojim trenutno radite:
 M (menadžer) - rukovodeće S (sestra medicinska)
 D (doktor) A (administracija)
 N (drugo) _____
6. Stručna sprema (najviše obrazovno zvanje koje imate) _____
 osnovna škola fakultet - osnovne studije doktor nauka
 srednja škola specijalizacija postdoktorske studije/zvanje
 viša škola subspecijalista
 visoka škola magistar nauka

Sekcija B: Znanje i stavovi o menadžmentu

7. Da li Vam je poznato značenje "menadžment u zdravstvu"? DA / NE / Delimično
7.1 ako da, odakle?
 Iz dnevne štampe/ dnevnih vesti/ informativnih emisija
 Iz stručnih časopisa i literature
 Pohađao/la sam kurs / seminar / radionicu na tu temu
 Imam akademsko zvanje menadžera u zdravstvu
 Drugo _____
7.2 ako je NE ili delimično, da li biste voleli da se više upoznate sa tim? DA / NE
8. Da li Vam je poznato značenje "liderstva" ? DA / NE
8.1 ako DA, odakle?
 Iz dnevne štampe/ dnevnih vesti/ informativnih emisija
 Iz stručnih časopisa i literature
 Pohađao/la sam kurs / seminar / radionicu na tu temu
 Imam akademsko zvanje menadžera u zdravstvu
 Drugo _____
8.2 ako NE, da li biste voleli da se više upoznate sa tim? DA / NE

Zaokružite stepen Vašeg slaganja sa sledećim tvrdnjama

(1 ne slažem se, 2 slažem se delimično, 3 nisam siguran, 4 Slažem se, 5 u potpunosti se slažem):

9. Svaki medicinski radnik treba da bude upoznat sa osnovama menadžmenta u zdravstvu.

1 2 3 4 5

Zašto? _____

10. Direktor klinike treba biti lekar.

1 2 3 4 5

Zašto? _____

11. Direktor klinike treba biti neko van zdravstvene profesije.

1 2 3 4 5

Zašto? _____

12. Smatram da za uspešno upravljanje klinikom direktor treba da poseduje veštine:

(štiklirati bitno i oceniti stepen važnosti od 1 do 5):

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> upravljanja informacijama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> predstavljanja klinike | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> liderstva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> građenja mreže kontakata | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> donošenja odluka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> inovatora | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> pregovarača | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> organizacije vremena | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> upravljanja ljudima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> motivisanja zaposlenih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> drugo (navesti) _____ | | | | | |

13. Smatram da jedan čovek ne može posedovati sve veštine uspešnog/idealnog upravljanja.

1 2 3 4 5

Po Vašem mišljenju,

1. Klinika ima definisano:

- | | | | |
|---|---------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> viziju | DA / NE | <input type="checkbox"/> godišnje ciljeve | DA / NE |
| <input type="checkbox"/> misiju | DA / NE | <input type="checkbox"/> godišnji akcioni plan | DA / NE |
| <input type="checkbox"/> strategiju razvoja za period od 5 godina | DA / NE | <input type="checkbox"/> indikatore merenja uspešnosti postavljenih ciljeva | DA / NE |

2. Za funkciju direktora potreban je trening/obrazovni program iz oblasti "menadžerske veštine"
DA / NE

3. Podela zadataka u vašoj organizaciji:

- Nesrazmerna je, te ima preopterećenih i nedovoljno zaposlenih
- Neravnomernosti ima, ali nisu prevelike
- Uglavnom je ujednačeno opterećenje radnika

4. Po Vašem mišljenju, koliko su izraženi problemi u sledećim oblastima u Vašoj instituciji (staviti + u odgovarajuću kolonu)

	Oblast	Nema problema	U manjoj meri	U velikoj meri	Izuzetno veliki
1.	Planiranje				
2.	Organizacija rada				
3.	Koordinacija između službi				
4.	Izmena strukture kadrova				
5.	Nabavka opreme				
6.	Održavanje opreme				

7.	Finansiranje				
8.	Radna discipline				
9.	Međuljudski odnosi				
10.	Komunikacija				
11.	Odnosi sa Fondom				
12.	Odnosi sa društ-političkim zajednicama				
13.	Druge:				

5. Po Vašem mišljenju, Vaša institucija radi:
- Iznad svojih kapaciteta (u pogledu kadrova, opreme, sredstava)
 - U skladu sa svojim kapacitetima
 - Ispod svojih kapaciteta
 - Drugo _____
6. Prema Vašem mišljenju:
- Planiranje je neophodno naročito sada
 - Planiranje je korisno, ali u sadašnjoj situaciji nema svrhe
 - Drugo _____
7. Postojeći sistem kontrole u Vašoj organizaciji omogućava otkrivanje lošeg, nestručnog rada, greške, nediscipline:
- Da, svaki slučaj
 - Izuzetno
 - Ne uopšte
 - Drugo _____
8. Da li se podaci, koji se prikupljaju u vašoj instituciji, sem za izveštaje obavezne statistike, koriste i za:
- Rešavanje problema nikad retko često
 - Nagrađivanje ili kažnjavanje nikad retko često
 - Drugo: _____
9. Podaci koji se prikupljaju u Vašoj ustanovi su:
- Pouzdani
 - Nepouzdana
10. Da li je Vaš menadžer **uspešan**? DA / NE

Sekcija C: Motivacija

U tabeli je navedeno nekoliko stvari koje se mogu dogoditi ljudima ako svoj posao izvrše **posebno dobro**. Označite koliko je po Vašem mišljenju verovatno da će Vam se desiti svaka od navedenih stvari ako svoj posao izvršite **posebno dobro**.

		Nije uopšte verovatno		Donekle verovatno		Dosta verovatno		Sigurno
1.	Dobiću povećanje plate	1	2	3	4	5	6	7
2.	Imaću sam dobro mišljenje o svojoj ličnosti	1	2	3	4	5	6	7
3.	Imaću mogućnost da razvijam svoje veštine i sposobnosti	1	2	3	4	5	6	7
4.	Imaću bolju sigurnost zaposlenja	1	2	3	4	5	6	7
5.	Dobiću šansu da naučim nove stvari	1	2	3	4	5	6	7
6.	Biću unapređen ili ću dobiti bolji posao	1	2	3	4	5	6	7
7.	Imaću osećaj da sam uradio/la nešto vredno	1	2	3	4	5	6	7
8.	Imaću u svom poslu više slobode	1	2	3	4	5	6	7
9.	Ceniće me ljudi sa kojima radim	1	2	3	4	5	6	7
10.	Moj će me nadređeni pohvaliti	1	2	3	4	5	6	7
11.	Ljudi sa kojima radim biće sa mnom ljubazniji	1	2	3	4	5	6	7
	Koliko Vam je važno.....?	O srednje ili malo važno			Dosta važno			Maksimalno važno
1.	Visina plate	1	2	3	4	5	6	7
2.	Šansa da možete učiniti nešto zbog čega ćete imati dobro mišljenje o sebi	1	2	3	4	5	6	7
3.	Mogućnost da razvijete svoje veštine i sposobnosti	1	2	3	4	5	6	7
4.	Sigurnost zaposlenja	1	2	3	4	5	6	7
5.	Da imate šansu da naučite nove stvari	1	2	3	4	5	6	7
6.	Da imate mogućnost napredovanja ili dobijanja boljeg posla	1	2	3	4	5	6	7
7.	Da imate šansu da učinite nešto vredno	1	2	3	4	5	6	7
8.	Da imate slobodu u svom poslu	1	2	3	4	5	6	7
9.	Da Vas cene ljudi sa kojima radite	1	2	3	4	5	6	7
10.	Da Vas nadređeni pohvali	1	2	3	4	5	6	7
11.	Da ljudi sa kojima radite postanu prema Vama prijatelji	1	2	3	4	5	6	7

Sekcija D: Liderske osobine

Molimo Vas da izaberete jedan od sledećih odgovora da biste iskazali snagu svog mišljenja.

Odgovori: 5=potpuno seslažem, 4=slažem se, 3=neutralan sam, 2=ne slažem se, 1 = uopšte se ne slažem

Moj menadžer/direktor klinike je:

- 1.Jasan: uspešno komunicira sa drugima 1 2 3 4 5
- 2.Pronicljiv i sadržajan: ima visoku moć zapažanja..... 1 2 3 4 5
- 3.Samopouzdan: veruje u sebe i sopstvene sposobnosti 1 2 3 4 5
- 4.Samouveren: siguran u sebe, bez sumnji..... 1 2 3 4 5
- 5.Istrajan: ostaje usmeren na ciljeve bez obzira na ometanja..... 1 2 3 4 5
- 6.Odlučan: Zauzima čvrst stav, radi sa sigurnošću 1 2 3 4 5
- 7.Osoba od poverenja: radi poverljivo, zadobija poverenje 1 2 3 4 5
- 8.Pouzdan: dosledan je i na njega seljudi mogu osloniti..... 1 2 3 4 5
- 9.Druželjubiv: pokazuje ljubaznost i toplinu 1 2 3 4 5
- 10.Otvoren: govori slobodno, dobro se slaže sa drugima 1 2 3 4 5

Sekcija E: Merenje menadžerske efikasnosti

Instrukcije: Molimo Vas zaokružite broj koji najbolje odražava stepen vašeg slaganja ili neslaganja sa izjavom.

Ne razmišljajte predugo o samom značenju izjave. Radite brzo i pokušajte da odgovorite što preciznije moguće.

Ovde nema tačnog i netačnog odgovora. Datoje pet mogućih odgovora za svaku izjavu, od

1.....2.....3.....4.....5

Potpuno se NE slažem Potpuno se slažem

Moj menadžer/direktor klinike:

1.	Je sposoban da uspostavi i prenese zajedničke dugoročne ciljeve.	1	2	3	4	5
2.	Je stručnjak u komuniciranju.	1	2	3	4	5
3.	Je inspirativan lider.	1	2	3	4	5
4.	Je efikasan menadžer.	1	2	3	4	5
5.	Je odličan u selekciji dobrih ljudi.	1	2	3	4	5
6.	Konstantno pomaže osoblju da ostvare visoko-kvalitetan rad.	1	2	3	4	5
7.	Uspostavlja i održava dobre odnose sa podređenima.	1	2	3	4	5
8.	Je izuzetno uspešan u upravljanju konfliktom.	1	2	3	4	5
9.	Radi sa starijim menadžerima efektivno.	1	2	3	4	5
10.	Ima odlične odnose na klinici.	1	2	3	4	5
11.	Radi dobro sa saradnicima i drugim organizacijama/klinikama da bi se posao završio uspešno.	1	2	3	4	5
12.	Radi odlično kao član tima.	1	2	3	4	5
13.	Pokazuje nezavisnost i inicijativu.	1	2	3	4	5
14.	Ima široko znanje o političkim, ekonomskim, i tehnološkim stvarima.	1	2	3	4	5
15.	Pokazuje veliko samopouzdanje kada se suočava sa dilemama/izborima.	1	2	3	4	5
16.	Je stručno kompetentan.	1	2	3	4	5
17.	Konstantno vodi ka boljim rezultatima/ishodima.	1	2	3	4	5
18.	Ispunjava ciljeve i očekivanja organizacije za tu poziciju.	1	2	3	4	5
19.	Koristi kompleksnost posla da pomogne u izradi inovativnih rešenja.	1	2	3	4	5
20.	Dobro prosuđuje karakter ljudi.	1	2	3	4	5
21.	Je efikasan u upravljanju važnih spoljnih odnosa.	1	2	3	4	5

22.	Sveukupno, koliko osećate da Vaš menadžer radi svoj posao u meri koju bi Vi voleli da vidite?	1	2	3	4	5
23.	U kojoj meri on ili ona ispunjavaju Vaša očekivanja u ulozi menadžera i odgovornosti koju nosi?	1	2	3	4	5
24.	Kada biste bili u mogućnosti, u kojoj meri biste menjali način na koji menadžer radi svoj posao?	1	2	3	4	5
25.	U kojoj meri je menadžer otvoren u svojim razmišljanjima i osećanjima prema drugima?	1	2	3	4	5
26.	U kojoj meri menadžer priznaje ili prihvata odgovornost za svoje ideje?	1	2	3	4	5
27.	U kojoj meri menadžer pomaže drugima da prihvate, budu otvoreni ka, i eksperimentišu sa svojim idejama i stavovima?	1	2	3	4	5
28.	U kojoj meri on/ona eksperimentišu sa novim idejama?	1	2	3	4	5
29.	Stiže na posao i sastanke na vreme	1	2	3	4	5
30.	Sarađuje sa drugim klinikama	1	2	3	4	5
31.	Tretira sve osoblje sa poštovanjem	1	2	3	4	5
32.	Ne nestaje kada posao treba da se obavi	1	2	3	4	5
33.	Ne manipuliše rasporedom u sopstvenu korist	1	2	3	4	5
34.	Ne stavlja sopstvene ambicije ispred ciljeva organizacije	1	2	3	4	5
35.	Ima integritet	1	2	3	4	5
36.	Osoba od poverenja	1	2	3	4	5
37.	Deli sve aspekte posla sa kolegama	1	2	3	4	5
38.	Volontira kada neko drugi nije u mogućnosti da obavi posao	1	2	3	4	5
39.	Ispunjava rokove u organizaciji	1	2	3	4	5
40.	Menja se (ponašanje i navike) na osnovu dobijenih povratnih informacija/sugestija	1	2	3	4	5
41.	Sarađuje sa drugim klinikama	1	2	3	4	5
42.	Demonstrira efikasnu komunikaciju sa kontaktima van direktnog polja rada (npr. posetioci, klijenti, sponzori, itd.)	1	2	3	4	5
43.	Preuzima odgovornost za sopstveno obrazovanje	1	2	3	4	5
44.	Smatra posao prioritetom i posvećen je ispunjavanju postavljenih zadataka	1	2	3	4	5
45.	Samosvesnost je na visokom nivou (poznaje svoje jake strane, slabosti, i granice)	1	2	3	4	5
46.	Zastupa instituciju na pristojan način na konferencijama i drugim mestima	1	2	3	4	5
47.	Teži savršenstvu, zrelosti i nezavisnosti	1	2	3	4	5
48.	Zaposlene je upoznao sa Vizijom, Misijom i zadacima organizacije	1	2	3	4	5
49.	Menadžer se ponaša u skladu sa standardima organizacije	1	2	3	4	5
50.	Preduzima akcije za njihovo unapređenje	1	2	3	4	5
51.	Deli zajedničku etiku u okviru organizacije	1	2	3	4	5
52.	Promoviše Viziju i Misiju organizacije u javnosti i u zajednici	1	2	3	4	5
53.	Prihvata i oseća ih kao deo sopstvenog radnog života	1	2	3	4	5
54.	Menadžer razume i identifikuje komplikovane i teške situacije.	1	2	3	4	5
55.	Razmišlja o problemu na više načina.	1	2	3	4	5
56.	Identifikuje ciljeve.	1	2	3	4	5
57.	Nudi moguća rešenja.	1	2	3	4	5
58.	Nudi ideje o mogućim rešenjima.	1	2	3	4	5
59.	Demonstrira sposobnost da izabere pravo rešenje koje je realistično i izvodljivo.	1	2	3	4	5
60.	Izrađuje plan za sprovođenje rešenja (vreme, resursi) i ostvaruje ih.	1	2	3	4	5
61.	Procenjuje efektivnost sprovedenih rešenja.	1	2	3	4	5
62.	Nalazi bolja rešenja za buduće situacije.	1	2	3	4	5
63.	Uvek ostvaruje ciljeve sprovođenjem izabranih rešenja.	1	2	3	4	5
64.	Koristi različite alate za rešavanje problema.	1	2	3	4	5
65.	Preuzima svu odgovornost za preduzetu akciju.	1	2	3	4	5
66.	Delegira merljive zadatke.	1	2	3	4	5

67.	Delegira zadatke odgovarajućem osoblju.	1	2	3	4	5
68.	Dozvoljava podređenima slobodu da naprave greške i nauče iz njih.	1	2	3	4	5
69.	Menadžer ne nadgleda donošenje odluka podređenih, već im pruža priliku da razviju svoje sopstvene veštine.	1	2	3	4	5
70.	Menadžer stavlja do znanja podređenima da je spreman da pomogne, ali da nije spreman da radi njihov posao umesto njih.	1	2	3	4	5
71.	Opisuje zadatak detaljno i traži od šefova da naprave plan akcije.	1	2	3	4	5
72.	Deli ideju sa zaposlenima o rezultatima i ishodima.	1	2	3	4	5
73.	Sa zaposlenima revidira zašto stvari nisu išle po planu.	1	2	3	4	5
74.	Zaposleni treba da zna tačno šta se očekuje i kako će zadatak da bude ocenjen.	1	2	3	4	5
75.	Planira kako da se zahvali i nagradi zaposlenog za uspešno obavljen zadatak.	1	2	3	4	5
76.	Unapređuje znanje i veštine zaposlenog za realizaciju i zahtevnijih zadataka.	1	2	3	4	5
77.	Smatra sebe i svoju poziciju odgovornim za napredovanje drugih.	1	2	3	4	5
78.	Identifikuje potencijal i ulogu u postignutim rezultatima.	1	2	3	4	5
79.	Kreira okruženje za dobijanje povratnih komentara/kritika, ohrabrujući druge da idu dalje i više i ka svojim ciljevima.	1	2	3	4	5
80.	Drži redovne razvojne diskusije sa drugima, diskutujući napredak, i hrabreći druge da prilagode razvojne planove po potrebi da osiguraju ostvarenje profesionalnih ciljeva.	1	2	3	4	5
81.	Kreira prilike za unapređenje, kao i za razvoj programa drugih, i motiviše ih da učestvuju.	1	2	3	4	5

1.	Traži informacije energično.	1	2	3	4	5
2.	Istražuje, ide ispod površine, testira validnost informacije.	1	2	3	4	5
3.	Kreira red od velike količine informacija.	1	2	3	4	5
4.	Uočava rano problem, prilike, opasnosti, trendove.	1	2	3	4	5
5.	Jeste logičan, mišljenja zasnovanog na podacima, racionalan.	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
6.	Jeste jasan, precizan, artikulisan.	1	2	3	4	5
7.	Jeste vešt u govoru prema spoljnim organizacijama ili pojedincima.	1	2	3	4	5
8.	Jeste izuzetan komunikator.	1	2	3	4	5
9.	Efektivno zastupa interese klinike na raznim nivoima interakcije u javnom i privatnom sektoru	1	2	3	4	5
10.	Efektivno nastupa i zastupa /javno zagovara/lobira za kliniku.	1	2	3	4	5
11.	Efektivno zastupa kliniku na društvenim i građanskim funkcijama.	1	2	3	4	5
12.	Jeste vešt u uspostavljanju i prenosu osećaja pripadnosti u okviru klinike.	1	2	3	4	5
13.	Jeste onaj koji gradi timove, spaja ljude uspešno oko zadataka.	1	2	3	4	5
14.	Strukturiše adekvatno rad podređenih.	1	2	3	4	5
15.	Prepoznaje i nagrađuje ljude za njihov rad.	1	2	3	4	5
16.	Efikasan u upravljanju konfliktom.	1	2	3	4	5
17.	Suprotstavlja se drugima vešto.	1	2	3	4	5
18.	Prosudjuje dobro o ljudima.	1	2	3	4	5
19.	Privlači talentovane ljude.	1	2	3	4	5
20.	Uzima u obzir karakter kada se bavi ljudima.	1	2	3	4	5
21.	Jeste dobar učitelj, savetodavac, mentor; strpljiv jesu ljudima dok uče.	1	2	3	4	5
22.	Donosi ono najbolje u ljudima.	1	2	3	4	5
23.	Podređenima daje adekvatno teške zadatke i priliku da se razvijaju.	1	2	3	4	5
24.	Uzima najbolje od ljudi, ne eksploatiše.	1	2	3	4	5
25.	Jeste inspirativan; pomaže ljudima da vide važnost onoga sto rade.	1	2	3	4	5

26.	Jeste sposoban da inspiriše, motiviše, podstakne druge na akciju.	1	2	3	4	5
27.	Delegira efikasno.	1	2	3	4	5
28.	Poseduje široku mrežu kontakata potrebnih za posao.	1	2	3	4	5
29.	Uspostavlja jake kolaborativne odnose (za saradnju).	1	2	3	4	5
30.	Efikasno kreira saveze na klinici.	1	2	3	4	5
31.	Efikasno kreira saveze van klinike.	1	2	3	4	5
32.	Je orjentisan ka akciji; pritiska za rezultate da se ostvare odmah.	1	2	3	4	5
33.	Je odlučan; ne odugovlači sa odlukama.	1	2	3	4	5
34.	Je osoba koja "napada probleme"; uživa rešavajući problem.	1	2	3	4	5
35.	Realizuje odluke, prati kroz, prati nakon; izvršilac.	1	2	3	4	5
36.	Donosi odluke brzo kada su brzina i vreme odlučujući.	1	2	3	4	5
37.	Donosi dobre odluke pod pritiskom i sa nepotpunim informacijama.	1	2	3	4	5
38.	Modifikuje planove kao odgovor na promenu okolnosti i uslova.	1	2	3	4	5
39.	Kreira značajne organizacione promene.	1	2	3	4	5
40.	Uvodi potrebne promene čak uprkos opoziciji.	1	2	3	4	5
41.	Upravlja procesom donošenja odluka efikasno; zna koga da uključi u šta.	1	2	3	4	5
42.	Je komforan sa moći koju nosi uloga menadžera.	1	2	3	4	5
43.	Formira udruženja i ideje koje kreiraju nove i drugačije načine rešavanja problema.	1	2	3	4	5
44.	Može da napusti prihvaćene norme mišljenja i ponašanja kada je to neophodno.	1	2	3	4	5
45.	Proba nove pristupe.	1	2	3	4	5
46.	Je preduzetnik; grabi nove prilike.	1	2	3	4	5
47.	Konstantno generiše nove ideje.	1	2	3	4	5
48.	Je dobar u promovisanju ideje ili vizije; ubedljiv.	1	2	3	4	5
49.	Pažljivo meri posledice predvidljivih akcija.	1	2	3	4	5
50.	Može da organizuje i upravlja velikim, dugotrajnim projektima; ima dobre veštine vođe.	1	2	3	4	5
51.	Može da prevede strategiju u akciju za duži period.	1	2	3	4	5
52.	Gradi radne i upravljačke sisteme koji se samostalno –nadgledaju i mogu se upravljati efikasno sa daljine.	1	2	3	4	5
53.	Uspostavlja efikasnu praksu upravljanja za upućivanje zaposlenih koje viđa samo dva puta mesečno.	1	2	3	4	5
54.	Pregovara vešto sa pojedincima i grupama u vezi uloga i resursa.	1	2	3	4	5
55.	Vodi pregovore kod prisutnih višestrukih rizik faktora i nepoznatih.	1	2	3	4	5

Sekcija F: Zadovoljstvo poslom

Istraživanje o zadovoljstvu poslom Paul E. Spector Odeljenje Psihologije Univerzitet Juzna Florida (copyright Paul E.Spector, 1994, All rights reserved)							
Zaokružite broj za svako pitanje koji će najbliže odraziti Vaše misljenje o tome.							
1.	Osećam da sam plaćen odgovarajuće za posao koji radim.	1	2	3	4	5	6
2.	Zaista postoje jako male šanse za promociju na mom poslu.	1	2	3	4	5	6
3.	Moj nadređeni je kompetentan u obavljanju svog posla.	1	2	3	4	5	6
4.	Nisam zadovoljan benefitima koje dobijam.	1	2	3	4	5	6
5.	Kada uradim dobro posao, dobijam priznanje za to koje zaslužujem.	1	2	3	4	5	6
6.	Mnoga pravila i procedure koje imamo čine dobar posao teškim.	1	2	3	4	5	6
7.	Svidaju mi se ljudi sa kojima radim.	1	2	3	4	5	6
8.	Po nekad mi se čini da je moj posao besmislen.	1	2	3	4	5	6
9.	Komunikacija u organizaciji se čini dobrom.	1	2	3	4	5	6
10.	Povišice su retko.	1	2	3	4	5	6
11.	Oni koji dobro obavljaju posao imaju dobre šanse da budu unapređeni.	1	2	3	4	5	6
12.	Moj nadređeni je nefer prema meni.	1	2	3	4	5	6
13.	Benefiti koje mi dobijamo su podjednako dobri kao i u drugim organizacijama.	1	2	3	4	5	6
14.	Ne osećam da je posao koji radim cenjen.	1	2	3	4	5	6
15.	Moji napori da uradim posao dobro neretko su blokirani birokratijom.	1	2	3	4	5	6
16.	Smatram da treba da radim više na poslu zbog nekompetentnosti ljudi sa kojima radim.	1	2	3	4	5	6
17.	Volim da radim stvari koje radim na poslu.	1	2	3	4	5	6
18.	Ciljevi ove organizacije mi nisu jasni.	1	2	3	4	5	6
19.	Osećam se ne cenjenim od strane organizacije kada razmišljam koliko sam plaćen.	1	2	3	4	5	6
20.	Ljudi napreduju ovde istom brzinom kao i na drugim mestima.	1	2	3	4	5	6
21.	Moj nadređeni pokazuje premalo interesovanja za osećanja podređenih.	1	2	3	4	5	6
22.	Paket beneficija koji imamo je pravedan.	1	2	3	4	5	6
23.	Postoji nekoliko nagrada za one koji rade ovde.	1	2	3	4	5	6
24.	Imam previše da radim na poslu.	1	2	3	4	5	6
25.	Uzivam u ljudima sa kojima radim.	1	2	3	4	5	6
26.	Često osećam da ne znam šta sedesava sa organizacijom u kojoj radim.	1	2	3	4	5	6
27.	Imam osećaj ponosa u obavljanju svog posla.	1	2	3	4	5	6
28.	Zadovoljan sam šansama za povećanje plate .	1	2	3	4	5	6
29.	Postoje beneficije koje nemamo ali bi smo trebali imati.	1	2	3	4	5	6
30.	Svida mi se moj nadređeni.	1	2	3	4	5	6
31.	Imam previše papirologije.	1	2	3	4	5	6
32.	Ne osećam da su moji napori nagrađeni na način na koji bi trebalo.	1	2	3	4	5	6
33.	Zadovoljan sam šansama za napredovanjem.	1	2	3	4	5	6
34.	Previše je rasprava i svađa na poslu.	1	2	3	4	5	6
35.	Moj posao je uživanje.	1	2	3	4	5	6
36.	Radni zadaci nisu potpuno objašnjeni.	1	2	3	4	5	6

Stavovi o vrednovanju i samovrednovanju

(Zaokružite stepen slaganja sa tvrdnjom (na desnoj strani) i stepen važnosti tvrdnje (na levoj strani))

VAŽNO				TVRDNJA/ISKAZ	TAČNO			
1	2	3	4		1	2	3	4
1	2	3	4	Na klinici se sprovodi samovrednovanje na osnovu utvrđenih kriterijuma	1	2	3	4
1	2	3	4	Uključen sam u proces samovredovanja	1	2	3	4
1	2	3	4	Vodim evidenciju o svom samovrednovanju	1	2	3	4
1	2	3	4	Obaveze i zaduženja se raspoređuju zaposlenima na osnovu stručnosti, znanja i sposobnosti	1	2	3	4
1	2	3	4	Obaveze i zaduženja su jasni, precizni, pravovremeni i doprinose efektivnosti rada Klinike	1	2	3	4
1	2	3	4	Timovi se formiraju na osnovu stručnosti, znanja i sposobnosti članova	1	2	3	4
1	2	3	4	Efektivnost i efikasnost rada u timu se motiviše i stimuliše	1	2	3	4
1	2	3	4	Pravilnom raspodelom poslova obezbeđuje se efikasnost rada Klinike	1	2	3	4
1	2	3	4	Na klinici se prati efektivnost i efikasnost svakog zaposlenog	1	2	3	4
1	2	3	4	Klinika ima precizno propisane kriterijume za pohvaljivanje i nagrađivanje zaposlenih	1	2	3	4
1	2	3	4	Propisani kriterijumi za pohvaljivanje i nagrađivanje se primenjuju	1	2	3	4
1	2	3	4	Na Klinici postoji dobra koordinacija rada stručnih i drugih službi	1	2	3	4

KRAJ UPITNIKA

VELIKO HVALA!

Biografija autora

Dr Sonja Novak rođena je u Nišu 7. aprila 1974. godine. Osnovnu i srednju školu završila je u Nišu kao i Medicinski fakultet u Nišu na kome je diplomirala januara 2000. godine sa prosečnom ocenom 9,34.

Poslediplomske studije iz Međunarodnog razvoja i menadžmenta u zdravstvu završila na Univerzitetu u Birminghamu (Velika Britanija), kao stipendista Vlade Velike Britanije akademske 2003/2004. godine i odbranila magistarsku tezu *Pomoć i procena zdravstvenih potreba: studija slučaja zdravstvenog sektora Srbije ("Aid and Needs Assessment: Case study of health sector in Serbia")* decembra 2004. godine i time stekla akademski naziv magistar nauka – oblast međunarodni razvoj i menadžment u zdravstvu ('International Health Management and Development') koji je nostrifikovan od strane Univerziteta u Nišu.

Nakon studija sticala je radno iskustvo radeći: u Domu zdravlja Merošina kao lekar na stažu (2000-2001); međunarodnoj humanitarnoj organizaciji 'Lekari bez granica Grčka' (pozicija: lekar-koordinator)(2001-2003); međunarodnoj razvojnoj organizaciji CHF u Nišu (pozicija: lekar - nadgledanje medicinskih projekata)(2005); međunarodnoj konsultantskoj firmi SOFRECO (pozicija: lekar - regionalni koordinator za KC Niš, projekat: 'Rekonstrukcija četiri klinička centra u Srbiji')(2006-2009); kao saradnik na predmetu *Primenjena epidemiologija* na Poslediplomskim akademskim studijama Master – Zdravstvena politika, u Centru-Škola javnog zdravlja, školske 2007/2008. godine, zatim, kao predavač na predmetu *Procena zdravstvenih potreba* u okviru Specijalističkih strukovnih studija iz menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite, na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu (2009-2011), a od februara 2011 do septembra 2014. godine i kao predavač na smeru Javna administracija i pružanje usluga u javnom sektoru, na Međunarodnom poslovnom koledžu Mitrovica, KiM.

U svojoj raznovrsnoj karijeri, dr Novak je autor više stručnih i naučnih radova koji su publikovani u domaćim i međunarodnim časopisima ili izlagani na različitim skupovima, kao i autor i koautor tri poglavlja u dve knjige o menadžmentu u zdravstvu.

Zvanje specijaliste epidemiologije stekla je 2007. godine na Medicinskom fakultetu u Nišu.

Pored maternjeg srpskog, dr Novak govori tačno engleski jezik i poslovni nemački. Udata je i ima dvoje dece. Trenutno živi u Nišu i angažovana je od 2014. godine kao konsultant u konsultantskoj kući "Plan Plus" u Nišu.

Bibliografija autora

1. Novak S, Djordjevic N. Information system for evaluation of healthcare expenditure and health monitoring. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*, 2019; 520(C):72-80. **M22 IF2017 =2,132**
2. Stanković S, Živić S, Ignjatović A, Stojanović M, Bogdanović D, Novak S, Vučić J, Stanković M, Šaranac L, Vesna C, Miljković P, Vorgučin I. Comparison of weight and length at birth of non-Roma and Roma newborn in Serbia. *Int J Public Health*, 2016; 61(1):69-73. **M21 IF2017 =2,617**
3. Vukadinovic D, Novak S. A Comparative Study of Socio Economic Status on Rural and Urban Women in City of Nis Region. *Bellatrix Journal*, 2016; 1(1):42-47.
4. Novak S. Lekari kliničari u procesu upravljanja. *Zdravstvena zaštita*, 2010; 1: 49-54
5. Santric Milicevic M, Matejic B, Terzic-Supic Z, Dedovic N, Novak S. An approach to assess trends of pharmacist workforce production and density rate in Serbia. *Cah Sociol Demogr Med*, 2010; 50(3):299-318.
6. Novak S. Needs Assessment: A Case Study on Aid Delivery to Serbian Health Sector. *Acta Fac Med Naiss* 2010; 27(1): 5-11
7. Jovanović R, Nikolovski D, Radulović O, Novak S. Uticaj fizičke aktivnosti na stanje uhranjenosti dece predškolskog uzrasta. *Acta Medica Medianae* 2010; 49(1):17-21.
8. Katrava A, Jekić I.M, Obrovački M, Milojković A, Andrejević V, Novak S. Patient flows as a key driver of university hospital modernization – case of Serbia; European Health Management Association (EHMA), Insbruk June 2009
9. Novak S, Vukadinovic D, Nedeljkovic J. Značaj menadžerskih veština za reformu sektora zdravstva. (Importnace of managerial skills in health sector reforms). HR Conference: Savremeni trendovi i kvalitet u upravljanju ljudskim resursima. Belgrade, 2015; Zbornik radova, str. 370-375.
10. Novak S, Vukadinovic D. The Impact of allocations for health on productivity and wellbeing. *International Conference on Economic and Social Studies (ICESoS'16): Regional Economic Development - Entrepreneurship and Innovation*. Sarajevo, 2016; Book of abstracts, str.30.
11. Janković S, Novak S. Epidemiology use in health policy. In: *Applied epidemiology. Core module*. Editor Jankovic S. Teaching material – Master in Health policy and management. Belgrade. Medical faculty University of Belgarde, 2010.
12. Novak S, Janković S. Use of epidemiology in health management. In: *Applied epidemiology. Core module*. Editor Jankovic S. Teaching material – Master in Health policy and management. Belgrade. Medical faculty University of Belgarde, 2010.
13. O'Rourke M, Novak S. Health Human Resources Management. In: *Health Management Guides, Readings and References for Serbia. Project Traing in Health Service Management*. Beograd: Kuća Štampe plus. 2011; 85-107.

Изјава 1.

ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Изјављујем да је докторска дисертација, под насловом:

"Значај и утицај менаџмента на кључне показатеље активности хируршких клиника"

која је одбрањена на Медицинском факултету Универзитета у Нишу:

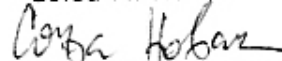
- резултат сопственог истраживачког рада;
- да ову дисертацију, ни у целини, нити у деловима, нисам пријављивао/ла на другим факултетима, нити универзитетима;
- да нисам повредио/ла ауторска права, нити злоупотребио/ла интелектуалну својину других лица.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци, који су у вези са ауторством и добијањем академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада, и то у каталогу Библиотеке, Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Нишу, као и у публикацијама Универзитета у Нишу.

У Нишу, _____

Потпис аутора дисертације:

Соња М. Новак



Изјава 2.

**ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ ЕЛЕКТРОНСКОГ И ШТАМПАНОГ ОБЛИКА
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Наслов дисертације:

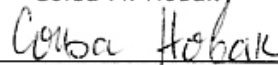
**"Значај и утицај менаџмента на кључне показатеље активности
хируршких клиника"**

Изјављујем да је електронски облик моје докторске дисертације, коју сам предао/ла за уношење у **Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу**, истоветан штампаном облику.

У Нишу, _____

Потпис аутора дисертације:

Соња М. Новак



Изјава 3:

ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Никола Тесла“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу унесе моју докторску дисертацију, под насловом:

"Значај и утицај менаџмента на кључне показатеље активности хируршких клиника"

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском облику, погодном за трајно архивирање.

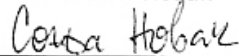
Моју докторску дисертацију, унету у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу, могу користити сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons), за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство **(CC BY)**
2. Ауторство – некомерцијално **(CC BY-NC)**
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде **(CC BY-NC-ND)**
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима **(CC BY-NC-SA)**
5. Ауторство – без прераде **(CC BY-ND)**
6. Ауторство – делити под истим условима **(CC BY-SA)¹**

У Нишу, _____

Потпис аутора дисертације:

Соња М. Новак



¹ Аутор дисертације обавезан је да изабере и означи (заокружи) само једну од шест понуђених лиценци; опис лиценци дат је у наставку текста.