ГОДИНА XXXV

Ванредни број
СЕПТЕМБАР, 2006. ГОДИНЕ

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ,
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ, ЕКОНОМИКУ,
ИНФОРМАТИКУ И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:
Прим. др Илија Трипковић

Главни и одговорни уредник:
Проф. др сц. мед. Предраг Довијанић

Заменик главног и одговорног уредника:
Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

Чланови:
Др Василије Антић
Светлана Вукајловић, дипл. правник
Раде Николић, дипл. правник
Проф. др Момир Царевић
Прим. др Тања Кнежевић
Рајко Гргуревић, dipl. ecc.
Др Вуко Антонијевић
Прим. др Мирјана Велимировић

Секретар:
Милка Томић-Каришик

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Рајко Гргуревић, dipl. ecc.
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушићева 25/1

Тел/факс: (+381 11) 3615-358, 3615-371; Жиро-рачун: 205-4707-32

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11 000 Београд

Лектура-коректура:
Ковиљка Дабић, проф.

Технички уредник:
Синиша Ћетковић

Тираж:
500 примерака

Штампа:
„Сека“, Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Југославије, серијске публикације. Са овим YU ISSN бројем наћи ће се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављују се у Библиографији Југославије. Чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

С а д р ж а ј

Делатност Коморе 1

Стручни и научни радови

Проф. др Војислав Ђукановић

Управљачки процес за развој здравства са посебним нагласком на „здравље за све“ 3

Проф. Томо Ивовић

Шта је успешан менаџмент 13

Проф. др Иван Штајнбергер

Како успешно руководити? Психологија руковођења 21

Др сц. Гојко Гојковић

Финансијски „menagement“ – управљање пословањем здравствене установе 33

Прим. др Предраг Јелача

Методологија опремања кадровима у здравству 41

Проф. др Ђорђе Козаревић

Мониторинг и евалуација здравственог стања – потреба и захтева 47

Проф. др Предраг Довијанић

Организована обука за управљање у здравству – трајна потреба савременог здравственог менаџера 53

Проф. др Здравко Глушица

Увођење нове организације руковођења 57

Проф. др Радојица Бојановић

Облици организационе климе и руковођење 67

Делатност Коморе

Делатност Коморе* је:

- унапређење рада и економике пословања чланова Коморе,
- заступање заједничких интереса чланова Коморе у целини или дела чланова Коморе у функционисању здравствених система, развојне и економске политике, пред државним и другим органима,
- покретање иницијативе за доношење закона, других прописа и мера здравствене политике,
- сарађивање у припреми за доношење закона, других прописа и мера економске политике у области здравства,
- остваривање и усклађивање заједничких интереса чланица, заједничког планирања и др.,
- пружање помоћи при утврђивању развојне политике и изради програма рада и других општих аката као и пружање непосредне стручне помоћи у примени закона и других прописа,
- унапређење технологије рада и ефикасности функционисања здравствених установа, посебно кроз учешће у заједничком медицинском снабдевању и обезбеђивању услова за трајно и ефикасно функционисање опреме високе технолошке вредности,
- учествовање у доношењу норматива кадрова, норматива рада, стандарда здравствених услуга и рационално коришћење капацитета средстава,
- остваривање међусобне сарадње и поделе рада, као и других питања и заједничких интереса чланова Коморе,
- унапређење информисања чланова Коморе и других заинтересованих субјеката преко сопственог информационог система и повезивања са одговарајућим информационим системима у земљи и иностранству, као и путем издавања посебног гласила Коморе,
- организовање и координација обуке кадрова у здравству, нарочито запослених на обављању пословодних функција у здравственим установама,
- обављање и других послова и задатака утврђених законом, другим прописима и актима Коморе.

* Извод из Статута Коморе 3/4 Србије

Стручни и научни радови

Управљачки процес за развој здравства са посебним нагласком на „здравље за све“

В. Ђукановић[1]

Кад се говори о љекарској етици обично се мисли на Хипократову заклетву. Тачно је да су у чувеној заклетви љекара постављени темељи љекарске етике која и данас, послије више од 2300 година, има исту снагу као кад је постављена и усвојена; иако је донета у периоду кад се љекарско знање преносило са кољена на кољено, Хипократова је заслуга што је, поред љекарске етике, ударио прве темеље медицине као природне науке и одвојио је од мађија и религије као и од апстрактне филозофије. Међутим, то су били први повоји. Кроз 20 вјекова наука о здрављу и медицина уопште направила је огромни квалитативни и квантитативни скок. Због тога је 1948. године донета женевска формулација Хипократове заклетве, а 1949. године Генерална скупштина Светског медицинског друштва у Лондону усвојила је Интернационални кодекс медицинске етике, 1964. године усвојен је Кодекс етике здравствених радника Социјалистичке Федеративне Републике Југославије, а исте године усвојена је и Хелсиншка декларација која се односи на клиничка истраживања. Међутим, кад се дискутује о љекарској етици и данас се, углавном мисли на Хипократа, а не помињу се сви кодекси усвојени после Другог светског рата. И још нешто, када се говори о љекарској етици обично и скоро увјек се мисли на однос лекара према болеснику и однос према колеги и учитељу. Заборавља се да постоје етични принципи и етика у здравственој политици и спровођењу и остваривању те политике. Етика је мост између здравствене политике и квалитета и квантитета остваривања те политике. Етика истражује моралне вредности које ствара утврђена политика и настоји да отклони конфликте који стоје на путу остваривања те политике. Етика усклађује људске одлуке са нормативним принципима. Велики, скоро највећи број одлука у спровођењу здравствене политике покреће етичка питања као што су:

- оцјена здравственог стања становништва,
- планирање, програмирање, утврђивање и избор приоритета,
- приступачност и остваривање здравствене заштите и унапређења здравља, а посебно онима којима је најпотребнија,
- ефикасност система за унапређење здравља и здравствене заштите,
- стално праћење остваривања здравствене заштите и евалуација.

Руковођење и организација здравствене службе, координација, кооперација, колаборација и интеграција са свим осталим секторима развитка друштва у складном и хармоничном систему, планирање и утврђивање приоритета, праћење и евалуација траже како знање тако и етички приступ као и савременог менаџера и руководиоца. Избор правог човека у право вријеме на правом мјесту је такође етички проблем.

Да би руководилац могао да организује друге да ефикасно раде, не смије да буде:

1. *Игнорант*, онај који прелази преко нечега и некога као да не постоји, неспособан

* Рад изложен на I семинару „Менаџмент у здравству“, април–јуни, 1991. год., Институт за социјалну медицину и ХЕ заштиту, Стоматолошки факултет у Београду

[1] Проф. др Војислав Ђукановић, високи функционер Светске здравствене организације

да уочава проблеме, слабости, недостатке и не зна начин и путеве решавања проблема.

2. *Дилетант*, површан, недоучен, без стручне спреме.
3. *Медиокритет*, средњих али и површних и уских способности и знања.
4. *Бирократа*, човјек коме није важно ни знање ни стручност. Он је човјек организације коме та организација и таква средина омогућава не само status quo него и пењање уз степенице пирамиде. То је систем руковођења који је створио строге, круте, надмене, свемоћне шупљоглавце и као такви све решавају за канцеларијским столом без критичког духа а увјек апсолутно послушни надређеним, способни за аклиматизацију у сваком ректуму.
5. *Технократе* или влада технике и технологије. Они виде кључ и решење у високој технологији и сматрају да све треба потчинити високој технологији. А кад технократа усвоји бирократске методе и добије бирократску моћ и уз то стоји иза политичког центра моћи онда они разорно делују и уништавају све што им смета. Организација здравствене службе је наука која има за циљ да сваком грађанину омогући да ужива своје урођено право на здравље и живот до крајње биолошких граница. Технократи не знају, нити имају интереса за спровођење здравствене политике на неучним принципима. Они су једнострано усмјерени. „Бојим се човека који је прочитао само једну књигу“, рекао је Тома Аквински. Бојимо се руководилаца који су сав рад и знање усмерили на један субспецијалистички програм као што су бубрег, око, крвни судови, ректум итд. За разлику од осталих, технократ може бити добар руководилац своје струке и специјалности ако нема бирократских наслага.
6. *Политбирократи* су јавни, друштвени и политички радници који у име центра моћи одлучују о спровођењу здравствене политике. Они не знају нити познају здравствене проблеме нити стратегију здравствене заштите. Хегел је са правом рекао да је најопаснија ствар кад незнање постане активно. Они често имају комплексе кад решавају проблеме које не знају, а да би своје одлуке покрили струком, траже решења у избору послушних технократа. Отуда постоји опасност негативне селекције и могућности да се руковођење здравственом службом препусти незналицама, лакеима и слугама политичара. Свако правило има изузетке па се ни ова моја мисао не треба уопштавати.

У свијету а и код нас сусрећемо се са три врсте радника који се баве здравственом политиком и њеним руковођењем:

1. Они који знају и знају да знају;
2. Они који не знају а мисле да знају;
3. Они који не знају и не знају да не знају.

Основни постулат јавног здравља је истина. Најгорчија истина боља је од најслађе заблуде. Незналице радо живе у слатким заблудама. Без ефикасног руковођења и добрих руководилаца покушаји да се унапреди руковођење, организација, структура и функционисање здравствене службе, унапређење и заштита здравља неће дати веће успехе. Оркестар не може да води неко ко не зна да чита ноте. Идеологија није довољна сама за себе јер и она пати од склерозе. Али велике идеје као што су „здравље за све“ не смију да се угуше због слабости друштва у једном одређеном периоду.

Прије него почнемо говорити о руковођењу у здравству, треба да рашчистимо појам „здравље“ као и појам „здравије за све“. Потребно је дати право тумачење појма здравља. Ово због тога што је на једном великом међународном скупу један професор рекао да је дефиниција здравља која се налази у Уставу Светске здравствене организације и коју је усвојио цио свијет „метафизика“. Он је посебно подвукао да је метафизика појам благостања. Дефиниција здравља Светске здравствене организације: „Здравље је стање потпуног, физичког, менталног и социјалног благостања а не само одсуство болести и изнемоглости“. Три димензије чине интегрално јединство. Трећа димензија,

која није јасна, је социјално благостање односно „стање мира и сигурности у којем сваки човјек без разлике на расу, вјеру и политичко увјерење и пол има право на школовање и рад који му даје могућност да живи хармонично у здравој околини и која му пружа осигурање у случају болести, изнемоглости и старости."

Устав Светске здравствене организације је усвојио да „једно од основних права сваког човека је уживање највишег могућег нивоа здравља без обзира на расу, вјероисповјест, политичка убјеђења, економски и социјални статус". Исте, односно сличне принципе је 1948. године усвојила Декларација уједињених народа о правима човјека.

Тридесета Свјетска здравствена скупштина донела је 1977. године резолуцију по којој: до 2000-те године сви грађани у свим земљама морају имати такав ниво здравља који ће им омогућити да имају социјални и економски продуктивни живот. То није само додавање година животу него и живота годинама.

Здравље за све до 2000-те године не значи да тада неће бити болесних и изнемоглих, нити значи да ће сваки грађанин у свако доба, на сваком месту имати доктора и сестру. „Здравље за све" значи да здравље почиње у кући, школи и радном мјесту. Значи да ће народ имати такву здравствену културу да ће спречавати обољења која се могу спријечити, да ће ублажавати она обољења која се не могу избећи и самим тим остварити бољи квалитет живота у току цјелог живота, односно процеса раста и старења. То исто тако значи да ће сваки грађанин моћи да оствари основне здравствене потребе и да ће им таква служба и заштита бити приступачна и физички и економски. Човјек и породица ће бити у жижи, центру интересовања здравствене службе и заједнице као цјелине у којој ће и он активно да учествује.

Декларација Међународне конференције у Алма Ати истакла је да је примарна здравствена заштита кључ за остваривање здравља за све. Шта је примарна здравствена заштита? Многи здравствени радници чак и у стручним рефератима поистовјећују примарну здравствену заштиту са основном здравственом службом или заштитом. Примарна здравствена заштита није само основна здравствена служба, није прави контакт са здравственом службом, нијесу права на обавезне видове заштите и није само здравствена служба.

Примарна здравствена заштита је јединствен ланац састављен од низа карика које појединачно и све скупа хармонично доприносе заштити здравља. Тај ланац чине човјек, породица и заједница као целина, здравствене установе функционално интегрисане са складним хармоничним тимским радом које спроводе све видове здравствене заштите; други сектори развоја друштва и заједнице који директно или индиректно утичу на здравље и квалитет живота као што су заштита околине, здрава питка вода, услови живота и рада уопште, просвећеност, производња и исхрана становништва, комуникације и информације, незапосленост и слично. Ланац здравствене заштите је онолико јак колико је јака најслабија карика. Здравље није самостална, независна, одвојена целина која сама себе носи и коју ствара здравствена служба, већ је део развоја заједнице и друштва у целини у којој здравствена служба има велики значај.

Примарна здравствена заштита укључује:

- здравствено васпитање становништва о свим проблемима који преовлађују и о методама за њихово спречавање и контролу,
- унапређење производње хране и здраве исхране,
- адекватно снабдевање здравом питком водом и основне санитације,
- заштита здравља мајке и деце и планирање породице,
- имунизација,
- спречавање и контрола локалних ендемских обољења,
- лечење најжешћих обољења и повреда,
- снабдевање свих битних лекова.

Примарна здравствена заштита остварује све видове здравствене заштите, као што су:

- унапређење здравља,
- спречавање обољења,
- рано откривање болести,
- брзо и ефикасно лечење,
- рехабилитација.

Она укључује поред здравственог сектора све секторе националног и локалног развоја који утичу на здравље народа као што су:

- заштита околине и средине живота и рада,
- производња пољопривреде, узгој стоке као и производња хране,
- индустрија – просвета, просвјећеност и култура,
- становање,
- јавни радови и запосленост,
- комуникације и сви други сектори који утичу на квалитет живота.

Примарна здравствена заштита подразумева активно и максимално укључивање и допринос *појединца и заједнице* као цјелине у планирању, организацији и контроли остваривања примарне здравствене заштите.

Примарна здравствена заштита користи, служи се и примењује резултате социјалних и биомедицинских истраживања као и искуства здравствене службе и јавног здравства уопште.

Примарна здравствена служба је први степен контакта појединца, породице и заједнице са здравственом службом, подразумева сталну сарадњу са развијеним службама чији су они функционални део. Она је део цјелине.

Све ово што смо рекли о примарној здравственој заштити, Свјетска здравствена организација је нашла у моделу организације здравствене службе у дому здравља у Иванјици шездесетих и почетком седамдесетих година, чији су аутори били др Божо и др Драга Спасовић и др Аца Николић са сарадницима.

Да бисмо коректно и стручно обрадили и сагледали процесе управљања за развој здравства, са посебним нагласком на „здравље за све“, потребно је, поред појма „здравље“ и право на здравље као и коректног тумачења примарне здравствене заштите као кључа за остваривање „здравља за све“, сагледати савремена гледишта о факторима који учествују у остваривању здравствене заштите и здравља. Процењено је да у просјеку у Европи 75% здравствене заштите остварује човјек и породица, 20-25% медицинска професија примарне здравствене заштите, а 5% други и трећи ниво, односно такозвана висока технологија. Према неким изворима и налазима висока технологија учествује само 1% у решавању комплексног питања унапређења и заштите здравља. Мислим да је јасно и убједљиво зашто ја сматрам и стално подвлачим да је породица „истурена рука дома здравља“ и зашто је породица огранак, део дома здравља, у ствари дом здравља.

Управљачки процес за развој здравства не може се, нити се одвија у вакууму, односно безваздушном простору, већ у друштвеном, политичком, економском, социјалном и здравственом систему. Здравствени систем није прост систем збира здравствених установа. Здравствени систем, како га савремена наука о здрављу разумије, састоји се од међузависних компонената живота и рада у кући, радном месту, школским установама, заједници, здравственим и осталим секторима развоја друштва који утичу на здравље човјека и породице. Систем, дакле, укључује цјелокупну инфраструктуру здравствених установа које спроводе здравствену заштиту појединцу, породици и заједници и који спроводи све нивое здравствене заштите, почев од унапређења здравља, спречавања обољења, раног откривање обољења, лечења и рехабилитације.

Систем мора обухватити цјело становништво са једнаким правима свих грађана и једнаком одговорношћу према свим члановима заједнице. Из овог произилази и основна политика и циљ остваривања „здравље за све“:

- здравље је основно право сваког човјека наше земље,
- здравствена заштита мора да обухвати све грађане наше земље и у том смислу мора да се спроводи и остварује адекватна дистрибуција средстава и кадрова,

- народ има право, дужност и обавезу да индивидуално и колективно учествује у планирању и спровођењу здравствене заштите и то је кључни фактор у стратегији здравља. „Здравље за све“ значи „сви за здравље“.

Процес руковођења зависи од више фактора. Он није увјек исти ни по обиму ни по квалитету. Процес руковођења породичног љекара знатно је другачији од процеса руковођења директора Дома здравља или друге здравствене установе а изразито другачији од процеса руковођења у Министарству здравља или здравственом центру. Разлике постоје и у процесу управљања и појединих установа или нивоима руковођења било по обиму, било по квалитету. Међутим, и поред свих разлика, због специфичног карактера процес руковођења има доста заједничког јер представља интегрални део здравственог система и целине у остваривању „Здравља за све“.

За остваривање „Здравља за све“ у сваком друштву неопходан је механизам који осигурава процес руковођења.

У већини земаља у свијету министарства здравља имају одговорност за дефинисање националне политике, формулисање здравствених програма, организацију, спровођење и контролу рада и остваривање стратегије „Здравља за све“.

Пошто је систем здравствене заштите интегрални део политичког, економског и социјалног система, Светска здравствена организација препоручила је да се на нивоу владе формира тјело – Комитет, Комисија и слично које ће разматрати стратегију система унапређења и заштите здравља, програме развоја здравствене службе и све програме развоја заједнице који директно и индиректно утичу на здравље народа и остваривање „здравља за све“ и која ће давати влади конкретна решења.

Будући да је здравље становништва под снажним утицајем политичких, економских, социјалних, културних, демографских и других фактора, Светска здравствена организација је препоручила да министарства здравља формирају здравствене савете који би били састављени од истакнутих представника свих ових поменутих сектора поред истакнутих стручњака јавног здравља.

У свим земљама постоје национални центри, институти за унапређење и развој здравствене заштите. Они прате, проучавају и истражују здравствено стање становништва, факторе који утичу на здравље, узроке и појаве разних обољења, предлажу и предузимају одговарајуће мере у циљу унапређења и заштите здравља народа. Они активно учествују у формулисању здравствене политике, дефинисању циљева и приоритета у остваривању „здравља за све“. То су по правилу заводи за народно здравље, здравствени центри и институти, а и домови здравља за своје подручје, у сарадњи са развијеним центрима.

Као општи закључак можемо рећи да је у савременој науци о руковођењу прихваћено да сви форуми који одлучују имају своје савјете, комитете или комисије састављене од представника јавног здравља из здравствене службе, уз представнике сектора који директно или индиректно утичу на остваривање „здравља за све“, односно, политичких, економских, културних, социјалних и других сектора.

И на крају, али по значењу врло важно, у формулисању здравствене политике и дефинисању циљева, плана и приоритета у остваривању „здравља за све“ sine qua non, неопходно је активно учешће, односно обавеза, дужности и одговорности регионалних, срески, општинских и мјесних нивоа и активно учешће грађана у планирању и остваривању „здравља за све“.

„Мисли глобално – остварују локално или размишљај глобално а ради конкретно.“

То је сада слоган Светске здравствене организације.

А једна латинска пословица каже: „Plus potest negare asimus quam probare philosopbus“, што значи: „Магарац може више да порекне, но што филозоф може да докаже“. Закључак, будимо опрезни кад год нешто радимо! И још једна латинска послови-

ца треба да се помене: „Quicbquid agis, prudenter agas et respicefimen!“, што значи: „Што год радиш, ради мудро и мисли на крај!“

Управљачки процес за развој здравства са посебним освртом на „здравље за све“ или процес управљања, односно, манагемент, састоји се од неколико битних делова који чине једну логичну цјелину:

1) Дијагноза, ситуације, односно свестрано сагледавање стања и проблема здравља и свих средстава за остваривање здравствене политике

Информације су и очи, и огледало, рендген и магнетна резонанца и зелено свјетло. Информације указују на стање, проблеме, правац акције, развој и резултате рада у току цјелог процеса. Информације треба знати сакупити и одабрати. Често се налазимо у дилеми о количини и тачности информација. Прави менаџери савјетују да је боље имати приближно одговарајуће информације у право вријеме, него прецизне информације сувише касно.

2) Формулисање здравствене политике и дефинисање циља и приоритета

Национална здравствена политика, стратегија и план рада чине непрекидни ланац и цјелину и нема оштрих линија између њих. Национална здравствена политика је скуп свих циљева за унапређење здравља, здравственог стања и здравствене ситуације, приоритета између постављених циљева и главни прваци за њихово остваривање.

Национална стратегија укључује све секторе који могу да допринесу остваривању циљева и приоритета. Национални план обухвата све секторе који могу да доприносе остваривању националне и здравствене политике, указује шта има да се уради, ко ће да уради, у ком времену и са којим средствима.

То је оквир рада који води детаљнијем програмирању, буџетирању, остваривању и евалуацији.

Овде ћемо навести неке циљеве у оквиру Националне здравствене политике (како их истиче Свјетска здравствена организација):

- Приступачност, са становишта географске удаљености, односно физичке могућности становништва да могу користити и остваривати све битне компоненте примарне здравствене заштите, укључујући и установе секундарног и терцијарног нивоа, односно установе које решавају оне проблеме које не могу да врше службе првог контакта.
- Систем финансирања здравствене заштите, тако да сви слојеви становништва имају могућност за остваривање ове заштите.
- Приступачност и стварне могућности појединих група-категорија становништва које су највише изложене ризику и које имају највеће потребе за здравственом заштитом, а то су:
  - мајке и дјеца,
  - запослене мајке,
  - школска дјеца,
  - радници,
  - старија лица,
  - и ма која друга лица изложена ризику.
- Приоритет, право првенства у додели здравствених средстава најнеразвијенијим подручјима.
- Унапређење околине, живота и рада становништва, односно решавање еколошких проблема, а нарочито обезбеђење здраве питке воде, одстрањивање отпадака, чист ваздух и слично.
- Унапређење становања и основне хигијене.
- Осигурање адекватне производње, исхране и здраве хране.
- Развој и остваривање средстава за здравствену политику (кадрови, установе, финансијска средства итд.).
- Одговарајући технологија.
- Мобилизација и учествовање становништва у планирању и развоју здравствене службе, унапређења здравља и здравстве-

не заштите; подизање колективне одговорности за унапређење и заштиту здравља породице и заједнице као целине.

Полазна тачка не мора да буде свугде иста, зависиће од могућности потреба, али циљеви су исти – „здравље за све“.

3) Програмирање

Послије формулације здравствене политике и дефинисања циља и приоритета долази до разраде и презентирања поступка остваривања здравствене политике на разним степенима планирања и јасно постављених циљева и где год је могуће утврђивање времена, рока остваривања тих циљева. Ова разрада почиње са поновним разматрањем и проучавањем информација о здравственом стању, што ће помоћи да се утврде здравствени проблеми као и други проблеми и фактори који утичу на здравље. Ови проблеми неће бити свугде исти, па консеквентно томе неће свугде бити исти ни приоритети, али све мора бити засновано на чињеницама и доказима. У складу са тим треба да буду адекватно распоређена и средства за поједине компоненте и унутар њих за поједине програме.

4) Буџетирање програма

Утврђивање програма према приоритету тражи исто тако приоритет у додељивању финансијских средстава. Овај процес у ствари почиње са формулацијом здравствене политике посебно у процесу програмирања.

Програми се утврђују према циљевима, а буџетирање према програмима.

5) Генерални, главни план акције

Послије разраде и утврђивања програма за остваривање здравствене политике и делегирања адекватних средстава доноси се генерални, глобални план који садржи детаље свих специфичних планова који чине цјелину укључујући и програм буџетирања финансијских средстава, из којих се види акција, њен главни правац, стратегија која следује како на сектору здравља, тако и осталим секторима који се укључују у план и програм.

Овај генерални, главни план, између осталог, мора специфицирати следеће:

- Националну здравствену политику и циљеве који ће се остварити као и време за њихово остваривање.
- Политичке, социјалне, економске и административне процесе, потребну технологију, укључујући потребне законодавне мјере као и друге мјере које изискује процес управљања.
- Приоритет здравствених проблема, изабрану стратегију да их реши, као и временски период за њихово решавање.
- Потребе кадрова.
- Потребна финансијска средства.
- Организацију и спровођење рада на остваривању програма

У процесу остваривања плана несумњиво да може да дође до потребе за инодификацију утврђених задатака, било због неких новоискрслих проблема општег развоја земље, било због настале здравствене ситуације и неких специфичних проблема.

Овај план се сматра као најзначајнији за стратегију у остваривању „здравља за све“. То је „Библија“ за развој здравства.

6) Детаљно програмирање

Детаљно програмирање је следећа фаза. То је претварање стратегије у акцију, спецификација циљева и вријеме њихових остварења, као и спецификација технологије, кадрова, инфраструктуре, финансијских средстава и времена за њихово извршење итд. То значи корак даље – од општег у конкретно. За сваки програм мора бити именован одговорни руководилац, менаџер, а некад, зависно од програма, морају бити именовани менаџери за поједине делове програма. Ови руководиоци по правилу морају да до краја воде, односно да до краја руководе програмом и управљају установом.

Програм мора бити разрађен на свим нивоима, односно шта, ко и кад мора да ради, која и колика средства, методи остваривања, укључујући приоритет и одговорности сваког члана.

7) Остваривање програма

Спровођење и остваривање плана значи претварање детаљног програма у акцију и оперативно извршење као интегралног дела здравственог система. Свакодневно руковођење програмима, службама и институцијама које спроводе оперативни план и стално праћење активности ради обезбеђења да се оне спроведу како је планирано.

8) Евалуација

Евалуација је анализа остваривања здравствене политике, здравствене стратегије, планова и програма „здравље за све“. Она треба да да одговор на:

- однос између жељеног и оствареног у спровођењу програма (effectivness) и
- однос између додељених средстава и остварених резултата (efficiency).

Евалуација мора бити заснована на објективним чиниоцима. Уношење личног, субјективног умјесто објективног у процени резултата рада и остваривања програма у супротности је са лекарском етиком и савременим, на научним принципима постављеним, руковођењем.

Евалуација треба да да објективни одговор на неколико питања:

1. Да ли програм има највиши или врло значајан приоритет?
2. Да ли су циљеви програма били јасно дефинисани и да ли тако да се беспрекорно могу уочити квалитативне промене, односно да су те промене мерљиве и уочљиве?
3. Да ли су утврђени планови и одређена буџетска средства била адекватна за остваривање циљева?
4. Да ли су методи који су примењени могли бити остварљиви у дотичној заједници или су били тешко применљиви?
5. Има ли нека друга алтернатива која је приступачнија и остварљивија у дотичној заједници?
6. Да ли је заједница сагласна са предложеним мјерама и да ли су те мјере прихватљиве?
7. Да ли је заједница сагласна са оним што је постигнуто?

И на крају поново да истакнемо оно што је у почетку речено, какав је однос између жељеног и оствареног и какав је однос између додељених средстава и остварених резултата, као и да ли је уопште постигнута служба адекватна потребама народа?

Евалуација је провјера и нашег знања и нашег рада.

9) Репрограмирање

Ако се евалуацијом утврди било да програми нијесу прихваћени од народа, било да нијесу постигнути резултати адекватни потребама, или да су се појавиле поједине потребе за већим приоритетом које нијесу биле предвиђене, обавезно мора да дође до промена у плану, односно до репрограмирања.

Треба напоменути да у пракси може да се почне од сваког од поменутих процеса, ако је то потребно и у складу са општом политиком. Не мора се увијек почети од почетка, а ствар је руководиоца да у том процесу оствари склад у одвијању процеса.

Процес управљања који смо изнели је систематски, стални процес планирања и програмирања, формулисања политике и дефинисања и утврђивања приоритета. Он обухвата припрему и обраду програма са њиховим приоритетима и првенство у алокацији буџета као и интеграцију програма у један свеобухватан здравствени систем као и стални надзор и евалуацију, а ако треба и репрограмирање.

Процес руковођења, ако га спроводи онај који зна, и који зна да зна, биће и демистификован и симплифициран.

Знање за руководиоце, односно менаџере стиче се сталним праћењем науке, анализом својих и туђих искустава. Боље је изучавати

успехе а и грешке других него се учити само на сопственим грешкама. Организација, координација, кооперација, колаборација, интеграција, планирање, усмјеравање, надзор, евалуација делови су процеса руковођења. Руководилац и менаџер мора:

- да зна проблеме и задатке сектора којим руководи,
- да брзо уочава и брзо реагује,
- да је стваралац идеја и иницијатор,
- да може да мотивише, мобилише и покрене,
- да је пожртвован, ревностан, одан, интелектуално и срцем везан за проблем,
- да је поштен и свестан одговорности свога задатка,
- да зна и да може комуницирати са сарадницима,
- да зна и може да слуша и саслуша друге,
- да је флексибилан ако треба, да није тврдоглав, али и да је упоран борац за истину и да није опортуниста,
- да зна да демонстрира, представи и покреће нове задатке,
- да је стратег и организатор,
- да зна да врши контролу и евалуацију и изнад свега да је лично поштен и прихваћен од сарадника и заједнице.

Руковођење тражи знање, искуство и умјеће да читав оркестар хармонично ради и да су сви чланови оркестра мотивисани за продуктивни, стваралачки рад.

Човек који уклања брдо почне са склањањем једног једиког камена.

Стручни и научни радови

Шта је успешан менаџмент?

Т. Ивовић[1]

Шта је менаџмент?

Менаџмент је мултидисциплинарна вештина која третира техноекономске категорије и резултате у контексту међуљудских односа и може се дефинисати као процес управљања и руковођења организацијом. Антропологија, социологија, психологија, техничке науке, па чак и ратна вештина чине њене основне саставне делове.

У Југославији се често економија и менаџмент поистовећују. Међутим, економија је део менаџмента, као што је менаџмент део економије у виду примењене микроекономије.

Менаџмент је специфичан орган институције, пословног предузећа или непрофитне установе. Да би институција функционисала и менаџмент мора да функционише. Менаџмент одређује и функцију и људе који је спроводе; представља друштвени положај и место, односно дисциплину и подручје проучавања.

Менаџмент је друштвена функција, условљена културом и подложна вредностима традиција и навикама друштва.

Менаџмент утврђује циљеве, даје правце, задатке, организује и усмерава ресурсе према највећим резултатима; организује рад, води радника ка продуктивности и резултатима; те је одговоран за стварање резултата организације.

Вештина менаџмента јавила се још пре неколико хиљада година. Стари Египћани су при изградњи великих пирамида примењивали функције менаџмента, као што су планирање, организација и контрола. Александар Велики је имао развијену штапску организацију ради планирања и координације активности у току својих војних кампања. У Римском царству се развила организациона структура која је значајно олакшала комуникацију и контролу.[1]

Сократ је заговарао праксу и концепте менаџмента још 400. пре нове ере, Платон је описао специјализацију рада 350. пре нове ере, а Алфараби је указао на неколико особина лидерства још 900. године.

Менаџмент у привреди, међутим, није сматран озбиљним подручјем изучавања неколико следећих векова. Један разлог за непридавање значаја тој области је тај да је прва дисциплина посвећена трговини била економија. Економисти, међутим, углавном су сматрали да је привређивање a priori ефикасно, те су своју пажњу концентрисали на националне економске политике и друге неменаџерске аспекте привређивања.

Друго, све до краја XIX века постојао је само мали број великих организација. Породичном бизнису, доминантном облику организације до XX века, циљ није био раст или ширење, већ само опстанак. Било је довољно произвести и продати за своју егзистенцију. Треће, још из времена пре нове ере, нагласак није био на ефикасности. Организације у Римском царству, на пример, углавном су биле државне, са неограниченим правима на опорезивање и малом одговорношћу за неуспехе и промашаје.[2]

Изучавање менаџмента као дисциплине није ни почело да се развија пре XIX века, а нарочито се развило у време Другог светског рата. Америчка производња у току ра-

* Рад изложен на I Едукационом семинару „Менаџмент у здрављу“, април–јуни, 1991, Београд

[1] Проф. др сц. Томо Ивовић, професор, Институт за интернационални менаџмент, Београд.

та посебно је скренула пажњу на менаџмент и на веровање у менаџмент као вештину.

Успех Маршаловог плана створио је од менаџмента својеврстан хит. Касније Јапанци користе менаџмент као централну снагу и пресудан фактор у обнови јапанске привреде.

Убрзо се менаџмент почео ширити по целом свету: Латинској Америци, Индији, северноисточној Азији.

Период 1920–1970. године је „Ера менаџмента“, период када се у светској привреди производе масовни производи на један веома ефикасан начин, врши стандардизација. У том периоду створене су традиционалне индустрије. У то време владе су сарађивале са великим индустријским компанијама да би се сузбила конкуренција и тако стабилизовала потражња. Међутим, улога државне „сарадње“ пре би се могла окарактерисати као немешање у привреду. Менаџмент је постао аутократичан, обезбеђујући већу ефикасност за рутинске задатке на производној траци и резултирајући у организационој ригидности и радничкој алијенацији. Међутим, нижи трошкови масовне производње у многим земљама у развоју привели су овај период крају почетком 1970-тих година.

Крајем 1960-тих и почетком 1970-тих година појавила се потреба за новим знањима, посебно у области продуктивности, организационог дизајна, структуре компаније и управљања кадровима.

Убрзо је покретач америчке привреде постала производња специјализованих производа у мањим количинама, коришћење најновије технологије, што захтева стручну радну снагу и организацију рада која може брзо и једноставно да се адаптира на промене.[3]

Менаџмент је процес планирања и одлучивања, организовања, руковођења и контроле људских, финансијских, физичких и информационих ресурса организације ради остварења њених циљева на ефикасан* и ефективан** начин.

Ефикасан систем менаџмента претпоставља јасну поделу рада, компетентност у доношењу одлука, стручност и ауторитет руководиоца, квалитетне информације, одговарајућу комуникацију између субјеката и координацију активности. Ефикасност рада менаџера зависи и од система мотивације и надграђивања његове успешности.

Планирање одређује циљ предузећа*** и најбољи начин за његово остварење. Одлучивање, као део планирања, одређује правац кретања из скупа различитих алтернатива. Планирање и одлучивање помажу у одржавању управљачке афективности у будућим активностима.

Одређивање циљева и стратегије предузећа

Циљ је крајње стање које организација (предузеће) жели да оствари, односно где предузеће жели да буде у разним временским тренуцима у будућности. Он мора бити кратак, јасан и прецизан, омеђен временским границама, оптималан и квантификован. Циљ треба да је реалан и остварив. Предузеће може имати више циљева, због чега их је тада неопходно све координирати тако да усмеравају предузеће у истом правцу. Неопходан је високи степен прихватања и обавезивања спровођења циља свих руководилаца, те их због тога треба мотивисати да развијају такве активности које одговарају циљу.

Код постављања циља битно је сагледати пет основних питања пословне политике: 1) приступ пословању (раст, стабилност и опстанак предузећа), 2) производни асортиман производа и услуга, 3) учешће и раст на тржишту, 4) алокација ресурса и анализа ризи-

* Ефикасност подразумева обављање пословних активности на један систематски рационалан и рентабилан начин.

** Ефективност подразумева обављање „правих ствари“.

*** Циљеви предузећа обично су максимизирање профита, повећање обима продаје, или одржавање постојећих и освајање нових тржишта.

ка и 5) друштвена одговорност. Стога је потребно створити одговарајући систем награђивања за остварење циљева, тако да су они конзистентни по хоризонтали и вертикали у организационој структури предузећа.

Након утврђивања циљева главни руководиоци предузећа треба да развију стратешке планове за њихово остваривање.

Стратешко планирање одређује садржај и имплементацију оперативних планова. Док су стратегије углавном уопштене и дугорочне, оперативни планови су конкретнији и краткорочнији.

Алтернативно планирање је развој алтернативних праваца деловања уколико је намеравани план изненадно поремећен или неодговарајући услед дејства екстерних фактора.

Задатак менаџера је да примени основна менаџмент знања на посебне ситуације, тако да може ефикасно управљати делом компаније.

Организовањем се врши координација активности и ресурса. Основне елементе организације чине подела рада и специјализација, подела на пословне функције и службе, односи ауторитета, домети контроле и концепти извршења радних задатака. Сви ови елементи заједно стварају целовиту организациону структуру.

Руковођење је скуп процеса који се користи да би чланови предузећа заједно организовано радили на унапређењу интереса предузећа. Руковођење укључује лидерство, мотивацију, комуникацију и координацију.

Са спровођењем пословне активности предузећа у остварењу свог циља руководиоци односно менаџери морају да непрекидно контролишу и оцењују афективност и ефикасност кретања предузећа.

На стварање ефикасне организације највећи утицај имају менаџери, и то кроз остварење циљева, резултата, доношење плана и стратегије за његово остварење. Они треба да брзо и одлучно реагују на промене у окружењу и извршавају постављене задатке доношењем правовремених и правилних одлука.

Мотивисаност запослених треба да буде једна од основних брига и задатака руководилаца. Појединци треба да буду тако мотивисани да дају свој максимални допринос у остварењу одређених циљева организације који ће уједно задовољити и појединачне потребе.

Комуникација и координација укључују сарадњу са надређеним, подређеним, колегама и другим сарадницима ван организације. Менаџерима су потребне информације приликом доношења одлука и њиховог достављања другима. Комуникација је неопходна у прикупљању и у даљој дистрибуцији информација, а такође и у анализи окружења. Делегирање извршења одлука, координација у спровођењу одлука, организационе промене и слично такође захтевају информисање и комуникацију. Комуникација је неопходна и при креирању стандарда рада, контроле резултата и у спровођењу корективних акција.

Структура и нивои менаџмента

У многим већим организацијама на Западу постоје три основна дела организационе структуре.

Централно место у организацији држи врховни менаџмент састављен од менаџера највишег ранга: председника, односно CEO (Chief Executive Officer – генералног директора компаније), његовог заменика и помоћника, директора и саветника. Они се потпуно посвећују менаџменту. Организација је хијерархијски постављена, тако да у интерним односима у компанији они имају стварно врховну позицију. У екстерним односима, такође, врховни менаџмент контактира с државним органима, одржава пословне везе с банкама, крупним добављачима и значајним купцима, односно главним комитентима.

Паралелно с врховним менаџментом, у ствари као њен део, постоји и одбор директора односно извршни одбор. У њему су сви главни менаџери, који су потпуно ангажовани у компанији, а и чланови бар формално именовани од акционара, али предложени од стране врховног менаџмента. Ови именовани чланови одбора директора обично су експерти уже струке (научници, инжењери, правници, еконо-

мисти) који су делимично ангажовани, добијају велике хонораре, али имају и велику одговорност јер нису обични саветници већ учествују у одлучивању. Одбор директора доноси циљеве и стратегију пословања предузећа.

Председник компаније треба да буде најважнија и најутицајнија личност у креирању циља и стратегије предузећа, те је истовремено и најодговорнији за спровођење стратегије.

С друге стране, одбор директора има непосредну улогу у остварењу циља и спровођењу стратегије и плана пословања. Одбор треба редовно да обавештава председника организације о извршењу постављених циљева и стратегије. Чланови одбора могу се распоредити на разне друге задатке и специфичне пројекте или решавање проблема који могу настати на нивоу предузећа као целине, те им се тако поверава и већа одговорност за обављање ванредних обавеза.

У ствари, најзначајније одлуке о пословању компаније доносе се на релацији врховни менаџмент – одбор директора. Између врховног менаџмента и одбора директора нема конфронтације, јер они чине једну целину.

Главни менаџери великих корпорација имају овлашћења и привилегије често веће од министара, јер имају већи утицај на свакодневни живот радника и грађана од државних функционера. Врхунски менаџери имају посебан статус и положај, јер ипак су они ти који одржавају и покрећу компанију, они остварују или, пак, не остварују добит компаније и непосредно утичу на висину плата свих запослених. Због тога су водећи менаџери и добро плаћени.*

Главни менаџери доносе циљеве, одређују стратегију и пословну политику предузећа, те званично представљају фирму у окружењу.

Све одлуке преносе се од врховног на средњи менаџмент, који се састоји од директора сектора, одељења и слично. Овде се одлуке разрађују до детаља, па се примењују у производним и услужним јединицама, у истраживачким службама, и другим организационим јединицама. Број ових јединица зависи од величине и разгранатости корпорација. Неке су територијално удаљене, али раде према одлукама врховног менаџмента и одбора директора. Средњи ниво менаџера је одговоран за спровођење политике и планова које су донели главни менаџери, односно координирају и надзиру активност нижих, оперативних менаџера.

Нижи, оперативни менаџери координирају и надзиру активности непосредних извршилаца радних задатака.

Са напретком на хијерархијској лествици, менаџери се све више ослањају на интуицију, а много мање на теорију. На нижим нивоима посао је динамичан јер се захтева акција и брзе стручне анализе за обављање оперативних задатака.

Менаџер

Менаџер или професионални руководилац је особа чије су основне активности део менаџмент процеса, што значи да он планира и одлучује, води и контролише кадровске, финансијске, материјалне и информационе ресурсе.

Менаџер је истовремено руководилац, предузетник, иницијатор промена, онај ко решава проблеме, алоцира ресурсе, преговара изван предузећа као представник своје организације. Услед комплексности и сложености послова, менаџеру се допушта самосталност и флексибилност у обављању посла, али, наравно, од њега се захтева и већа лична одговорност која из тога произилази.

Компетентност и способност се стичу образовањем за посао менаџера (углавном кроз „школе за менаџере“, односно пословне школе) и непосредним искуством на радном месту. Касније, у компанији, интерни програми обуке треба да оспособе менаџере

* У САД, на пример, сматра се да свако вреди онолико колико је плаћен.

да доприносе ефикасном и рентабилном пословању предузећа.

Менаџмент је независан од власништва, положаја или моћи. Менаџмент је професионалан, то је функција, дисциплина и задатак који треба урадити, а менаџери су професионалци који менаџмент спроводе у праксу.[4]

Већина менаџера на Западу су истовремено и акционари, али је њихова главна функција управљање и руковођење. Поред дивиденди они примају и веома високе плате и бонусе, аналогно предузимачкој добити. Они доприносе одржавању функционисања капитала, као и читавог привредног система. Обављајући своје функције они су истовремено и у спрези и у ривалству са државном бирократијом.

Раздвајање функције власништва, чији су носиоци акционари, и функције управљања, коју обављају менаџери, није формална већ суштинска појава, која је започета у време монополистичког капитализма, а данас у савременом капитализму XIX века, све више добија на значају.

Док је раније постојао сукоб само између капиталиста и радника, данас се јавља и сукоб интереса у самој компанији унутар слоја капиталиста. Акционари су заинтересовани за раст вредности акција на берзи, односно за дивиденде, а менаџери пре свега за профит компаније, где и долази до колизије интереса. Остварење профита доказује способност менаџера, и омогућује повећавање њихових плата. Менаџери су власници мањег броја акција, па да би сачували основни капитал компаније од евентуалне распродаје на берзама, треба да чине компромисе и задовољавају интересе акционара, што се у пракси, пак, често не дешава. Акционари углавном имају дугорочан интерес у расту берзанских цена акција, док менаџери имају краткорочан интерес исказивања својих способности и умешности у менаџменту кроз кварталне и годишње извештаје пословања.

Теорија је веома важна за менаџере обзиром да обезбеђује систематски оквир за акцију. Она је путоказ који служи као водич ка остваривању циљева организације. Менаџмент теорија, преточена у праксу, служи као оружје младим и способним појединцима да руше баријере привилегија и класних структура. Постоји више различитих теорија које се односе на менаџмент процес, али још увек не постоји јединствена општа теорија менаџмента.[5]

Менаџмент обухвата способност руководиоца предузећа да организују кадрове, сировине, капитална добра и друге ресурсе у стварање задовољавајућег протока роба, услуга и добити. Ефикасан менаџмент сагледава и искоришћава нове могућности, обавља правовремена прилагођавања у производњи као одговор на промене на тржишту у потрази за новим производима обезбеђује лојалне потрошаче квалитетом, услугом и/или ценом својих производа.

Менаџери су углавном ангажовани у следећим функционалним областима: маркетингу, рачуноводству, финансијама, информатици, производњи, истраживању и развоју, кадровским и административним пословима.

Које квалитете треба да поседује добар руководилац односно менаџер? Не постоји јединствено правило за утврђивање успеха менаџмента, као што не постоји особина или комбинација особина код појединца који обезбеђују успех.

Међутим, ипак би успешан руководилац требало да има следеће особине: интелигенцију, иницијативу, енергичност, емоцијалну зрелост, моћ убеђивања, комуникациону способност, сигурност у себе, способност перцепције и креативност.[6] Други аутори сматрају да менаџер треба да буде добар вођа људи, да је аналитичан, вредан, да може да брзо доноси одлуке и да је способан да завршава посао.[7]

Посебна врста менталитета је присутна код добрих менаџера. Константна спремност за нове прилике захтева од менаџера да стално истражују нове могућности и „осећају“ конкуренцију и разна ограничења унутар и ван предузећа. Посебно је важна присебност и оптимизам у свакој ситуацији, који се одражава и на сараднике.

Добар менаџер је пре свега енергичан и виспрен предузетник, који изналази и креира нове прилике за уносне економске трансакције.

Предузетништво је способност за иновације, улагање и освајање нових тржишта, производа и техника. Преузима се ризик и инвестира у нешто ново или ствара нове производе, тржишта или технологије.

Успешни предузетници имају инстинкт за повољном приликом, осећај за време, спремни су за тежак рад и имају визионарске способности.[8]

Поред личне предузимљивости, за успешне руководиоце нужно је познавање пословних процеса, тржишта и окружења. За успешно привређивање потребно је самостално и одговорно доносити одлуке, спремно улазити у пословни ризик, снажна воља и визија будућности. Успешни менаџери окружују се способним стручњацима, енергични су, агресивни, али и спремни на сарадњу; пуни су ентузијазма, али и зрели у доношењу пословних одлука. Данас је све значајније да је успешан менаџер и глобално односно међународно усмерен.[9]

Не само што је тешко утврдити које су од ових особина менаџера кључне за успех предузећа, него је посебно тешко установити да ли ти исти руководиоци имају те особине.

Вредновање менаџера треба да се обавља у једном континуитету. Обзиром да Одбор директора одлучује о наименовању и награђивању водећих менаџера, који затим одлучују о својим подређенима по једној хијерархијској лествици, тај исти га и оцењује и адекватно награђује или санкционише. Основни параметри за такав поступак оцењивања требало би да буду пре свега:

- финансијски резултати (који могу, а због објективних околности и не морају, бити везани за способност и знање руководиоца),
- знање и искуство,
- организационе способности и лидерство и
- контакти са јавношћу чији су ефекти значајнији за пословање предузећа.

Објективне уредности и менаџмента

Тешко је утврдити квалитет менаџмента на основу наведених особина (сем, можда, финансијских параметра)* већ треба већи значај дати објективном скупу вредности. Потребан је бољи доказ доброг менаџмента.

Прво је потребно сазнати нешто више о менаџерима. Ко су они, које искуство имају, какво је њихово образовање, какав је њихов карактер, како се опходе према људима?

Колико су стари, како су напредовали у предузећу, који је њихов садашњи положај, те какве су њихове активности у стручним, друштвеним и политичким организацијама. Ове информације ће дати важне индикаторе о интелигенцији и пословној способности менаџера.

Потребно је посматрати конкурентну позицију предузећа, његов развој, расходе, профит, продуктивност, финансирање и примену нових пословних знања и вештина као критеријума способности менаџмента. Дотадашње резултате предузећа треба користити у процени вредности менаџмента. Наравно, овде се узима у обзир и његова кадровска стабилност.

Стратешко планирање

То је континуирани процес систематичног доношења одлука са највећом могућом извесношћу о њиховој будућности, које систематски организује неопходна средства и кадрове ради њиховог спровођења, и мерење резултата тих одлука према очекивањима кроз организовану систематичну контролу.

Стратегија се може дефинисати као намере или циљеви, односно кључне политике и

* И они, међутим, могу да наведу различите оцене, у зависности од временског периода посматрања. Док су у САД краткорочни квартални резултати одлучујући за процењивање успешности менаџера, у многим европским и азијским земљама дугорочни резултати имају превагу.

планови за остварење ових циљева, формулисано на такав начин да дефинишу основну делатност пословања предузећа и врсту предузећа.

Као један доказ доброг менаџмента могу да послуже и позитивни одговори на следећа питања:

1) Да ли је стратегија јасно исказана речима или праксом?
2) Да ли стратегија у потпуности искоришћава све могућности предузећа у датом окружењу данас и сутра?
3) Да ли су кључни услови за остварење стратегије и програм кључних политика од којих се она састоји интерно конзистентни?
4) Да ли је изабрани ниво ризика остварљив у финансијском, материјалном и кадровском погледу?
5) Да ли стратегија одговара личним вредностима и жељама кључних менаџера?
6) Да ли стратегија на одговарајући начин омогућује задовољавање потреба друштва?
7) Да ли стратегија пружа јасну мотивацију за радно залагање и лојалност запослених у предузећу?
8) Да ли постоје рани индикатори реаговања стратегије на тржишна кретања?[10]

Један од битних начина оцене успешног менаџмента јесте процена конкурентне позиције предузећа на тржишту. Уколико менаџмент остварује већи обим продаје и већи добит од других предузећа у индустријској грани може се закључити да је успешан. Наравно, треба узети и друге критеријуме уколико је циљ предузећа стабилност и редовност прихода, као на пример код комуналних предузећа: тада је довољно одржавати релативни положај на тржишту.

Способност развоја предузећа и начин њеног остваривања

Успешни менаџери треба да затварају непрофитоносне производне линије, а отварају перспективне, да се удружују са перспективним предузећима, повезују са кључним купцима и снабдевачима.

Једна значајна функција менаџмента је и одржавање трошкова и профитних стопа, што је релативно за предузеће, индустријску грану, те се временом може и мењати. Међутим, уколико предузеће може да смањи своје трошкове пословања и одржи или повећа профитну стопу у време када профит пада у конкурентним предузећима, то је значајан доказ успешног менаџмента.

Међутим, смањење трошкова не може се увек сматрати предношћу, обзиром на неопходна улагања у истраживање и развој нових производа ради остварења дугорочне добити.

Предузеће које је способно да повећа продуктивност и буде ефикасно, добро послује. Ово је посебно важно када је руководство успешније од својих конкурената.

Менаџмент мора да финансира производњу и продају својих производа. Начин на који оно то остварује директно одражава његову успешност. Предузеће које остварује довољну профитну стопу, задржава довољно профита у предузећу, одржава одговарајуће односе са банкама и обезбеђује финансијска средства када су потребна, може се сматрати предузећем које добро послује.

Наравно, способност предузећа да обезбеде одговарајућа средства зависи од карактеристика сваке индустријске гране и начина финансирања.[11]

Примена савремених менаџмент знања је битан индикатор успешног менаџмента, јер руководиоци који стално прате збивања у науци и пракси имају добрих изгледа да успешно воде своја предузећа.[12]

За успешно руковођење предузећем битно је сагледати и дејство неколико додатних фактора:

- У време инвенција и иновација за опстанак сваког предузећа на тржишту битно је сагледати његово улагање у истраживање и развој нових производа и технологија.
- Повремено је потребно информисати руководиоце о новим кретањима на тржиштима, о новим знањима у маркетингу, финансијама и менаџменту у земљи и у свету, ради стварања боље информисаног, боље обученог и савременог руководиоца.

Литература

1. *Michael J. Gent, "Theory X in Antiquituy, of the Bureaucratization of the Roman Army, Business Horizons, January-February, 1984, cīūp. 52-56.*
2. *Ricky W. Griffin, Management, Boston: Houghton Mifflin Company, 1987, str. 38-39.*
3. *Peter F. Griffin, Management. Tasks, Responsibilities, Practices. New York: Harper & Row, 1973, str. 11-16.*
4. *P.F. Drucker, op. cit., str. 392-402..*
5. *W. Griffin, op. cit., str. 36-37*
6. *George R. Terry, Principles of Management, Homewood, 111.: Irwin, 1972, str. 471-476.*
7. *Harold Koontz i Czril O' Donnell, Principles of Management: An Analzisis of Managerial Functions, New York: McGraw-Hill, str. 455-459.*
8. *P.F. Drucker, op. cit., str. 392-402..*
9. *Lyman W. Porter and Lawrence E. McKibbin, Management Education and Development: Drift or Thrust Into The 21 st Century?, New York: McGraw Hill Book Co., 1988, str. 76.*
10. *C.R. Christensen et al, op. cit., str. 114-117.*
11 *Frederick Amaling, Investmenst. An Introduction to Analysis and Management, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 416-420.*
12. *"Business Fads: What's in-and out", Business Week, Januaru 20, 1986, str. 52-56..*

Стручни и научни радови

Како успешно руководити?
Психологија руковођења

И. Штајнберг[1]

Менаџмент и руковођење

Пишући о јапанском менаџменту И. Петровић (1990.) је навела интересантан цитат из Ентони Џеја као поуку за менаџмент. Ентони Џој је опазио да је Римска империја била тако велика и да је тако дуго опстала зато што, парадоксално, није било железнице, аутомобила, авиона, радија, новина и телефона. Због тога није било никакве илузије о директној контроли над генералима и провинцијским намесницима. Нисте мислили ни крајичком мозга да ћете их звати или да ће вас они звати телефоном, или да ћете моћи да одлетите уколико настане нека гужва. Именовали сте намесника, видели сте како нестаје преко брда у облику прашине, и то је било то... Због тога није долазило у обзир да се именује човек који није потпуно обучен или сасвим погодан за тај посао пре него што је отишао. Зато сте га веома пажљиво бирали. Али, више од тога били сте сигурни да он зна све о Риму и римској управи, о римској војсци пре него што је отишао.

Са пар реченица покушаћемо да искажемо савремено схватање о менаџменту да би онда детаљније обрадили проблем руковођења и приказали различите теорије руковођења. Више теоријских поставки, супротних стајалишта, говоре о изузетно сложеном, провокативном а необично важном феномену.

Група, организација, се распада, функционисање је хаотично без адекватног руковођења. Узимајући у обзир више дефиниција појма менаџмент у нашем тексту можемо га описати као циклус који садржи планирање, извршење – испуњење задатака и контролу да би се остварио оптимални профит. Овај се појам први пут среће негде у 20-том веку заједно са појмом *организације* која представља рационално координирање активности низа људи у сврху постизање неких заједничких циљева, уз помоћ поделе рада и функција, а преко хијерархије ауторитета и одговорности.

Како се организација усложњавала, како се развијала техника и технологија било је неопходно спроводити систематско и организовано управљање тако компликованим механизмом. Ресурсе, материјал, људе, машине и технологију требало је оптимално искоришћавати у правцу ефикасног, продуктивног и квалитетног рада. Људе стављати у такве услове, физичке и социјалне, организовати такав однос човека и алата, машина, да он оптимално искоришћава своја знања, вештине, способности а све, опет, у циљу остварења оптималне радне ефикасности. Управљачке (менаџерске) активности су оне које продукују циљеве организације, на основу датих извора, људи, технике; елаборирају план за њихову реализацију, значи, циљеве претварају у активности, операције које се извршавају и контролишу опсеге и границе у оквиру којих се циљеви остварују. Тако, менаџмент се односи на

* Рад изложен на I Семинару „Менаџмент у здрављу“, Институт за социјалну медицину и ХЕ заштиту, КБЦ Звездара, Наставна база, Стоматолошки факултет у Београду, април–јуни 1991. године, Београд

[1] Проф. др Иван Штајнбергер, Филозофски факултет у Београду.

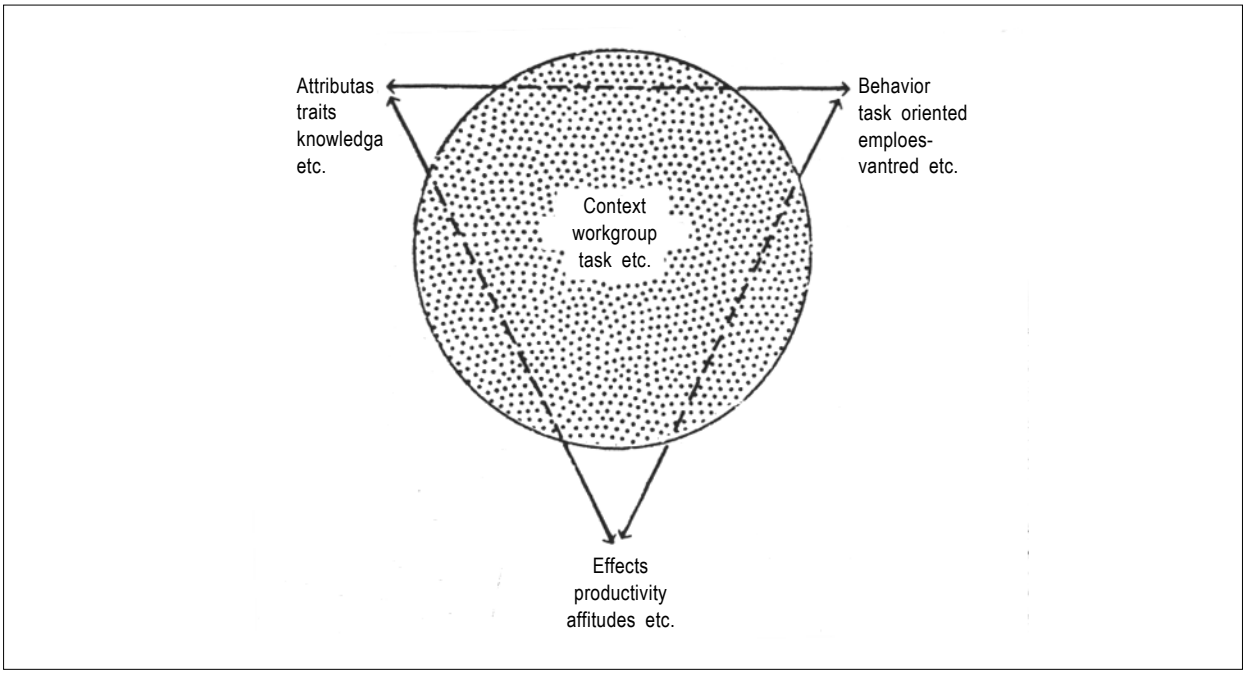
примену метода, стратегију и тактике управљања предузећем. Вештина избора и формулисања циљева, планирање активности и управљање процесима његове реализације, процена достигнутог нивоа реализације јесу предуслови успешног менаџмента. Описане активности које улазе у оквир менаџмента подразумевају основну карику у овом циклусу – основну покретачку енергију, регулатор, а то је руковођење.

Међуљудски односи и руковођење

Почевши од Тејлора (Taylor – scientific menagement) започиње озбиљније узимање у обзир човека и његове улоге унутар организације. Међутим, како неки кажу, сензационални обрт у схватању улоге човека у организацији наступа много касније, негде око 1930. године са чувеним Хоторн експериментима у Чикагу. Тек се, заправо, онда схватило да човек није само део система „човек-машина“ већ и део система „човек-људи“. Радна група, саставни део сваке организације, је битан услов понашања сваког појединца унутар ње. Тако да се говори о психолошкој радној групи у којој постоји међусобна интеракција чланова који су свесни један другога и који себе перципирају као групу. Хомогена група у којој су, по Sheinu, основни фактори формирања заједнички циљеви и интереси, јесте неупоредиво успешнија, ефикаснија, продуктивнија од нехомогене.

Откривањем фактора „међуљудских односа“ као фактора покретача човекове улоге унутар организације сматрало се да се „нашао пут за решење готово свих проблема организације који су у вези са људима и „људским фактором“ (Petz. 1987.).

Истражујући проблем „међуљудских односа“, истражујући групу као социјалну јединицу којој човек припада, не само на раду, научници су запазили да унутар сваке групе чланови имају одређене положаје и улоге које су за тај положај везане. Свака група има један, мање-више, устаљен систем међуљудских односа. У том систему једни чланови имају више, а други мање утицаја на опште понашање групе. Како ће се група по-



Слика 1. Интеракција између својства руководиоца, његовог понашања, контекста посла и групе и радног ефекта (S. Fineman, P. Warr)

нашати и какав ће успех у раду постићи – остварити зависи од тога какви су односи међу њеним члановима, тј. какви су контакти, сарадња и какав је утицај појединца или појединаца на понашање групе. То у ствари значи да понашање групе зависи од тога какав је утицај *руководиоца* и какав је начин *руковођења* групом.

Руковођење? – Руководилац?

Процес руковођења се дефинише као подстицање сарадника од стране руководиоца да се боре за одређене циљеве који репрезентују вредност и мотивацију – жеље, потребе, аспирације и очекивања и њега као руководиоца и сарадника.

Руковођење је важно за успех сваке групе активности. Међутим, природа и стил руковођења захтеван у једној ситуацији може да буде суштински различити од оног кога захтева друга ситуација (види ***слику 1***).

Традиционално схватање руковођења подразумевало је аутократско командовање које је значило издавање наредби потчињенима чија је лојалност почивала на харизми руководиоца. Раније генерације научника, како ћемо видети, утрошиле су много времена да истраже и идентификују она специфична својства личности која руководиоца разликују од подређених, сарадника. Ова оријентација, међутим, показала се крајње неоснованом пошто је полазила од концепта појединих изолованих личних особина и карактеристика, не подразумевајући руковођење као процес у коме се дешава интеракција више чинилаца како је то приказано на ***слици 1***. Посматрајући са ове друге, оправданије позиције, да бисмо могли да разумемо понашање руководиоца и да би могли да процењујемо његову ефикасност морамо узети у обзир лична својства руководиоца, ситуацију у којој руководилац дејствује и циљеве које жели да оствари. Ситуација, пак, може утицати преко економских или политичких фактора као *спољашњих фактора* или преко технологије, организационе културе, или аспирације сарадника као *интерних фактора*. Све то формулише облик понашања руководиоца одређујући његове ефекте, ефекте и снагу сарадника као и начин организовања посла.

Све ово указује да ефикасан руководилац мора да поседује низ својстава, особина и вештина од којих неке може и да научи да би их искористио и применио на техничке, политичке, културне и људске проблеме који дејствују или су присутни у предузећу. Руководиоцу је, такође, остављена могућност да повећа своју ефикасност бирајући групу сарадника, потчињених, чија својства би морала бити комплементарна његовим цртама и личним особинама, што би, онда, омогућавало добар заједнички рад као тима обављајући више потребних улога. Постоји низ примера и доказа ефикасног руководиоца који је брижљивим и добро одабраним тимом био способан да трансформише организацију постављајући нове циљеве и чинећи велике промене у интерном политичком систему, људским резервама и култури организације.

Сасвим је сигурно да је проблем руковођења, питање успешног руковођења једно од најзанимљивијих и највише истраживаних подручја у оквирима менаџмента и управљања организацијом. До сада смо дали само неке опште приступе и принципе, обрадили неке појмове и отворили одређена питања. Сада нам предстоји да на њих детаљније одговоримо.

Теорија руковођења

Најстарији и уједно најпознатији приступ, како је већ речено, проблему успешног руковођења јесте приступ који можемо назвати *теоријом великих људи* или *теоријом личности*. Сваки успешан руководилац мора имати одређен број неопходних личних својстава и особености без којих не може бити успешан руководилац. Та својства односе се на интелигенцију, неке друге способности и особине личности. Један од најпознатијих спискова неопходних особина сачинио Купер (Cooper), а садржавао је десет таквих својстава:

1. интелигенција
2. честитост
3. лојалност
4. непристрасност
5. одлучност
6. способност просуђивања
7. пријазност
8. стручно знање
9. способност кооперације.

Колико је нама познато до сада је сачињено двадесетак таквих листа у којима се садржи око 80 својстава, и што је интересантно, ретко у листама постоји слагање по питању појединих особина. Нешто опрезнији у овом приступу је Гизели (Ghiselli) који је утврђујући неопходан профил личности руководилаца сматрао да је тај профил одређен, с једне стране, карактеристикама личности руководиоца које су независне од ситуације, а с друге стране, захтевима које организација поставља руководиоцу а које су, углавном, заједничке за сва руководећа радна места. Ови захтеви, међутим, расту уколико је руководилац на вишој позицији у хијерархији. По Гизелију постављени захтеви одређују пет главних особина талентованог руководиоца. То су:

- *интелигенција:* генерална, вербална и симболичка;
- *иницијативa*: спремност за преузимање нових акција;
- *способност руковођења*: способност за усмеравање других;
- *самоуздање* и
- *добра самопроцена* свог стручног и социоекономског статуса.

Иако је Гизели много радикалнији од осталих аутора који су давали спискове потребних особина и својстава успешног руководиоца, сасвим је јасно да и овај приступ заговара генетичко и наследно устројство личности руководиоца. С позиције овог приступа треба бити „Born to be leader“ (рођен да би био руководилац). Обучавање за успешно руковођење са ове позиције значило би само развијање постојећих потенцијала. За оног ко их не поседује не вреди обука.

Критичари овог приступа наводе да је његова основа погрешна. Оно што представља неопходан услов да би се неко бавио неким послом не представља истовремено и фактор који му омогућује да у том послу буде успешан. Добар вид, услов да би се могао возити аутомобил, није гаранција да ће се бити добар и успешан возач. Могуће да би се непоседовање неких карактеристика са листе могло сматрати контраиндикацијом за рад на месту руководиоца, пошто поседовање није „никаква гаранција за успех у том послу“.

Други сличан приступ претходном може се назвати *теоријом стила руковођења* или теорија понашања руководиоца. Флајшман (Fleishman, 1953.) је направио опис могућих понашања руководилаца у различитим ситуацијама и посебном статистичком техничком – факторском анализом издвојио два фактора. Заправо, сви облици понашања сатурирала су два фактора, као два стила или облика понашања, две независне димензије руковођења. На основу понашања која су дефинисала једну димензију-фактор, аутор је први стил назвао *оријентација на људе*, а други, *смисао за организацију и планирање*. Први стил (Consideration) укључује понашања руководиоца која подразумевају међусобно поверење са сарадницима, извесну топлину у односима и пријатељски однос. Овај стил не подразумева фамилијарност у односима али значи укључивање сарадника у доношење одлука, бригу за њихове потребе, очекивања и охрабрење за двосмерну комуникацију. Користећи други стил руковођења (Structure) укључују се такви облици понашања којим се прецизно организују и дефинишу активности групе – сарадника као и односи између њих. Тако да руководилац дефинише улогу коју намењује појединцима, означава задатке, неопходну динамику у извршењу задатака и непрестано инсистира на продуктивности. Како су ове две димензије независне, руководилац може имати висок скор на обе димензије, низак на обе или, пак, висок на једној а низак на другој. Узимајући у обзир ова два стила руковођења аутори су ис-

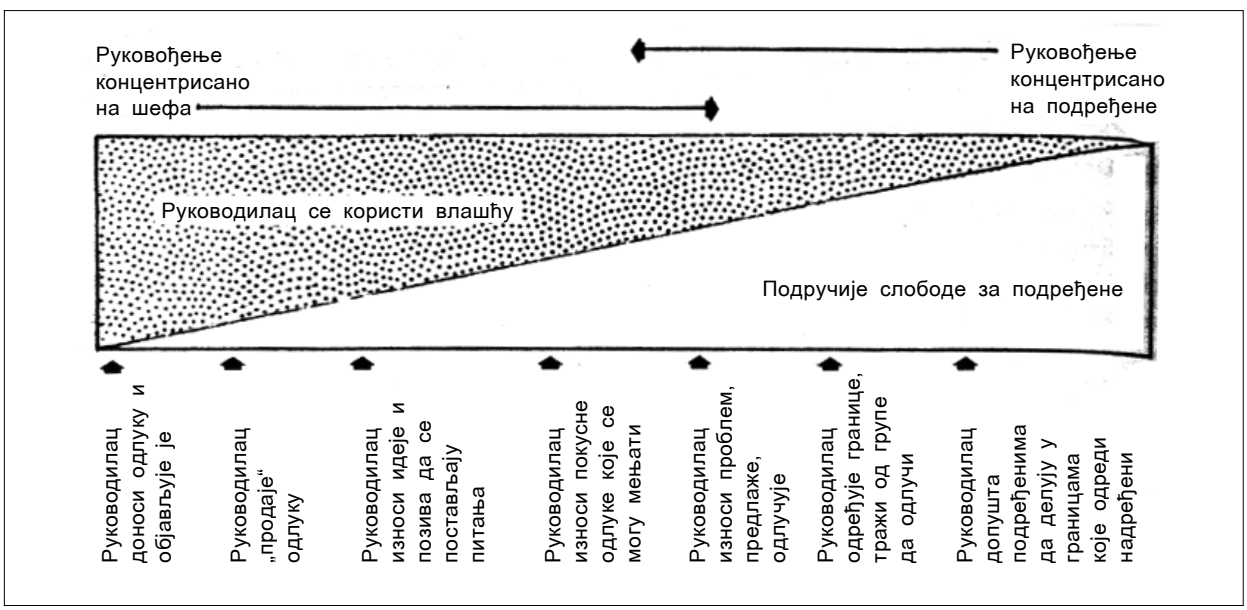
траживали који је од ових ефикаснији, који даје боље производне резултате. Показало се у израђеном растеру руковођења (решетки руковођења) да су најуспешнији они руководиоци који су високо оцењени како у бризи за људе тако и у концентрацији на производњу.

Ова поменута подела на стилове веома је блиска једном другом приступу који можемо подвести под *теорију типа руковођења*.

Стил заинтересованости за људе је, грубо узевши, близак демократском типу руковођења, а стил оријентисан на организацију и производњу, аутократском типу руковођења. То је, у ствари, класична и донекле превазиђена подела. Поготово је превазиђено схватање, настало из времена цветања покрета међуљудских односа, да је најкориснији и једино ваљан демократски тип руковођења. Савременији приступ добро илуструје писање Дејвиса (Davis 1972): „Руководилац мора бити оријентисан на човека, али он, такође, мора имати способност да каже „не“, када то ситуација тражи. Он не може бити успешан ако је преосетљив на људске проблеме“. Флајсман је, у каснијим радовима, и сам написао да је питање: Које је руковођење најефикасније? веома комплексно питање јер то зависи од жељеног нивоа ефикасности, постављених вредности од стране руководиоца, врсте посла и других ситуационих варијабили.

Таненбаум (Tannenbaum, 1967.) разматрајући проблем како одабрати тип руковођења полази од тога да распон његовог понашања може да буде (***слика 2***) од руковођења које је тотално концентрисано у шефу, до другог краја – руковођење концентрисаног у подређенима. На скали понашања са ова два екстрема налази се још шест облика форми, како је то приказано на ***слици 2***. Одлука о томе који ће се облик понашања користити зависи од: 1. фактора у руководиоцу (његовог система вредности, поверења у подређене, осећања сигурности у неизвесним ситуацијама итд.); 2. Фактора у подређенима-сарадницима (потреба за самосталношћу, спремни да прихвате одговорност, заинтересованост, идентификација са циљевима, знање и искуство итд.) и 3. Фактора у ситуацији (тип организације, ефикасност групе, проблем, притисак времена итд.).

На основу свега изложеног јасно је зашто Урис (Uris, 1967.) изјављује: „Не постоји најбоља већ најприкладнија метода руковођења“. Алат руководиоца, наставља исти аутор, су три основне методе: аутократско,



Слика 2. Распон понашања руководиоца.

демократско и либерално руковођење. Те три методе се међусобно не искључују. Нико не мора бирати да ли да буде аутократичан или – демократичан. Било би то као да се боксеру каже да удара само директима. У току меча он ће бирати најприкладнији ударац. Опис успешног директора, по Урису, изгледа овако:

- ОН се *консултује* са петорицом својих сарадника о специјалној наруџбини.
- ОН *наређује* својој секретарици да му поднесе извештај.
- ОН *предлаже* свом помоћнику одређене активности да би се несметано одвијала производња.

Од ранга и статуса који човек заузима зависи и начин опхођења према њему као што то зависи од типа личности, ситуације или проблема који треба решити или типа групе којој се обраћамо. Истовремено Урис даје примере како унапред изабран метод руковођења може да доведе до лошег понашања групе и лоше радне ефикасности због поремећаја у комуникацији или због варирања ставова и мотивације подређених.

Интересантан приступ у стратегији руковођења изнео је Цубербилер (Zuberbuer 1989.). Он је стратегију, тип и профил руковођења у руководиоца везивао за фазе животног циклуса предузећа. Фазе животног циклуса предузећа су: 1. фаза изградње; 2. фаза раста; 3. фаза диференцијације; 4. фаза консолидације и 5. фаза ликвидације. Сматрајући да су два процеса најбитнија за процес руковођења (процес одлучивања и ризиковање), дефинисао је поједине типове руковођења везане за поједине фазе животног циклуса предузећа (***слика 3***). На посебној ***табели 1***. дајемо основне карактеристике личности појединих типова руководилаца.

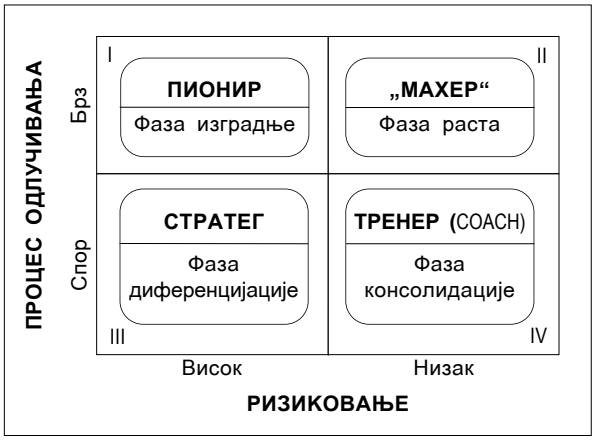
Најпримернији тип руководиоца у фази оснивања и изградње предузећа је, како се види, назван пионир. Он брзо одлучује и спреман је да ризикује. То је особа пуна идеја, активна, неочекивана, иницијатор, немирна итд. Нажалост, оваквих типова је мало а они су најзначајнији и најтраженији. Највише је, међутим, махера и тренера.

Табела 1. Особине појединих типова руководилаца

Предузетнички животни циклус	Посебне улоге предузетника	Особине
Фаза изградње	Пионир	Каризма Способност одушевљавања Визија Одлучност Способност ризиковања Иноватор Иницијатор
Фаза рада	Махер	Иницијатор Реализатор Способност уверавања Аналитика Одлучност Сврсисходност Радиност
Фаза диференцијације	Стратег	Креативни мислилац Систематик Делегат Способност ризиковања Машта Поглед у будућност Оријентација у будућност
Фаза консолидације	Тренер	Играч тима Комуникативан Интегратор Емоционалан Мотиватор Координатор Присташа human relationsa

За разлику од присталица теорија личности, заговорници теорија стила, типа и метода руковођења подразумевају да се већина карактеристика понашања може научити те веома инсистирају на систематском и ваљаном *обучавању* руководилаца.

Наравно, и теорија стила руковођења имала је своје критичаре. Они су, прво, по-



Слика 3. Специфични типови руководилаца.

стављали питање да ли су ефекти руковођења који се, на пример, приписују оријентацији на људе или смислу за организацију и планирање узрок или последица. Заправо, руководиоци могу бити оријентисани на производњу и планирање не због сопственог стила као таквог, већ због тога што је у том предузећу лоша продукција, радни ефекти. Чини се, ипак, да је стил понашања руководилаца више узрок него што је последица јер се често дешава да руководиоци који мењају групу којом руководе мењају и њену продуктивност а све у складу са својим стилом руковођења.

Међутим, једно је извесно *сви успешни руководиоци немају једнаке или сличне карактеристике*. Како каже Петз (Petz, 1987.): „Убрзо је наиме постало јасно да карактеристике које су као потребне установили представници теорије личности руководилаца, као и представници стила руковођења, вреде за она предузећа на којима су истраживања вршена, али уопште не морају вредети за друге ситуације, тј. за друга предузећа, за друге људе којима се руководи и за остале варијанте руководећих радних места“. Исти аутор, међутим, даље наставља да се према резултатима свих досадашњих истраживања чини да ипак постоје два до три заједничка или „генерална“ фактора, тј. такве карактеристике које су потребне свим руководиоцима на свим руководећим радним местима. То су, по Petzu:

1. *Жеља* (Мотивисаност) за руковођење
2. Способност „*концентрисаности на људе и њихове проблеме*“
3. Способност *расподеле одговорности међу члановима групе* и
4. *Сналажење* у различитим ситуацијама и проналажење ситуације адекватног начина реаговања.

Велики број истраживања је извршен да би се утврдило која својства личности руководилаца највише погодују сарадницима, да би се утврдило који је стил, тип или метода руковођења најефикаснија односно, који даје најбоље радне ефекте групе. Може се рећи да резултати нису били доследни и да нису чврсто говорили у прилог одређеног својства или стила, или типа у свим ситуацијама. Та истраживања, која нису могла да дају дефинитивну предност једног стила над другим, показала су да *стратегија успешног руковођења зависи од ситуације, врсте предузећа* и од људи *којима се руководи*. Најсавременији приступ у теорији руковођења зато јесу ситуационе теорије руковођења.

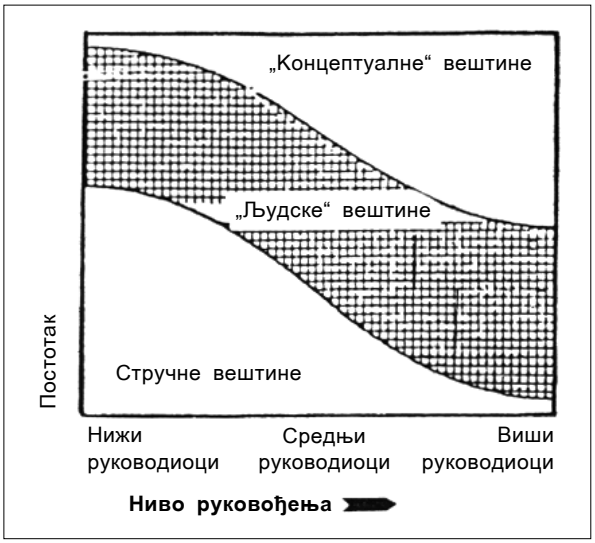
Пре свега, Дејвис (Davis, 1972.) напомиње да различити нивои руковођења захтевају другачију структуру особина, својстава или вештина руководиоца. Дејвис је издвојио три основне вештине потребне неком руководиоцу:

- *Стручне вештине* (познавање посла)
- *Људске вештине* (начин успешног поступања са људима)
- *Концептуалне вештине* (стваралачке и организационе вештине).

Такође је приказао како се с обзиром на ниво и сложеност руковођења њихов неопходан и захтеван ниво и удео мења (***слика 4***).

Код нижих руководилаца значајније су стручне од концептуалних вештина што је обрнуто код високих руководилаца. Људске вештине, међутим, на свим нивоима руковођења неопходне су у истој количини.

Двадесет година истраживања и размишљања било је потребно Фреду Фидлеру (Fiedler, 1967.) да формулише *прву ситуациону теорију руковођења* названу: тродимензио-



Слика 4. Удео три вештине с обзиром на нивоу руковођења.

нални контингенцијски модел успешности руковођења. Према овој поставци успешност руковођења зависи од интеракције (међусобних односа и утицаја) између стила руковођења с једне стране и одређених ситуационих фактора с друге. Ти ситуациони фактори су:

1. однос руководилац – чланови групе, прихваћеност и популарност руководиоца и пуномоћја
2. моћ руководиоца да прима, отпушта, награђује, кажњава итд.
3. структура и садржај посла или задатка који група решава.

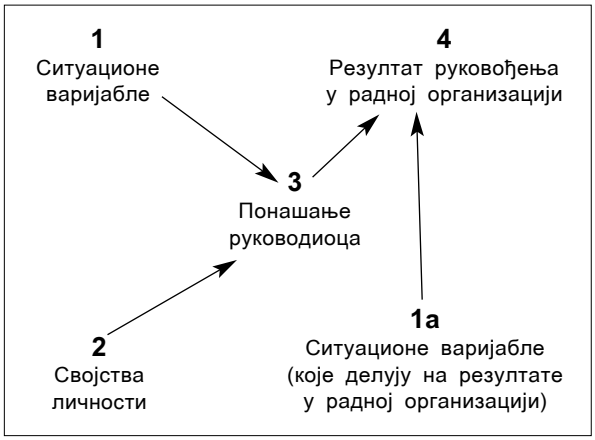
Фидлер је, такође, присталица два стила руковођења, о којима смо већ говорили, и конструктор је скале на основу које се може добити скор (*Л. П. Ц.*) који говори о томе да ли одређена особа има стил „оријентисан на сараднике“ или стил „оријентисан на контролу извршења задатака“.

Фидлерова истраживања су показала да стил руковођења, назван „оријентација на људе“ има најповољније дејство у ситуацијама када су остала три фактора осредње изражена. Заправо, онда када руководилац није нарочито популаран, када група има средње тешке задатке и када је моћ руководиоца осредња. „Напротив, ако су та три фактора у екстерним положајима, дакле или нарочито повољна или нарочито неповољна, чини се да је успешнији стил руковођења који се састоји у претежој оријентацији на планирање, организацију посао“.

Petz (1987.) даје овакву психолошку интерпретацију Фидлерових налаза: „Руководилац без ауторитета често мора да примени аутократски систем, јер иначе нема дисциплине у групи; а руководиоца с врло високом популарношћу сама је група донекле „присилила“ да сам организује посао и „даје налоге“, јер чланови групе имају толико поверење у њега да немају потребе да сами суделују у планирању послова.“

Напокон, Врум и Јетон (Vroom, Yetton, 1973) даље разрађују Ситуациону теорију руковођења. Док интеракцијска Фидлерова теорија сматра да једино успешност руковођења неким одређеним стилом руковођења зависи од конкретне ситуације, Врум-Јетонов нормативни модел говори да је понашање руководиоца условљено и његовим својствима и околном ситуацијом као што је и резултат руковођења условљен и понашањем руководиоца и ситуационих варијабла (***слика 5***)

Како се из ***слике 5*** види у Врумов модел су укључене све до сада поминане варијабле и чиниоци који узрокују резултат руковођења. Ту су присутна и својства личности руководиоца и различито понашање руководиоца кроз одређени стил и интеракција стила, личних карактеристика, руководиоца и ситуационих варијабли које делују унутар предузећа (ту спада моћ руководиоца, привлачност руководиоца, сложеност задатка или посла итд.). Врум и Јетон, међутим, иду нешто даље, подразумевајући да одређени стил руковођења који није уско дефинисан само на две оријентације зависи од низа шире обухваћених ситуационих варијабли, околности. Те ситуације и околности могу да се прецизирају и дефинишу, предвиде различите могуће ситуације, а са друге стране можемо да прецизирамо нешто ширу стратегију руковођења која би одговарала различитим околностима. Те стратегије,



Слика 5. Урумов модел руковођења (по Petzu, 1987.).

стилови, с позиције овог приступа су: А. аутократски; Ц. консултативни; Г. групна доминација и Д. делегатски. Врумов нормативни модел даје могућност да, одговарајући на седам питања која дефинишу ситуацију, околности, пролазећи кроз конструисано „*стабло одлучивања*“, дођемо до одређене стратегије која је најоптималнија за те околности. Наравно и овај приступ подложан је критици. Од критике да овај, као и други приступи, решава проблем групе и предузећа, али не појединаца који могу једну исту ситуацију да опажају на други начин, да имају према њој другачије ставове или да њихово понашање буде мотивисано различитим потребама; до тога, да исте стратегије код појединаца могу имати веома различите ефекте.

Интересантно је такође мишљење неких аутора да се о проблему руковођења мисли само са позиције руководилаца који би требало да добију рецепте како манипулисати људима. Добри међуљудски односи, услов повољне психолошке климе погодне за остварење оптималних радних ефеката, не подразумевају само коришћење рецепата руководиоца како се понашати са радницима, како манипулисати сарадницима, већ значи прихватити чињеницу да се руководилац сам укључује у целокупну атмосферу међуљудских односа.

Наравно, у овом тексту смо изнели само најважнија схватања и поставке ове сложене проблематике. Како смо сада добили основне информације о стратегијама руковођења и профилу руководилаца позабавићемо се укратко и другим значајним питањем и за истраживаче а можда више за свакодневну праксу: Како „произвести“ и „регрутовати“ руководиоце који имају све пожељне карактеристике успешних руководиоца? (Petz, 1987.)

Два су поступка којим можемо доћи до успешних руководилаца. Први поступак селекције, одабирања и откривања руководећих „талената“, а други обучавање – тренинг за успешно руковођење.

Избор талентованих руководилаца

Увођење тржишне економије, борба за квалитет и продуктивност, формирање нове организације сваку нашу организацију довешће ускоро пред проблемом избора и постављања водећих људи, менаџера. Тип директора који смо имали, образовање и начин на који смо их бирали више не може задовољити, тврди Марушић (С. Марушић 1990.). Исти аутор, веома добро приказује процедуру која води ка откривању добрих – успешних руководилаца. Она садржи следеће фазе: 1. откривање значајних особина будућих руководилаца; 2. утврђивање стандардних послова руководилаца предузећу; 3. повезивање пословне стратегије са избором руководилаца и 4. идентификација менаџерског талента – мерни инструменти за селекцију. Укратко ћемо описати процедуру. У првом кораку издвојене су следеће особине: интегритет личности (самосвојство) физичко и ментално здравље, самосвест, могућност стратешког размишљања, способност преноса идеје на сараднике и поделе одговорности и, сналажење у различитим ситуацијама и проналажење адекватног решења у тим ситуацијама. Тешко је наши и одабрати кандидата ако не знамо шта он, заправо, треба да ради. Зато је неопходно описати и дефинисати опште и специфичне послове. Поред специфичних послова, аутор наводи десетак активности које већина виших и средњих руко-

водилаца мора обављати без обзира на величину предузећа. Дата је табела тих активности са њиховим прецизним дефиницијама и примерима. Поред наведених активности у табели издваја још четири типична посла која обављају менаџери и могу веома корисно да послуже у идентификацији будућих руководилаца. То су: *а)* сви менаџери раде на оптимализацији ресурса технике, капитала и људи; *б)* главни послови су им планирање, организација, избор људи, руковођење, координација, извештавање и финансије, *в)* Преферирају моменталну акцију уместо одлагања и *г)* високи руководиоци ће успети или пропасти зависно од тога колико им верују њихове колеге руководиоци.

Следећи корак је усклађивање профила руководиоца с обзиром на пословну стратегију, развијеност и „зрелост“ предузећа. Већ смо раније говорили да свака фаза у развоју организације подразумева посебан профил руководиоца (од Пионира до Тренера). Напокон, последња фаза је избор руководилаца уз помоћ психолошких тестова и психолошког испитивања. У оквиру предложене процедуре дефинисан је систем тестова који је састављен на основу југословенских и страних искустава а за оптимално и брзо откривање „талената“. У оквиру тог система су: тестови за испитивање менталних способности, инвентари личности и интересовања, пројективне технике, тестови за испитивање способности у међуљудским односима и вођењу, иницијативни и ситуациони тестови (округли сто, решавање поште, пословне игре) у току којих испитивач процењује: агресивност, уверљивост, наговарање, самопоуздање, отпорност на стрес, енергичност, контакт. Ову стратегију за селекцију и откривање успешних руководилаца дали смо из разлога што она поштује све оне принципе и поставке о којима је било речи у изложеним теоријама руковођења.

Пошто смо сазнали све о личности успешног руководиоца и о начину на који га је могуће бирати, остаје нам да кажемо нешта о обучавању-тренингу за успешно руковођење.

Обучавање руководилаца

Надамо се да смо успели да прикажемо да је проблем руковођења велика загонетка, те стога један аутор који је покушао да изнесе различите приступе у решавању овог проблема поглавље назива: „Скакање кроз минско поље“. Међутим, све оно што се зна о овом проблему, с обзиром на његову изузетну важност за праксу и функционисање предузећа, користи се у програмима и приступима обучавања руководилаца. Основни задатак свих приступа у обучавању је био стицање неких основних и специфичних знања и, важније, формирање одређених ставова и понашања која је требало увежбавати да би се постао добар руководилац који уме да поступа са људима.

Најчешћи облици обучавања су *предавања* и *семинари* на којима се обрађују одређене теме и дају рецепти шта треба радити, односно шта не треба чинити у односима са људима. Да се не би све завршавало са теоретисањем пришло се обучавањем кроз *дискусионе групе* у којима су се обрађивали и расправљали одређени случајеви добрих и поремећених међуљудских односа. Покушавало се доћи до чињеница које условљавају добре односе или пронаћи адекватно решење за поправљање лоших односа. Највећи недостатак свих ових облика обучавања је у томе што су утицале више на промену и обогаћивање знања а мање или никако у правцу формирања *вештине понашања* што долази до изражаја у поступању са људима. Из тих разлога, у последње време, развијен је специјалан облик обучавања у виду специфичног тренинга кроз *„играње улога“*. Учесници обуке играју различите улоге и кроз анализу грешака и добрих поступака у току вежбе, а кроз понављање процедуре, постепено се стиче вештина оптималног комуницирања са људима. Наравно разрађене су различите варијанте овог поступа (Т–групе; Округли сто; Пословне игре итд.) и све са једним и основним циљем да се добије што валиднији и поузданији поступак за формирање вештине успешног руковођења и ства-

рања повољне психолошке климе кроз оптималне међуљудске односе. Нажалост, и поред огромних захвата и великог браја покушаја да се прецизирају специфична правила и понашања за успешно руковођење као и дефинисане вештине које треба увежбавати, за сада постоји само генерални савет: *руководилац се мора прилагођавати појединачној конкретној ситуацији а реаговати на начин који је у тој ситуацији најоптималнији*. Значи, не постоје конкретна упутства која би вредела за све ситуације.

Свака од поменутих техника, а пре свих, различите варијанте и форме „играња“, нарочито ако се дуже времена примењују, могу ипак да доведу до успешног понашања и до мењања ставова да би се оптимално реаговало у различитим ситуацијама. Међутим, нека испитивања су показала да и одређена знања из појединих области могу бити веома корисна и за промену ставова и понашања. Основни услови за успостављање добрих односа међу људима су:

1. *Схватање и разумевање* да је опажање ситуације код људи веома субјективно,
2. *Осетљивост за људски однос* и
3. *Толеранција према туђем мишљењу* које је различито од нашег.

Не прихватање ових услова, не усвајања практичних знања из спознаја, психологије фрустрације и механизама одбране доводи до с којима су сукоби – конфликти неминовност.

Било да је лепа или ружна „слика“ о човеку, о људима, непрестани пратилац било где да се налази, па и у раду, је наравно конфликт који се јавља као *сукоб интереса различитих страна*, као облик супротстављања због несагласности опажања са нашим, исте социјалне ситуације, несагласности циљева, жеља, потреба, вред. Најјача снага у конфликту је снага која долази од психолошке стране сукоба, од тога, да сукоб увек подразумева и осујећење, спречавање – фрустрацију мотива, потреба и жеља. Напетост, незадовољство, реваншизам јесу последица повређеног поштовања насталог у конфликту.

Сви покушаји обучавања руководилаца за успешно руковођење и стварање повољних међуљудских односа имала су за циљ остваривање и култивисање оп психолошке климе у којој постоји толеранција присуства различитих интереса и вредности код чланова групе и сарадника. Спречити сукоб, држати га под контролом и усмеравати је предуслов повољне и продуктивне атмосфере уз добре односе.

Лидерство је уметност мотивисања других људи.

Мудар лидер окружен је мудрим сарадницима.

Стручни и научни радови

Финансијски „menagement“ – управљање пословањем здравствене установе*

Г. Гојковић[1]

Тема „Финансијски менагемент - управљање пословима здравствене установе“ претпоставља да је претходно разматрано питање шта се подразумева под појмом „management“ и шта условљава јачање управљачке функције у организацијама, корпорацијама и другим институцијама.

Управљање као континуелни процес и тимски рад руководећих структура

Управљање је континуелни процес којим се покреће и усмерава пословна активност ради остваривања постављених циљева привредног и другог субјекта. Управљање је детерминисано карактером власништва на средствима за производњу, степеном развоја производних снага, технологијом рада и друштвено-економским и политичним системом, заправо карактером продукционих односа.

Полазећи од дефиниције која је дата у Економској енциклопедији може се рећи да управљање, односно „management“ представља скуп активности које се користе у привредним и другим организацијама ради што успешнијег обављања делатности и остваривања добити. Ради се, према томе, о укупним организаторским, надзорничким, усмеравајућим, руководећим и другим управљачким способностима без чега се у савременим условима пословања, у организацијама и корпорацијама, не може остварити нити ефикасно привређивање нити оптимални пословни резултат.

Management се као функција предвиђања и управљања мање-више јавља свуда где непосредни процес обављања делатности има облик друштвено-комбинованог рада. Због тога се са правом истиче да је у свим процесима рада, где кооперирају многи учесници, нужна њихова повезаност и јединство њиховог деловања. То су функције управљачке структуре која у савременим условима технолошког развоја све више добијају у свом значају. Зато, развитак робне производње и конкуренција на тржишту дају управљачкој функцији, заправо management-u све већи замах и значај. Све више је наглашена потреба праћења тржишта ради успешнијег прилагођавања делатности предузећа односима понуде и тражње и такве комбинације фактора производње које ће омогућити остваривање оптималног пословног резултата.

Велика дисперзија акција у крупним организацијама и висок степен њиховог самофинансирања омогућавају менаџерском слоју да преузме контролу располагања капиталом. Јер, ефикасно коришћење капитала, које се по правилу ангажује и везује на дуги рок и у великим износима, могу да обезбеде само компетентни тимови стручњака. Ово тим пре што лица која данас управљају великим организацијама нису истовремено и власници значајнијег дела њихових акција, што указује на све већу улогу стручних тимова без којих се не може успешно обављати управљачка функција.

* Рад изложен на I Семинару „Менаџмент у здравству“, Београд, април–јуни 1991.

[1] Др сц. Гојко Гојковић, дипл. ек.

Свестрана анализа услова пословања – основ за утврђивање пословне политике

Потреба да се у савременим условима обављања делатности одлуке доносе на темељу бројних података и свестране њихове анализе условљена је бројним разлозима, а овде се наводе само три кључна аспекта.

Прво, та потреба се рађа из технолошких разлога, с обзиром на висок степен опремљености и технологије обављања делатности. У широкој јавности распрострањено је веровање да су научна, техничка и друга достигнућа плодови рада припадника уског слоја великих научника, што није тачно, јер би број таквих достигнућа био изузетно мали. Стварни успех науке и технике састоји се у томе што се на том плану ангажује велики број људи који се оспособљавају, информишу и специјализују уско, али детаљно и продубљено, а онда организујући на прикладан начин такав рад спајају њихова стручна знања са знањем других уско специјализованих стручњака. Резултати оваквих истраживања су доста поуздани, примена успешна, а могу се са великим степеном сигурности предвидети и резултати који се очекују, што свакако зависи од управљачке структуре и утврђене пословне политике.

Други разлог који изискује потребу спајања специјализованих знања и способности условљава савремена техника и величина ангажованих средстава која је с тим повезана, као и потреба да се планира и пројектује укупна активност, а отуда и да се стиче контрола над том делатношћу, да се свеукупна делатност усмерава у жељеном правцу, да се остварују очекивани пословни резултати. У условима савремене технологије планирање и синхронизација свих тих акција не може се замислити без тимова менаџера и стручњака са знањима која им омогућавају да предвиђају потребе и да на основу њих унапред обезбеде кадрове и све остало што условљава обављање делатности, као ни без планирања стратегије цена и продајне политике, како би на прикладан начин „приморали“ купце да купују баш те производе и услуге, управо по тим ценама, чија се висина зналачки утврђује. При томе нужно је да се води рачуна не само о тренутној тржишној ситуацији, већ и о дугорочној политици пословања организације.

Треће, успешно планирање у фирми немогуће је без стручњака који су добро упућени у тајне примене веома сложене технологије и који могу утицати на коришћење скупоцене опреме управо онако како то најбоље одговара реализацији утврђених циљева, заправо остваривању оптималне добити.

Из потребе за широком лепезом специјализованих знања и способности произилази и потреба за њиховом координацијом. И још нешто, треба обезбедити да се та знања и способности користе у остваривању јединственог циља.

С обзиром на све ове околности потребно је обезбедити информације од различитих специјалиста, проверити њихову веродостојност, поузданост и важност за оно о чему је реч и тек на основу свега тога доносити конкретне одлуке о пословној политици. То је по правилу сложен процес, а како се ради у здравству - биће речи касније.

Полазећи од свега овога што је истакнуто, може се констатовати да су одлуке које се доносе у савременим условима у пословним организацијама производ рада групе стручњака и управљача, а не појединаца. У састав тих група улазе људи који поседују информације или који могу долазити до њих и то информације које се тичу одређене одлуке односно које су са њима у вези. У управљачким структурама налазе се стручна лица која су способна да извлаче и проверавају те информације и да на основу њих и других значајних чињеница доносе одређене одлуке и утврђују пословну политику.

На такав начин управљачка структура данас решава проблеме које ни један од њих појединачно не би могао сам да савлада, да донесе праву одлуку, ма колико био интелигентан и ревностан, једноставно зато што не поседује и не може да поседује сва она знања која су потребна за такав посао, за до-

ношење одлуке, за утврђивање и успешну реализацију утврђене пословне политике.

Управљачка структура координира рад и утврђује пословну политику

Познато је да је у претходним фазама развоја друштва руковођење пословном организацијом поистовећивано са предузетништвом, тј. појединцем у којем су били спојени својина над капиталом и контрола над њим, организаторска способност и способност иновирања.

Са појавом и успоном такве организације какву изискују модерна технологија и планирање, те са појавом готово потпуног одвајања власништва од управљања капиталом, створена је ситуација у којој предузетник више не постоји као индивидуална особа ни у једној озбиљнијој фирми. Уместо тога, појављују се скупине људи који одлучују или омогућавају ефикасно одлучивање. Та скупина је веома велика, она обухвата бројне појединце од хијерархијски највиших функционера организације до оних који се налазе на дну управљачке пирамиде и имају функцију да се мање-више механички подвргавају наређењима одозго или да раде рутински. Она обухвата и све оне који уносе специјализована знања, таленат и искуство у процес тимског одлучивања.

Повећање права и обавеза управљачке структуре само потврђује да је реч о проблемима које појединци не могу решавати. И не само то, већ свака спољна интервенција ремети нормално функционисање организације јер не може узети у обзир све релевантне чиниоце од којих зависи успешност пословања.

У таквим условима, а имајући у виду потребна знања управљачке структуре, спољни чиниоци морају губити на снази, ако се жели обезбедити ефикасно функционисање организације у складу са захтевима савремене технологије и тржишног начина привређивања. То се једнако односи како на акционаре, тако и на државне органе и финансијске организације.

Утицај спољних чинилаца јача само када организација лоше послује, када не остварује довољан профит из којег ће се претежно самофинансирати. Међутим, то не значи да поједини крупни власници не учествују активно у руковођењу организацијом. Они имају утицај када се бирају чланови управне корпорације, тј. када се одлучује о онима који ће обављати управљачку функцију, који ће одлучивати о пословној политици, о улагању капитала. Па ипак, у свим тим случајевима првенствено је реч о учешћу у тимском одлучивању.

Из свега овога јасно се уочава у чему је суштина управљачке, а посебно финансијске функције од које почиње и са којом се завршава целокупна активност и своди пословни резултат који се углавном изражава кроз остварену добит, кроз профитну стопу или на неки други сличан начин.

Све се то, са мањим или већим модификацијама односи на све организације које послују у тржишним условима, у крајњем случају и на пословање здравствених установа које располажу са значајном опремом и великим бројем запослених здравствених и других радника, а чија је делатност од посебног друштвеног и појединачног интереса.

Финансијска функција

Када се говори о финансијском management-u односно о извршеним и управљачким функцијама књиговодствене, рачуноводствене и аналитичко-планске делатности мисли се прво – на функцију књиговодства која је у основи разрађена законима и другим прописима, друго – на рачуноводствено планирање, треће – на контролу и рачуноводствени надзор, четврто – на анализу средстава према намени, обавеза према изворима средстава, прихода и расхода и пето – на рачуноводствено извештавање.

Овом приликом желим да посебно говорим о финансијском рачуноводству, о рачуноводству трошкова и управљачком рачуноводству као синтези укупне економско-финансијске делатности, финансијског management-a.

Основе за разграничење финансијског рачуноводства и рачуноводства трошкова налазе се у два посебна, премда међусобно тесно повезана, подручја: то је подручје пословања с другим пословним партнерима и подручје пословања унутар радне организације.

Подручје пословања с другим пословним партнерима појављује се најпре у вези с прибављањем елемената пословног процеса, тј. средстава за рад, предмета рада, услуга и радника с одговарајућим квалификацијама. Али у савременој робно-новчаној привреди није могуће замислити прибављање тих елемената и дистрибуцију пословних учинака без новца. И још више, новчана средства су потребна већ пред сам почетак пословног процеса, а то значи да у подручје пословања са другим пословним партнерима улазе још и прибављање и враћање средстава. При томе настају финансијски односи с комерцијалним пословним партнерима, банкама и другима који финансирају, бар привремено, пословни процес у организацији која је предмет рачуноводственог обухватања. Исто тако ту треба убројити и односе са свима онима који учествују у новоствореној вредности.

Процеси у интерном подручју пословања, почињу у моменту кад су њихови елементи већ на располагању. У интерно подручје пословања спадају сви проблеми у вези с расположивим средствима за рад, залихама предмета рада итд. Кад почне обављање пословног процеса јављају се утрошци и с њима у вези трошкови, а исто тако и пословни учинци с којима треба повезивати трошкове.

Финансијско рачуноводство, обухвата рачуноводствено праћење и проучавање средстава и обавеза према изворима средстава с посебним нагласком на финансијске односе с другима, на резултат укупног пословног процеса. Али, поново треба нагласити да се рачуноводство трошкова и финансијско рачуноводство не исцрпљују самим књиговодством, него да захтевају и одговарајући део рачуноводственог планирања, рачуноводственог надзора и рачуноводствене анализе.

Рачуноводство трошкова је заправо аналитичко рачуноводство интерног подручја пословања. Може се називати и интерно рачуноводство, а код произвођачких организација и фабричко или погонско рачуноводство. Финансијско рачуноводство је, заправо, опште рачуноводство, које се детаљније бави односима са другим правним и физичким лицима. Финансијско рачуноводство можемо назвати и пословно, главно или билансно рачуноводство.

Управљачко рачуноводство није трећи склоп рачуноводствених делова него произилази из финансијског рачуноводства и рачуноводства трошкова, али је у много већем обиму усмерено ка потребама за информацијама при пословном одлучивању.

У финансијском рачуноводству и рачуноводству трошкова полазиште је увек изворни податак. Скупљени подаци се касније на уобичајени начин сређују и обрадују док се не дође на крају до података, односно информација, што су приказани у рачуноводству, где се полази од питања какве одлуке у оквиру пословног система треба донети. У управљачком рачуноводству је много већа пажња посвећена прикладности и правовремености информација него у финансијском рачуноводству и рачуноводству трошкова.

У литератури и у пракси се веома често не разликује довољно рачуноводство од финансирања. Али, док је рачуноводство специфична комбинација делова информационих функција, код финансирања се ради о прибављању средстава, преображавању средстава, враћању средстава и преображавању обавеза према изворима средстава.

Рачуноводствене одлуке су одлуке о томе како организовати праћење и проучавање пословног процеса, како успоставити књиговодствену евиденцију и разне обрачуне у њеном оквиру, какви треба да буду књиговодствени документи, како контролисати књиговодствена документа.

Финансијске су одлуке, нпр. одлуке о томе како повећати постојећа средства, или узети нов кредит и какав кредит, или само повећати задужења код добављача и друге

обавезе, или повећати стопу добитака код производа и тиме могућности сопственог финансирања, или повећати пасивна временска разграничења, или покренути акцију по којој би други удружили своја средства у дату јединицу рачуноводственог обухватања, итд. Исто тако финансијске одлуке су и одлуке о томе шта треба учинити да би претварање средстава у новчани облик било брже, која слободна новчана средства уложити у друге организације итд. Даље, то су одлуке о томе како успостављати обавезе да би се могле у роковима подмирити, која новчана средства употребити за подмирење обавеза итд. На крају, финансијске одлуке су и одлуке о томе да ли остатак дохотка распоредити на фондове или на повећане личне дохотке, како преформирати фондове итд.

Финансијски management у здравственим организацијама

Када се говори о економско-финансијском пословању здравствених и других установа треба нагласити да су услови стицања укупног прихода и улагања у опрему до сада били под одлучујућим утицајем државних и парадржавних органа, тако да је значајно ограничена самосталност. То је потиснуло у други план управљачке функције, дестимулисало активност на плану економије пословања и довело до одређене пасивности која је карактеристична за пословање здравствених установа, нарочито од момента формирања самоуправних интересних заједница здравствене заштите, а сада фондова здравственог осигурања и здравствене заштите. Истина, ту су и други бројни органи који су одговорни за ову област (као што су секретаријати за здравље, заводи за здравствену заштиту, стручне службе СИЗ-ова и фондова, администрација у здравственим организацијама) и који су били дужни да се баве организацијом здравствене службе; економијом пословања, системом финансирања и то свако у свом домену и у складу са својим надлежностима, али није било довољно синхронизоване активности, нити пак истраживачког рада. Некомплетност тимова који одлучују, неодговорност за последице, једнострано доношење одлука (не мисли се на формалне одлуке) и одлучујући утицај административног апарата који је „одлучивао“ о висини средстава за здравствену заштиту и о расподели средстава на поједине здравствене организације, довео је здравствену службу у незавидну материјалну ситуацију, тако да се у овом тренутку здравствена служба налази пред блокадом њеног рада, посебно због неликвидности и пословања са губитком.

О овим тешкоћама, проблемима и слабостима мора се отворено говорити, не због тога што треба некога критиковати, што је сада актуелно, већ због тога што су се проблеми нагомилали и нарасли до те мере да их је сада тешко разрешити односно да се могу превазићи само организованим и смишљеним акцијама, стручним радом и поступно, али се на њима мора радити још одмах, без одлагања. То не значи да у овој области нису постигнути одређени резултати, нарочито у погледу инвестирања у грађевинске објекте и опрему, адаптације постојећих објеката и занављања опреме, запошљавања нових кадрова и њиховом даљом стручном оспособљавању. Међутим, ми смо дужни и обавезни да поставимо питање и одговоримо колико смо ефикасни у пружању здравствене заштите, колико рационално и економично послујемо, где су проблеми и како их решавати.

Управљачке структуре су преокупиране текућим проблемима, првенствено како обезбедити средства да се исплате лични доходи, да се сачува мир у кући, да не дође до обуставе рада. Данас нико не може да одговори када ће извршити своје обавезе:

- здравствене организације према повериоцима,
- фондови здравственог осигурања према здравственим организацијама.

Такође се не може одговорити да ли се и зашто дуплирају здравствене услуге, како и колико се користи скупоцена опрема, зашто имамо превелики број инвалидских пензионера, зашто је релативно висок проценат

одсуствовања са посла. На сва ова питања морају пружити одговор руководеће структуре у органима, институцијама и организацијама здравствене заштите, здравственог и социјалног осигурања.

Исто тако, нема одговора зашто није извршена суштинска подела рада између здравствених организација, зашто правовремено не регулишемо уговорне односе између здравствених организација и фондова здравственог осигурања и здравствене заштите. Посебно је питање како се вреднује програм рада, зашто доминира трошковни приступ при закључивању уговора, зашто и даље егзистирају двојне цене.

У склопу решавања ових проблема треба:

- да се брже и организованије решавају проблеми који су првенствено субјективног карактера, да се плански и смишљено почне са конкретним решавањем свега онога што зависи од управљачке структуре и стручне службе у органима и организацијама здравствене заштите и здравственог осигурања,
- да се припреми, размотри и усвоји програм за рационалније коришћење расположивих средстава и значајне кадровске структуре, да се ублажи финансијска криза, јер у овом погледу нису искоришћене све могућности нити у здравственим установама нити пак у фондовима здравствене заштите и здравственог осигурања, како у односу на изворе средстава и висину прихода тако и у односу на материјалне трошкове и друге расходе,
- да се у граду Београду и у Србији у целини организује научноистраживачки рад који не може дати тако брзо значајније резултате али без таквог опредељења нема дугорочног решавања уочених проблема, посебно у погледу поделе рада, организације здравствене службе и финансирања здравствених организација.

Унапређење управљања и руковођења у области здравствене заштите и у здравственим установама не може се замислити без напуштања дотадашње праксе у погледу начина утврђивања цена, паушалног плаћања (које је завијено у обланду финансирања програма) и без реалнијих параметара за утврђивање услова пословања и привређивања организација у области здравствене заштите. Или, ако се све ово не може изменити у процесу организованог рада и активности, тада се треба вратити на буџетски начин финансирања. Међутим, решења која будемо усвојили не могу да занемаре искуства у развијеним европским земљама, а посебно да се уважавају економски закони и привређивање под тржишним условима.

У том процесу превазилажења тешкоћа и решавања уочених проблема морамо тачно утврдити задатке свих руководећих и управљачких структура у органима државне управе, у организацијама и институцијама здравственог осигурања и здравствене заштите и у здравственим установама, као и њихову одговорност ако се не реализује заједнички утврђен програм рационализације и унапређења здравствене заштите.

У тој активности можемо знатно више изучавати и користити иностранa искуства у погледу организације здравствене службе, норматива и стандарда, номенклатуре здравствених услуга, начина утврђивања цена здравствених услуга и одређивања вредности програма, као и ради бржег решавања других проблема који су код нас недовољно изучени и за које још увек немамо права решења, али се она могу наћи у иностранству и прилагодити нашим потребама.

Систем финансирања мора да стимулише здравствене организације и појединце на већи обим рада, у складу са усвојеним планом и преузетим уговорним обавезама, за брже дијагностицирање и лечење, што садашњи систем то очигледно не обезбеђује.

Коначно, ту је присутан и механизам унутрашње и спољне контроле, који треба да допринесе успешнијој реализацији утврђене политике у области здравствене заштите. Ово нарочито због тога што сваки систем финансирања, посебно у условима када до кра-

ја не могу да делују тржишни закони, закони понуде и потражње, захтева успостављање адекватног контролног механизма, како би се избегле неправилности и деформације система у току његове примене. Поред тога, мора се стално пратити и анализирати примена усвојеног система планирања и финансирања, уз обавезу да се правовремено врше његове измене и допуне ради даљег усавршавања и унапређивања односа између здравствених организација и фондова здравственог осигурања и здравствене заштите.

Управљање и руковођење пословима здравствене установе оптерећено је свим овим и другим проблемима и тешкоћама које јесу у основи изазване неадекватним учешћем здравствене заштите у националном дохотку. То не значи да се и у овим условима не може и не мора унапређивати управљачка функција у здравственим организацијама. Због тога треба да се организујемо како би обезбедили економичније пословање у свим процесима рада у оквиру сваке здравствене установе.

Стручни и научни радови

Методологија опремања кадровима у здравству*

П. Јелача[1]

Здравство је делатност у којој су кадрови критична компонента. Планирањем здравствених кадрова се настоји обезбедити потребан број и врста лица оспособљених да пружају ефективно одговарајућу врсту здравствених услуга када и где их затражи становништво. Оно је интегрални део компренхензивног здравственог планирања и не може се регулисати само од стране несавршеног механизма тржишта, односно заснивати на принципима понуде и потражње. Целокупни процес, боље рећи, политика кадрова, сем планирања, обухвата продукцију (школовање и усавршавање) и управљање кадровима.

Опремање кадровима у здравству је део управљања кадровима. Управљање подразумева запошљавање и коришћење. Ту се сада поставља питање критеријума (стандарда, норми) помоћу којих ће органи овлашћени да доносе одлуке (desision unakers) да их доносе и реализују (управници, руководиоци) и питање механизама који ће омогућити да се изврши прави избор, да се кадрови користе тако да здравствена заштита буде економична а, истовремено, доступна и ефикасна. Не ради се, дакле, о простом бројању глава, јер је садржај рада и начин на који раде исто тако важан, ако не и важнији од броја запослених.

Наша пракса

Код нас се примењује више критеријума за опремање здравствених установа кадровима, који имају карактер стандарда кадровске обезбеђености и по правилу су више производ искустава, мање истраживања стварних потреба.

1. У основној и превентивној здравственој делатности примењује се однос између броја здравствених радника (лекара, стоматолога, фармацеута) или одговарајућих стручних тимова и становништва, укључујући и поједине сегменте популације (деца, ученици, жене).
2. У стационарној делатности се примењује однос између броја здравствених радника и броја болничких кревета, при чему се донекле респектује интензитет и сложеност медицинског рада.
3. У специјалистичкој консултативној делатности, делимично у породиљству, потребе за кадровима се дефинишу на основу радних норми (броја прегледа на сат, броја порођаја годишње по једној медицинској сестри-акушерки) и очекиваног броја захтева.

На примарном нивоу заштите у нас, поред кадровских стандарда, утврђени су и одговарајући стандарди заштите појединих популационих група (систематски прегледи деце, ученика, радника, жена, садржај ових прегледа), као и радне обавезе и садржај рада односно структура услуга (стоматолошка делатност). На овај начин су респектоване здравствене потребе и обим здравствене заштите. Ако би се говорило о слабостима овог система, онда би на првом месту требало истаћи:

- да утврђивање стандарда кадрова није базирано на процени материјалних (финан-

* Рад изложен на I Семинару „Менаџмент у здрављу“, Институт за социјалну медицину и ХЕ заштиту КБЦ Звездара, Наставна база, Стоматолошки факултет Београд, април–јуни 1991. године.

[1] Прим. др Предраг Јелача, саветник, Завод за здравствено осигурање – филијала Београд и Министарство здравља.

сијских) могућности заједница (што, свакако, није спецификум само здравствене делатности), односно да се тешко прилагођава све нижем укупном материјалном положају здравства,
- да је у први план истицана „потреба“ за вишим степеном квалификованости (специјализације) запослених а запостављане стварне потребе корисника, односно укупне могућности да се одређене услуге пруже на том нивоу заштите.

На секундарном и терцијарном нивоу заштите (консултативна и болничка делатност), важеће норме не респектују у довољној мери интензитет и сложеност стручног рада нити интензитет коришћења болничких постеља (пресечна дневна заузетост, промет болесника по постељи, удео болесника који захтевају интензивну негу и сл.).

Могућност за ефикасно коришћење кадрова

Општа криза и бројне тешкоће у пословању здравствених установа све више ће утицати на политику кадрова и на контролу свих облика потрошње, И све интензивнији развој тзв. приватног сектора, неовисно од „прописаних норми“, уз материјалну оскудицу, условиће доношење таквих одлука које ће ставити под контролу утрошак свих ресурса, а посебно радне снаге. Мада није сасвим прихватљив економистички приступ понуде и потражње где би број здравствених услуга зависно од цене тих услуга, односно могућности корисника да их плати, не треба губити из вида да ће такав вид конкуренције утицати на положај појединих здравствених установа. Томе, свакако, треба додати фактор компетиције, из којег произилази обавеза сваке здравствене установе да пружа и обезбеђује здравствене услуге одговарајућег садржаја и квалитета, а у зависности од места у систему здравствене делатности.

Из овог произилази, поједностављено речено, захтев тражења оптималног броја кадрова, са неопходним знањима и вештинама да могу пружити одговарајуће здравствене услуге у неопходном обиму, узимајући у обзир финансијска и друга ограничења. Зависно од области здравствене заштите, оптимизација коришћења кадрова подразумева утврђивање стандарда обезбеђености, дистрибуцију (по месту и времену), садржај и квалитет услуга, оптерећеност (радне норме), мерила продуктивности и искоришћености.*

Скоро да није уобичајено да се у здравству говори о продуктивности јер то асоцира на рад на траци и на површност. Овом питању би требало прићи са другог становишта, поготово када се ради о кадровима у чијем послу доминира вештина и где се користе и други скупи ресурси (опрема, реагенси и сл.). Пример хирургије је погодан да се истакне значај одговарајућег и континуираног бављења послом зарад бољег квалитета и других позитивних ефеката. Према важећим стандардима кадрова у Републици Србији на 100 хируршких кревета треба 10 хирурга. С обзиром на просечну дужину лечења (око 12 дана), просечну заузетост постеља (85% дана у години) и чињеницу да се хоспитализује око 2 600 лица и оперише око 2 000 (75%), сваки од лекара обави по 200 операција годишње, односно четири недељно. Поставља се питање да ли је то довољно за одржавање одговарајућег тонуса и увежбаности хируршких тимова? Можда би се то могло оценити задовољавајућим да наведеном броју лекара не треба додати још најмање 25 одсто за амбулантни рад чиме се број пење на 12–13. Додатна обавеза је обезбеђење континуираног присуства хируршке екипе у току 24 сата што се, у складу са прописима, не може решавати посебном накнадом, већ додатним запошљавањем. На овај начин се потреба за лекарима повећава на петнаестак, а тиме

* Има радних места где кадрови не могу бити довољно искоришћени јер је број захтева мали (нпр. јединице примарне заштите у сеоским насељима, екипе хитне помоћи и сл.).

Табела 1. Модел прогресивне неге болесника

Јединица	Број	Потребно сати	Укупно сати неге	Потребно
Интензивна	6	9,0	16.425	10
Полуинтензивна	16	4,0	20.440	12
Општа	78	1,5	38.435	22
Укупно	100	2,3	75.300	44

се интензитет хируршког рада смањује, што озбиљно угрожава квалитет стручног рада и битно повећава трошкове заштите.

Нови приступ у нормирању потребног броја лекара био би у дефинисању неопходног обима и садржаја хируршког рада (дневна, недељна, годишња норма) која ће гарантовати стручну компентентност и према њој планирати потребна средства.

Други пример, опет из болничке делатности, јесте нега болесника. Интензитет медицинске неге требало би да одговара степену угрожености виталних функција, односно здравственим и другим потребама оболелог и повређеног. На том се заснива модел прогресивне неге болесника. Свакој јединици неге (интензивна, полуинтензивна, општа нега) одговара утврђени или договорени* садржај и интензитет сестринског рада.

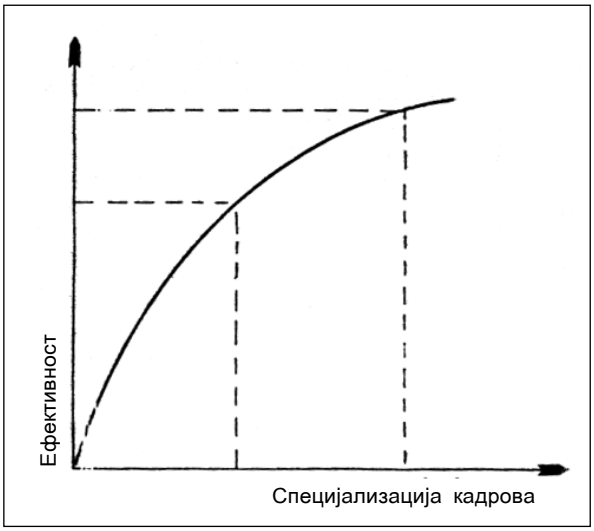
Код израчунавања потребног броја сестара пошло се од претпоставке да се постеље користе коефицијентом 0,9 (90 одсто дана су заузете) и да медицинске сестре могу остварити ефективних 1 730 сати рада у години.

За разлику од уобичајеног начина исказивања потреба за медицинским сестрама на нези болесника, наведени метод води рачуна о стварним потребама болесника, што претпоставља квалитетнију заштиту.

Додатни елементи ефикасности неге и лечења су: степен стручне оспособљености и одговарајући распоред медицинских радника у току дана и ноћи.

Влада уверење да постоји директна позитивна корелација између нивоа стручне оспособљености и ефективности.

Из ***графикона 1*** произилази да до одређеног нивоа специјализованости кадрова ефективност значајно расте али је касније потребно знатно веће улагање за незнатно повећање ефективности. Практични значај овог је огроман. Задатак је и планера да истражују овај феномен у смислу дефинисања најнижег потребног нивоа обучености и најмање потребног броја радника за одговарајући посао. У многим земљама на пословима неге болесника раде различити профили медицинских радника и помоћног особља. Упоређујући са нашом праксом, то би одговарало профилима са вишом, средњом и нижом медицинском наобразбом, уз напомену да се више не школују кадрови испод средњег образовног нивоа, мада у нези болесника има много послова који одговарају овом



Графикон 1. Специјализација кадрова и ефикасност.

* Потребе није увек лако дефинисати, а договорени (стандардизовани) ниво неге заснива се на искуственој процени потреба и на расположивим или планираним износом средстава за негу болесника.

нивоу стручне оспособљености. Ово се нарочито односи на негу хроничних, ограничено покретних и непокретних болесника.

Расположива средства и њихов утицај на кадровске стандарде

Није потребно посебно наглашавати колико систем финансирања здравствене делатности утиче на „потребе“ за кадровима. Истина је, међутим, да је непланска продукција здравствених кадрова у нас условила и непланско запошљавање, нарочит висококстручних медицинских радника, и то највише у великим градовима. Примера ради, данас у Београду у болничким установама на 100 болничких постеља, има просечно 150 запослених (од тога две трећине су здравствени радници), са врло великим разликама и међу врло сличним установама. Нема ни једног показатеља да је здравствена заштита боља у установама које имају 200 запослених на 100 постеља, у односу на оне са 100 запослених на 100 постеља. Могло би се рећи да је ситуација обрнута.

Проста рачуница говори да би, према расположивим, односно ангажованим средствима за болничко лечење грађана Београда, здравствене установе могле имати за око 30 одсто мање радника него што их сада имају. То значи да постоји изражена несразмера између кадровске обезбеђености и финансијских средстава издвојених за здравствену заштиту. Осим усклађивања броја запослених са стварним потребама (не само у односу на материјалне могућности), вероватно треба критички анализирати квалификациону структуру и међусобне односе различитих профила медицинских радника и здравствених сарадника.

Сасвим је извесно да би систем капитације у примарној здравственој заштити и слободан избор лекара (било у приватном или друштвеном сектору, под условом да имају исти третман од стране финансијера), врло брзо успоставио сасвим другачије „потребе“ за лекарима и стоматолозима. Борба за опстанак би стимулисала знатно већу ангажованост, оспособљеност и ефективност, а тиме и квалитет заштите.

Избор метода

У теорији и пракси се примењује више поступака за утврђивање потребног броја и структуре кадрова у здравству, међу којима су:

1) на основу оцењених потреба становништва,
2) на основу захтева за појединим врстама медицинских услуга,
3) стандардизацијом тимова у односу на становништво као потенцијалне кориснике,
4) према искуству других (пример добре службе).

Када се ради о тзв. друштвено верификованим потребама (санитарна инспекција, здравствено васпитање, вакцинација и сви превентивни програми), кадровске потребе се утврђују на бази утврђеног циља и унапред дефинисаних радних обавеза. Свакако да мора бити присутан фактор економске реалности: колико кошта програм и какве ефекте нуди.

Планирање на основу захтева и обима заштите примењиво је у условима добро развијеног јавног сектора здравства са адекватном контролом над здравственом заштитом. Нарочито је погодан за приватни сектор који се лакше прилагођава променама у окружењу и где је економска добит (cost efficiency) мотивациони фактор.

Метод утврђивања (стандардизације) односа броја здравствених кадрова и популације је погодан је за примену, олакшава пројекцију потреба на ширем плану, али, нарочито на микроплану, не респектује динамику и детерминанте захтева и стварне потребе становништва. Препоручљиво је да руководиоци, у непосредној примени ових критеријума, узму о обзир друге релативне факторе: густина насељености, природа посла корисника, могућност поделе рада између сродних служби (општа медицина – медицина рада, заштита предшколске-школске деце и омла-

дине и сл). Кад се неки од ових фактора узму у обзир, једна норма од 1:1800 може да се претвори у дијапазон 1:1200 до 1:2400. Такав флексибилан начин примене стандарда је неопходан ако се желе постићи одговарајући ефекти уз прихватљиве трошкове.

Општи закључак би се могао свести на препоруку да је у сваком конкретном случају неопходно, на основу законских и других опредељења о садржају рада здравствене установе, анализирати обим и структуру услуга, организацију рада и коришћења постојећих кадрова и на основу тога утврђивати потребу за новим кадровима, односно планирати друге кадровске измене.

Стручни и научни радови

Мониторинг и евалуација здравственог стања – потреба и захтева*

Ђ. Козаревић[1]

Здравствено стање нашег становништва се рапидно мења као што су и бројне демографске и друге особености већ неколико деценија у веома интензивним променама. То се односи како на структуру становништва тако и на стопе морбидитета и морталитета, на пораст коришћења свих видова здравствене заштите, као и на заступљеност и све већи пораст појединих фактора ризика за настанак масовних обољења и последица.

1. Приступи изучавања здравственог стања

Мониторинг и евалуација тако комплексног феномена као што је здравствено стање становништва, посебно потреба и захтева, обухвата бројне специфичне приступе али пре свега захтева операционализацију дефиниције здравља, избор неопходних информација – показатеља, индекса и других елемената, тј. параметара који одражавају здравствено стање и степен коришћења одређених видова здравствене заштите.

У еваулацији здравственог стања од посебног је значаја пре свега сам концепт здравља који последњих година, као мултидимензионалан у садржају и мултидисциплинаран у приступу проучавања, све адекватније одражава суштину интеракција здравља („ледени брег“) од којих и потребе и захтеви за здравственом заштитом тако снажно зависе. Такви савремени приступи у праћењу и проучавању, тј. мониторингу и евалуацији здравственог стања становништва не само да указују на значај и величину насталих проблема и њихове трендове већ омогућавају да се резултати таквих истраживања, као што ћемо видети, сумирају и у јасне и прецизне мере, тј. стваралачки рад на унапређењу здравствене заштите чак и у области водећих масовних хроничних обољења непознате етиологије.

Одмах да истакнемо да еколошки односно савремени епидемиолошки приступ у утврђивању здравственог стања и чинилаца битних за такав ниво здравственог стања (превеленција, инциденција, морталитет односно фаталитет), у светлу опште-биолошких универзалности као и локалних и индивидуалних специфичности, чини суштину савремених приступа у мониторингу и евалуацији здравственог стања као и потреба и захтева у здравственој заштити становништва.

Није потребно наглашавати да је до краја 19-ог века мерење здравља становништва било засновано искључиво на морталитетној статистици. Током овог века створени су здравствени индикатори како би се утврдиле промене које су настале у здравственим проблемима индустријализованих земаља. На тај начин индикаторима морталитета додати су индикатори морбидитета. При томе, стопе инциденције и превенције које су иницијално биле коришћене у области инфективних болести примењују се и за сва друга акутна и хронична стања. Ова „класична“

* Рад изложен на I Семинару „Менаџмент у здрављу“, Институт за социјалну медицину и ХЕ заштиту КБЦ Звездара, Наставна база, Стоматолошки факултет Београд, април–јуни 1991. године.

[1] Проф. др Ђорђе Козаревић, професор Београдског универзитета.

мерења здравственог стања становништва имају три заједничке карактеристике:

1. Будући да су базирани на концептима морталитета и морбидитета она не мере здравље већ стање лошег здравља, дакле оно што зовемо „негативно“ здравље. Другим речима, здравље групације мерено је на основу мањине у популацији, тј. стопама мобидитета и морталитета.
2. Феномен смрт или болест се региструје по принципу „све или ништа“ односно утврђује се присуство или одсуство феномена.
3. Особа која је одговорна за мерење је лекар.

Многи аутори су указали на недостатке ових „класичних“ индикатора и нагласили су њихове неадекватности као критерија за мерење актуелних здравствених проблема. Велики је број аутора који су дали свој допринос да се превазиђу дефекти индикатора који су базирани само на морталитету и морбидитету. Светска здравствена организација и Интернационална епидемиолошка асоцијација издали су, између осталог, и две публикације толико важне за ову проблематику:

- „*Мерење нивоа здравља*“ са прилозима преко 50 сарадника на 456 страница, 1979-год. и
- „*Мерења у унапређењу и заштити здравља*“ са прилозима скоро 80 аутора на 658 страна, 1987. год.

Циљ ових радова је, најкраће речено, да, презентирајући приступе, методологију и примере бројних мерења, дају одговор на наизглед једноставна али за област здравства круцијална питања као што су: „где смо ми данас?“, „где ми желимо да будемо?“ и „како да стигнемо тамо?“

2. *Концепти здравља*

Када се ради о проучавању здравственог стања становништва а нарочито степена коришћења појединих видова здравствене заштите, традиционални, понекада искључиво биомедицински приступ који је оријентисан према клинички испољеном обољењу или смртном исходу постао је неприменљив, посебно у ситуацији високе преваленције хроничних обољења и све већег броја старих, оболелих и онеспособљених особа.

2.1. Концепт „пет димензија здравља“

Опште прихваћена дефиниција здравља предложена од стране Светске здравствене организације посматра „здравље као стање свеукупног физичког, менталног социјалног благостања а не само као одсуство болести или слабости“, чиме су мерење класично биле идентификоване *три димензије здравља – физичко, ментално социјално*.

Из веома практичних разлога, а у светлу мултидимензионалног концепта, идентификоване су још *четврта и пета димензија здравља*. Четврта, као последица претходне три димензије здравља, је *општа функционална способност* која укључује не само функционисање специфичних органа и система већ и способност човека за обављање активности свакодневног живота и пета - *субјективна процена сопственог здравственог стања* која одржава све четири претходно наведене димензије здравља а садржи јединствену субјективну информацију, као став и мишљење, о сопственом здрављу.

Наведени концепт је од великог значаја, поготово када се ради о проучавању здравственог стања становништва и степена коришћења појединих видова здравствене заштите.

Функционални статус старих, оболелих и онеспособљених особа се мора посматрати као скуп интегрисаних биолошких, психолошких и социјалних способности у циљу обезбеђења различитих активности потребних да се обезбеди индивидуално благостање и квалитет живота наште се у здравственој заштити мора обраћати све већа пажња.

Стога је овај концепт мултидимензионалног приступа сагледавању здравственог стања становништва оријентисан ка човеку у свим његовим димензијама здравља, тј.

ка његовом здравственом стању у физичком и психичком смислу, социјалним и економским условима од којих зависи његово здравље, његовим функционалним способностима, а када се ради о квалитету живота доступношћу, могућностима и степену коришћења појединих видова здравствене заштите.

Неопходно је нагласити да процењивање здравственог стања, потреба и захтева становништва није вршено само у светлу наведених димензија здравља већ и кроз друге карактеристике популације посебно сагледавањем демографских и биохемијских промена у становништву.

2.2. Еколошко-епидемиолошки концепт

У проучавању здравственог стања посебну улогу има утврђивање здравственог стања становништву у зависности од интеракције бројних чинилаца у познатом еколошком троуглу: *узрочник – човек – средина*. У ствари, епидемиологија, као медицинска екологија, обухвата утврђивање чинилаца битних за инциденцију (нових случајева) као и преваленцију (постојећих случајева) обољења.

Утврђивање здравственог стања као резултата интеракције бројних чинилаца у еколошком троуглу (како у препатогенези тако и патогенези), а израженог стопом морбидитета, морталитета и инвалидитета као и здравих особа у ствари је резултат једне динамичне равнотеже. Овај концепт Leavell-a и Clark-a је од изузетног значаја у евалуацији здравственог стања становништва.

2.3. Последице обољења

У реалности високе заступљености хроничних обољења и пораста броја старог и остарелог становништва високу преваленцију показују и последице обољења. Светска здравствена организација је дефинисала последице као: *поремећаји, онеспособљеност, ограниченог функције, хендикеп*.

2.4. Концепт фактора ризика

Епидемиолошка истраживања су утврдила одређене чиниоце (фактори ризика) који су статистички сигнификантно асоцирани са настанком одређеног обољења или поремећаја здравља. У мониторингу здравственог стања утврђивање степена и трендова у заступљености фактора ризика је од посебног значаја, како за боље разумевање етиопатогенезе тако и за превенцију.

3. Циљ истраживања здравственог стања

Проучавање здравственог стања обезбеђује ближи увид у релевантне демографске и здравствено виталне податке од приоритетног значаја за здравствену службу као и оне специфичности морбидитета и морталитета као и субјективног и објективног стања здравља становништва и појединих популационих група (младог, продуктивног, остарелог, популације на ризику и сл.) која су од значаја за унапређење здравствене заштите.

Усвајањем мултидимензионалног приступа у проучавању здравља, пре свега физичког, менталног, социјалног и њихових комбинација у погледу опште функционалне способности и субјективне процене сопственог здравственог стања, омогућава се сагледавање релевантних демографских карактеристика од значаја за здравствено стање и за промене настале у периоду времена. Посебно место се даје анализама кретања становништва за одређени период као и трендовима у морбидитету и у морталитету, као и инвалидитету. Део оваквог рада може да буде и утврђивање степена коришћења здравствене заштите, посебно амбулантно-поликлиничког и болничког морбидитета, као израза захтева односно задовољених потреба у најмасовнијим видовима заштите као што је амбулантно поликлиничка заштита и болничко лечење са свим особеностима које тај вид заштите покрива.

Други специфични циљеви мониторинга и евалуације односно истраживања здравстве-

ног стања становништва ће се боље видети из налаза неколико клиничко епидемиолошких студија које се у последњих 25 година спроводе у нашој земљи.

На примерима, особеностима и налазима у здравственој заштити појединих популационих група (становништво у продуктивном добу, популација старих и сл.) могу се сагледати приоритетна питања здравствене заштите. Како се популација остарелог становништва (у нас посебно бораца), својим бројним особеностима и по свим карактеристикама од социомедицинског значаја (потребе и захтеви) знатно издваја у степену и специфичностима здравствене заштите, то се питањима остарелог становништва у многим земљама даје све већи значај. Из наведених разлога проучавање здравственог стања становништва као и потреба, захтева и степена коришћења здравствене заштите често се спроводе заједно. При томе се примењују сви они методолошки принципи које захтева истраживачки рад у становништву оријентисан не само ка мерењу здравственог стања, већ и потреба и захтева за здравственом заштитом. Овакав рад, поред спознаје свега наведеног укључује и доношење предлога мера за унапређење и рационализацију здравствене заштите. У одређеним аспектима то је врста модела за такве приступе, а у одређеним модификацијама, поштујући специфичности различитих популационих група, може се применити и на целокупно становништво. На примеру популације бораца НОР-а, илустрована је примена наведеног приступа у смислу израде и примене методолошких материјала, сагледавања здравственог стања, потреба и захтева за здравственом заштитом као и предлога мера за разрешавање приоритетних питања здравствене заштите.

Да би се стекао потпунији увид у заступљеност и величину проблема предуслова за настанак водећих масовних хроничних болести (посебно кардиоваскуларних обољења), што је од посебног значаја за превентивну здравствену заштиту, неопходно је идентификовати факторе ризика као и групе на високом ризику за настанак ових обољења. Бројне специфичности праћења и проучавања стања здравља и ефеката фактора ризика на настанак клиничких манифестација процеса атеросклерозе биће илустровани налазима у Југословенској студији кардиоваскуларних обољења која већ преко 25 година обухвата преко 11 000 особа у проспективном истраживању.

На примеру масовно заступљених обољења као што су водеће кардиоваскуларне болести, детаљније је разматрана проблематика ових болести, кретање њихове заступљености и димензионирање величине проблема у морбидитету, морталитету а посебно значај високог фаталитета. Коришћење појединих видова здравствене заштите ће бити презентирано при разматрању параметара морбидитета.

Сумирајући приступе као и садржаје програма истраживања здравственог стања становништва напомињемо да у томе посебног значаја има:

1. Израда одговарајућих методолошких материјала – мерних инструмената (упитници, обрасци) као и критеријума за евалуацију здравственог стања;
2. Анализа по најважнијим демографским карактеристикама становништва: утицај раста становништва, рађање и плодност, смртност, узроци смрти, утицај старосне структуре, утицај социјалног и професионалног положаја;
3. Дескрипција особености (групне и личне карактеристике као и патогенетске навике, водећи фактори ризика, основне психосоцијалне карактеристике) популације обухваћене истраживањем, као и анализа морбидитета онеспособљености и морталитета у тим популационим групама у зависности и у међуодносу са појединим факторима ризика или болестима;
4. Сагледавање и проучавање појединих услова животне средине од значаја за здравствено стање, онеспособљеност и морталитет становништва;
5. Мултидимензионално сагледавање и праћење здравственог стања становништва,

укључујући и степен функционалне способности као и онеспособљеност за свакодневне активности, заступљеност последица и обољења и повреда;
6. Субјективна евалуација здравља, елементи здравља и квалитета живота и утврђивање потреба и захтева становништва за појединим облицима здравствене заштите;
7. Утврђивање вредности и дистрибуција за поједине биохемијске и друге значајне објективно утврђене особености појединих популационих субгрупа обухваћених истраживањем.

4. Потребе и захтеви за здравственом заштитом

Иако су опште законитости о основним обележјима коришћења здравствене заштите релативно добро познате, може се истаћи да је остало низ отворених питања која захтевају њихову даљу евалуацију у пракси, као и даља истраживања у области. То је разумљиво када се имају у виду различите прилике под којима становништво појединих подручја (село-град, развијено-мање развијено и сл.) реализују своје захтеве и потребе у здравственој заштити. Разлике проистичу и из низа других фактора као што су пол, старост, тип осигурања, врста обољења, степен едукације, развијеност и близина здравствене институције, ставови према здрављу и болести итд.

Из тих разлога рад на континуираном праћењу ових параметара и њиховој евалуацији је нужно потребан јер се суочавамо са веома брзим и динамичним порастом потреба и захтева за различитим видовима здравствене заштитне, што се запажа последњих година у свим земљама света па и код нас. Ово са своје стране условљава одговарајуће диспропорције између облика и структуре здравствене потребе и захтева као и материјалних и других средстава потребних за њихову реализацију.

Потребе у највећој мери објективно произилазе из чињенице о насталим променама у морбидитету становништва са доминацијом хроничних незаразних обољења, онеспособљеношћу и зависношћу и све већем порасту старог и остарелог становништва, при чему су све израженији и социјални процеси дезинтеграције и смањивања заштите функције породице. Из тих разлога комбинована сазнања о „стварном“ *морбидитету, потребама, испољеним захтевима*, као и *степену задовољења тих захтева* има великог значаја за планирање, израду и спровођење програма и мера савремене, свеобухватне здравствене заштите и одређивање приоритета у предузимању одговарајућих мера у здравственој заштити.

Када се посматрају и изучавају одређене потребе и захтеви за здравственом заштитом онда је потребно истаћи нека суштинска питања. Наиме, по дефиницији која је прихваћена и уобичајена у терминологији код нас, ови појмови произилазе из категорија активне и пасивне здравствене заштите становништва.

Активна здравствена заштита обухвата здравствене мере које је нужно предузимати од стране друштва и здравствене службе, односно кадрова здравства и организованом облику заштите здравља становништва. Ове мере подразумевају унапређење здравља, специфичну превенцију и рано откривање болести. Према томе би *и ови облици здравствених мера* у области активне здравствене заштите били истовремено и синоним за појам *здравствених потреба*.

Под *пасивном здравственом заштитом* подразумева се заштита здравља становништва у свим случајевима када се појединци обраћају здравственим институцијама ради решавања својих здравствених проблема у случају болести и других стања, која захтевају консултације или интервенције лекара. Аналогно претходном и појам здравствених захтева би био синоним за основу и садржај делатности пасивне здравствене заштите.

Међутим, ови појмови се не користе у свим случајевима у споменутом смислу. У многим радовима и студијама које обрађују коришћење здравствене заштите под појмом *захтева* у општем смислу, подразумева се

познати *морбидитет становништва*, а под појмом потреба – *непознати морбидитет* који се не презентира у рутинској здравственој статистици (статистичкој информатици здравствене службе).

5. Уместо закључка

У циљу ефикасне евалуације и мониторинга здравственог стања потреба и захтева за здравственом заштитом становништва, нужно је одређене концепте и приступе здрављу сагледати и одредити (мерити) унутар свих *пет димензија здравља*. Ово подразумева физичко, ментално, социјално и субјективно здравље као и функционалну способност.

Значајан допринос бољем и целовитијем разумевању „здравља“ и других збивања у заједници даје *еколошки приступ* изражен концептом интеракције узрочника и домаћина под одређеним условима средине. Ово резултира природним током обољења у којем поред препатогенезе као и патогенезе има посебног значаја за евалуацију здравственог стања. Резултате дисбаланса еквилибријума здравља могуће је квантифицирати и одређеним показатељима-параметрима морбидитета и морталитета и бројчано изразити. Обично се говори о амбуланино-поликлиничком и болничком морбидитету, апсентизму и инвалидитету као и морталитету. Информације о овоме имамо у подацима здравствене и виталне статистике.

У специјалним истраживањима одређује *се преваленција и инциденција* обољења као и други облици поремећаја здравља или феномена од значаја за здравље као фактори који су асоцирани са тим појавама. У овоме концепт који се односи на *последице обољења* је од изузетног значаја јер поред поремећаја и лимитације функције као и хендикепа води у даљи губитак аутономности и стварање зависности са значајним последицама на квалитет живота.

Израда и промена одговарајућих *мерних инструмената* за евалуацију здравственог стања је од примарне улоге у евалуацији и мониторингу ових феномена.

Утврђивање фактора ризика и њихове асоцираности са настанком обољења а и других појава је од посебног значаја не само ради бољег разумевања етиопатогенезе већ и због детерминисања чинилаца на које треба превентивно деловати. Изучавање фактора ризика (заступљеност, интензитет, трендови), посебно *мултипилог ризика,* има нарочито место у савременом проучавању здравственог стања становништва. Концепт фактора ризика чини основу популацијском и индивидуалном приступу у унапређењу здравља становништва.

Презентирани концепти здравља заједно се *епидемиолошким приступом* дају основу евалуацији и мониторингу здравственог стања. У овом контексту, епидемиологија је схваћена у три њена значења: 1. као наука проучавања и синоним природног тока обољења, 2. метод епидемиолошке анализе и 3. као метод у утврђивању чинилаца битних за настанак обољења и других феномена поремећаја здравља.

Наведена разматрања чине основу приступа евалуацији мониторингу здравственог стања – потреба и захтева за здравственом заштитом становништва.

Онај који види невидљиво, може да изведе неизводљиво.

Камен који представља препреку на путу слабима, за јаке је степеник више.

Не покушавајте да будете бољи од других. Пробајте да надмашите себе.

Стручни и научни радови

Организована обука за управљање у здравству – трајна потреба савременог здравственог менаџера*

П. Довијанић[1]

Знање је као љубав,
све је веће кад се дели.

Познато је да је и код нас, као и у већини земаља Западне Европе, дипломац високе школе оспособљен више за интелектуалне него за практичне изазове живота око себе и професије у којој је. Ово правило важи и за свакога од нас: поготову се то односи на оне међу нама (лекаре пре свих) који поред своје професионалне дужности преузму и улогу руководилаца здравствене установе или неке од служби, односно организационих јединица у оквиру здравствене установе. Иако дужности руководиоца у здравству нисмо до сада вредновали према правилима менаџерства у привредним организацијама, промењени друштвено-економски односи и измењен статус здравствених установа у нас све више упућују на тај колосек. Менаџерство и маркетинг све више улазе у свакодневни живот сваке иоле проспективније фирме, било из области привреде, било из неког од сегмената комплекса тзв. друштвених делатности. Ови појмови, њихов садржај и значење постају све више одомаћени у пракси пословања и наших здравствених установа, разуме се у специфичној, хуманијој форми прикладној за делатност на здравственој заштити популације.

Руководилац здравствене установе и у нас све ће више и чешће долазити у ситуацију да брзо доноси пословну одлуку од значаја за установу, или део установе, за коју мора да узме у обзир читав низ елемената који, у буквалном смислу речи, нису ни у каквој директној вези са професијом, односно послом којим се бави.

Разуме се да се он за такве ситуације мора оспособити, припремити; мора се обучити. Све више ће и за руководиоце здравствених установа важити правило да они „мисле унапред и са стране не заборављајући да погледају уназад и изнад себе".

И иначе, ми смо као професија „осуђени" на перманентно усавршавање према начелу: „медицина је доживотни студиј". Ова обавеза и потреба посебно важи за здравствене раднике руководиоце у здравственој служби. Познате су нам поставке о важности трајног стручног усавршавања као фактора стручног напретка и квалитета рада сваког здравственог радника. Данас нема никога ко би посумњао у исправност таквих захтева који иначе имају и пуну научну, друштвену и законску подршку.

У обуци кадрова за управљање у здравству потребно је да се избегну познати разлози релативног неуспеха уобичајених облика стручног усавршавања. Консултујући како литературу о том проблему, тако и познате експерте из одговарајућих научних области и стручних дисциплина, као и људе из праксе, ми сматрамо да у овој врсти едукације треба обезбедити следеће полазне поставке:

---

* Рад изложен на I Семинару „Менаџмент у здрављу", Институт за социјалну медицину и ХЕ заштиту КБЦ Звездара, Наставна база, Стоматолошки факултет Београд, април–јуни 1991. године.

[1] Проф. др Предраг Довијанић, начелник Клиничког института за социјалну медицину и ХЕ заштиту КБЦ Звездара, Наставна база Стоматолошког факултета.

1. да сви формални облици обуке буду пре свега инструктивног карактера,
2. да понуђени садржаји обуке одговоре потребама и да говоре о проблемима који су пре свега важни за праксу,
3. да настава у обуци буде што је мање могуће теоријска и вербална а да теме обрађују и своје виђење проблема износе личности највишег научног односно стручног ауторитета, и да се уз то омогући да о проблемима говоре и своја сазнања или размишљања слободно излажу они који имају и непосредна искуства у раду у околностима у којима се одвија професионална делатност учесника Семинара,
4. да се у обуци примене и користе методе које ће мотивисати учеснике да буду активни учесници расправе а мање пасивни слушачи,
5. да се здравствени радници у процесу обуке још више оспособе за мукотрпни а тако одговорни, вишезначајан и слојевит посао руковођења и управљања.

Из оваквог нашег приступа овом специјализованом облику едукације, дакле једном облику стручног усавршавања *вишег нивоа*, није довољно само *присуствовање учесника*. Ради постизања правих, жељених резултата, веома је важно да се нови научни и стручни садржаји који ће се излагати током едукативних сесија не примају пасивно већ уз активно суделовање. Ми сматрамо да, насупрот уобичајеном традиционалном начину „наставе“, овај облик едукације омогући и стимулише комуникацију, да даје информације, да поставља проблеме које ће учесници, у сарадњи са предавачима, решавати на темељу својих искустава и добијених сазнања.

Битно је у свему томе да се кроз сам процес обуке увећа знање из области руковођења и управљања, одлучивања и организовања рада, итд., све у сврху (ради) *повећања поуздања сваког појединца у самог себе*, јер нико од нас у овом послу не полази од нуле!

У конципирању овог облика едукације треба поћи и од оцене да у савременом систему односа у друштвеној заједници, и у здравственој установи, стручни руководилац институције мора да се постави тако да стриктно поштује одређена ограничења своје улоге али да предузимљиво делује као да тих ограничења нема; он мора активирати решавање најзамршенијих дилема и осетљивих спорова, али на дискретан начин; он треба да осети процедуралне и тактичке замке настале због „околности“, свесно или несвесно „креиране“ од стране сарадника, и да их избегне или разрешава када је то корисно за установу или и за болеснике. Такав руководилац треба унапред да зна да не може све да уради што је потребно, или се захтева, али тако дејствовати као да се то не зна. У односима са непосредним сарадницима он је често у ситуацији да у правој сразмери комбинује опора указивања, енергична убеђивања и блага наређивања. Он мора да ствара прецизну равнотежу у колективу често драстичних неравнотежа, он мора да прихвати искушења напретек а да се одрекне права на разочарење и умор. Свим својим силама руководилац здравствене установе мора да брани дух и слово како Хипократове заклетве, тако и законских аката установе и друштва.

Све ово и много шта друго подразумева мисија руководиоца здравствене установе који је њен службеник највишег ранга и далеко од тога да буде само то!

Снагом своје личности и стручношћу добар руководилац савремене здравствене установе, или службе, треба да стекне професионалну моћ да фасцинира, инспирише, сублимира и координира како рад својих сарадника, тако и односе здравствених радника и болесника.

Организованом едукацијом и обуком, треба да помогнемо садашњем, актуелном, пословодству здравствене службе у незаобилазној акцији на решењу традиционалних стереотипа насталих из укорењених представа о супремацији наше професије - медицине над осталим научним дисциплинама у области руковођења и управљања здравственим установама. Наглашавам ово *здравственим*, што

је, разуме се, шире него када кажемо - медицинским установама.

Прошла су такође и времена заваравања када смо сматрали апсурдом или јересом и саму помисао на увођење неких облика тржишних односа у области здравствене заштите популације. Данас се већ узима као нормално, и све ће се интензивније захтевати, да свака *савремена здравствена установа*, а нарочито установа болничког типа и карактера, треба да има свој *програм маркетинга тзв. маркетиншку подршку својих стручних делатности*.

У овом случају, разуме се, маркетинг једне здравствене установе има специфичне циљеве да, пре свега, идентификује актуелне потребе и очекиване захтеве популације у целини, и посебно подручја која „покрива“, и да онда представи своје програме, кадровске и просторне ресурсе, своју делатности и правце развојних опредељења усмерене на линију успешног реализовања тих потреба или очекиваних захтева за медицинском помоћи односно здравственом заштитом тог становништва.

У друштвено-економским односима који се мењају, атрактивност и успешност здравствене установе зависиће све више од тога колико је она успела да се избави, извуче, израсте из сивила безличности; колико да наметне своју, аутохтону концепцију; специфичне програме; високо специјализоване службе; доказану стручност свога кадра и пријатни социјално-психолошки миље за болеснике (које прима као драге госте у невољи). Таква институција мора да негује своју традицију али и да покаже да рачуна, планира, развија себе на дуги рок зарад популације којој се посветила. Нудећи програме за унапређење своје делатности, негујући добре односе са друштвеном средином, стварајући климу узајамне потребе омогућава истовремено да и та друштвена околина прихвати здравствену установу као своју институцију, као незаобилазну компоненту - а не само потребу - свога цивилизацијског развоја, те да јој као таквој пружају одговарајућу материјалну колико и моралну помоћ и подршку.

И на крају, ми треба да полазимо и од прихваћених оцена да успостављање здравствене политике на реформском курсу подразумева савремену организацију рада, чисте односе и слободну конкуренцију знања, квалитета, ефикасности и продуктивности. За успостављање таквих односа неопходне су, поред осталог, стандардизоване процедуре, поуздане, тачне и контролисане базе података и квалитетне информације, као и руководећи кадар који то све треба да обезбеди и да уме да користи у процесу управљања, руковођења и одлучивања.

Зато ова обука треба управо да иде у сусрет таквој потреби и да одговара императиву времена у коме се налази здравствена делатност а још и више приликама у које улазимо. Према нашим прогнозама, времена која долазе за нас неће бити тежа, јер не знам када су уопште и била лака, али ће околности у којима се одвија рад, као и сам статус здравствених установа, бити комплексније, компликованије и још више трауматогене.

Ми се искрено надамо да организована, специјализована обука из менаџмента мора помоћи да руководиоци наших здравствених установа, као и сама здравствена делатност, лакше и са бољим резултатима прихвате изазове нових друштвено-економских односа и социјално-медицинских прилика.

Оваква обука треба да је постављена у облику савременог мултидисциплинарног пројекта са израженим мултисекторским едукационим карактером и садржајем. Сматрамо да је у таквом контексту мање важно ко су формални носиоци организације обуке и да њеној вредности доприноси, пре свега, ауторитативан стручни кор састављен од познатих и признатих научних радника, стручњака, личности одабраних из одговарајућих институција, великих здравствених установа и ауторитативних органа и организација система здравства.

Обуку треба организовати у сарадњи са истакнутим институцијама за здравствени „менаџмент“ у свету које су водећи национални а посебно европски, па можда и свет-

ски центри за ову област, са великим искуством и доказаним и признатим резултатима у едукацији кадрова широм света као колаборативни центри СЗО.

Таква обука треба да помогне и омогући „меко слетање“ наших здравствених установа и новокомпоноване социјалне и економске услове рада и развоја друштвених делатности и система здравства самог, и да менаџери стекну што више знања о предусловима и технологијама управљања у здравству и о њиховим могућностима и ограничењима, једном речју, да буду у стању да оцењују вредности појединих метода и техника применљивих у процесу руковођења, да се оспособе да изаберу најбоља могућа решења за одређене ситуације на различитим нивоима (почев од одељења до установе у целости или пак система здравства на вишем степену).

Стручни и научни радови

Увођење нове организације руковођења *

З. Глушица [1]

Увод

Типично велико предузеће кроз двадесетак година неће имати ни упола ниво данашње управе и не више од трећине данашњих управних органа. Што се тиче његове структуре и његових брига и проблема око управљања, оно ће мало подсећати на типичну производну компанију из педесетих година нашег века, која се у уџбеницима и данас сматра правилом. Вероватније ће личити на организације на које данас не поклањају много пажње ни постојећи управни органи ни стручњаци за управљање: на болницу, универзитет или симфонијски оркестар. Слично њима, типично пословно предузеће заснивање се на знању, биће већином састављено од стручњака који управљају и контролишу сопствени рад путем организоване повратне везе са колегама муштеријама и славном управом. То ће бити оно што ја називам организацијом заснованом на информацијама.

Пословна предузећа, особито велика, имају мало избора сем да се ослањају на информације. Центар гравитације у запошљавању брзо се помера са физичких и административних радника на стручњаке који се опиру командно-контролном моделу какав је пословни свет преузео од војске пре сто година. И економика такође диктира промену, нарочито потреба великих предузећа да уводе новине и постану предузетници. Поврх свега, такво померање захтева технологија информација.

Напредна технологија обраде података није, разуме се, неопходна да би се створила организација заснована на информацијама. Британци су израдили управо такву једну организацију у Индији када је гушчије перо представљало „технологију информација“ а курири служили као „телекомуникациони“ системи. Међутим, док све више преовлађује модерна технологија, морамо се још интензивније упустити у анализу и дијагнозу – што ће рећи у „информације“ – или ризикујемо да будемо преплављени подацима које стварамо.

Већина корисника компјутера користи нову технологију само зато да би брже обављали оно што су одувек радили да би манипулисали конвенционалним бројевима. Али, чим нека компанија предузме прве пробне кораке од података ка информацијама, почињу да се мењају њен процес одлучивања, структура управе, па чак и начин на који она обавља свој посао. То се већ догађа, веома брзо, у извесном броју компанија широм света.

Први корак тог процеса преображавања можемо видети кад размотримо утицај компјутерске технологије на одлуке о инвестирању капитала. Не постоји ни један прави начин за анализу предложеног улагања капитала. Да бисмо то схватили, морамо спровести најмање шест стандардних анализа процењујући ризике и трошкове у односу на евентуалну добит. Ко год учи књиговодство учи начела. Међутим, пре увођења обраде података, завршетак таквих анализа изискивао је мучно дуготрајно ангажовање службеника. Данас свако са компјутером и програмом на великом листу хартије треба да је у

* Рад изложен на I Едукационом семинару „Менаџмент у здрављу“, април–јуни, 1991, Београд.

[1] Проф. др Здравко Глушица, професор Института за интернационални менаџмент.

стању да то учини за неколико часова.

Расположивост тих информација мења анализе о улагању капитала из мишљења у дијагнозу, у рационално одмеравање алтернативних претпоставки.

Друга област на коју делује то када нека компанија усредсређује своју способност за обраду података на добијање информација, јесте њена структура. Готово одмах се запажа да може драстично да се смањи број управљачких нивоа као и број менаџера. Разлог је јасан, постоје читави слојеви управе који нити одлучују нити воде.

Уместо тога, њихова главна, ако не и једина функција се састоји у томе да послуже као „релеји“ – као људски подстрекачи једва чујних неконцентрисаних сигнала који се сматрају комуникацијама у традиционалној преинформацијској организацији.

До тог открића је дошао један од највећих америчких произвођача војне опреме када се поставило питање какве су информације потребне његовим корпоративним и оперативним менаџерима да би обављали свој посао. Трагање за одговором открило је да читави слојеви у управи – можда чак и шест од укупно четрнаест – постоје само стога што та питања нису раније постављена. Компанија је имала обиље података, али је те податке увек користила више ради контроле него ради информација.

Орīанизација сīручњака

Информације су подаци који су важни и целисходни. Према томе, за претварање података у информацију потребно је знање, а знање је по дефиницији специјализовано. Организација заснована на коришћењу информација захтева далеко више сваковрсних стручњака него командно-контролна компанија на коју смо навикли. Поврх тога, стручњаке налазимо у оперативи, а не у управама корпорација. У ствари, оперативни део компаније тежи да постане организација стручњака.

Организацијама заснованим на информацијама потребан је као и увек централизовани оперативни рад као што су правни савети, рекламна служба и синдикални односи. Међутим, потреба за услужним особљем – то јест за људима без оперативне одговорности, који саветују, упућују или координирају – знатно се смањује. У централном руководству организације која се заснива на информацијама потребан је мали број стручњака, уколико је уопште и потребан.

Услед своје више једнолике структуре, велика организација која се заснива на информацијама, више ће личити на пословно предузеће од пре сто година него на данашње велике компаније. Међутим, у оно време целокупно знање поседовали су људи на врху. Остали су били или помоћници или шегрти, који су углавном радили исти посао и то онако како им је било речено. У организацији заснованој на информацијама знање ће првенствено бити у бази, у главама стручњака који обављају разне послове и сами собом руководе. Данашња типична организација у којој је знање усредсређено у услужном особљу, несигурно смештеном између највиших руководилаца и људи из оперативе, сматраће се једном фазом, више покушајем да се знање улије са врха него да се информације добију одоздо.

Најзад, посао ће се обавити друкчије у организацијама које се заснивају на информацијама. Традиционална одељења служиће као чувари стандарда, као центри за обуку и распоред специјалиста. Њих неће бити тамо где се обавља рад. То ће се одигравати углавном у тимовима усредсређеним на задатак.

Та промена је већ у току у нечем што се обично сматрало најјасније дефинисаним одељењем – научноистраживачком. У подручју фармације, телекомуникација, индустрије папира, традиционални редослед: научни рад, развој, производња и маркетинг, замењен је синхронизацијом; специјалисти из свих тих области раде заједно од самог почетка истраживања па све до изношења производа на тржиште.

Остаје да се види како ће се развијати оперативне снаге да би се латиле других пословних могућности и проблема. О потреби

за оперативном групом, о њеном задатку, саставу и вођству одлучиваће се од случаја до случаја. Једна ствар је ипак јасна: такви ad hoc тимови захтеваће већу самодисциплину и већи нагласак на индивидуалној одговорности ради повезаности и комуницирања.

Рећи да технологија информација преображава пословна предузећа је једноставно. Теже је дешифровати шта ће тај преображај захтевати од компанија и врховног руководства. Сматрам корисним да се потраже индиције у другим врстама организација које се заснивају на информацијама као што су болнице, симфонијски оркестри и некадашња британска управа у колонијалној Индији.

Болница са око четири стотине кревета има обично неколико стотина лекара и 1 200 до 1 500 осталог болничког особља подељеног на шездесетак специјалности. Свака специјалност располаже сопственим знањем, обуком и језиком. У свакој специјалности, посебно кад је реч о болничком особљу ангажованом у клиничким лабораторијама и физикалној терапији, постоји руководилац који је стручњак који активно ради у струци, а не управник са пуним радним временом, шеф сваке специјалности реферише непосредно главној управи, а између њих је мали број посредника. Добар део рада обавља се у ad hoc тимовима, формираним према томе шта захтева стање сваког појединог пацијента.

Нема посредничке управе

Симфонијски оркестар је још поучнији пример, јер за нека дела може бити потребно и по неколико стотина музичара који заједно свирају на позорници. У складу са постојећом теоријом о организацији, требало би да постоји више помоћних диригената, можда чак пола туцета њих.

Међутим, ствари не функционишу на тај начин. Постоји само један диригент, односно главни извршни орган; сваки појединн музичар свира непосредно за ту личност без посредника и сваки од њих је висококвалификовани стручњак, односно уметник.

Али, најбољи историјски пример велике и успешне организације која се заснива на информацијама, организације без икакве посредничке управе, била је британска цивилна управа у Индији.

Британци су владали индијским потконтинентом пуне две стотине година, почев од средине XVIII века, па све до краја другог светског рата, не уносећи никакве суштинске промене ни у организациону структуру нити у административну политику. Њихова „Индијска цивилна служба“ није никад бројала више од хиљаду чланова који су одржавали државну управу у пространом и густо насељеном потконтиненту.

Већина Британаца били су веома млади; тридесетогодишњак се сматрао искусном особом, нарочито првих година. Већина их је живела сама у изолованим постајама, а током првих сто година није било ни телеграфа ни железнице.

Организациона структура била је веома једнолика. Сваки окружни начелник подносио је извештај непосредно покрајинском политичком секретару. Сваком политичком секретару непосредно је реферисало бар стотинак људи, много више него што је допуштала доктрина распона контроле. Упркос томе, систем је изузетно добро функционисао, углавном због тога што је био замишљен тако да обезбеди да сваки његов члан добије информације које су му потребне за његов посао.

Сваког месеца окружни начелник проводио је читав дан пишући извештај политичком секретару у престоници дотичне области. Он је претресао сваки главни задатак – било их је свега четири и сви су били јасно разграничени. Детаљно је реферисао шта је очекивао да ће се десити у вези са сваким од њих, затим шта се стварно дешавало и зашто. Потом је писао шта је очекивао да ће се догодити следећег месеца у вези са сваким кључним задатком и како ће он у вези с тим поступити, постављао је питања о политичким мерама и коментарисао дугорочне могућности, проблеме и потребе. Са своје стране, политички секретар му је одговорио, упућујући детаљне коментаре.

На основу ових примера, шта можемо рећи о захтевима организације која се заснива на информацијама? У чему ће се вероватно састојати проблеми њене управе? Погледајмо најпре захтеве. Неколико стотина музичара и њихов главни извршни орган, односно диригент, могу да свирају заједно јер сви имају исту партитуру. Она одређује шта ће флаутисти и тимпанисти да свирају и када, а диригенту каже шта да очекује од сваког музичара. Слично томе, сви специјалисти у болници имају један заједнички задатак: да негују и лече болеснике. Њихова „партитура“ је дијагноза; она диктира шта сваки члан медицинског тима треба да чини.

Другим речима, организације које се заснивају на информацијама захтевају јасне, заједничке циљеве који се претварају у одређене поступке. Међутим, у исто време организације које се заснивају на информацијама захтевају и усредсређивање на један циљ или, у најбољем случају, на неколико циљева.

Пошто су „свирачи“ у организацији која се заснива на информацијама стручњаци, њима се не мора рећи како да раде свој посао. Вероватно постоји мало оркестарских диригената који су у стању да одсвирају једну једину ноту на хорни, а још мање да хорнисти покажу како да то учини. Али, диригент може да усмери вештину и знање хорнисте да свира заједно са оркестром. Та врста усмеравања је оно што руководиоци неког пословног предузећа заснованог на информацијама морају да постигну.

Међутим, у пословном свету не постоји „партитура“ по којој ће се свирати осим оне која се ствара током свирања. А обављањем неког посла непрекидно се стварају нове и разне партитуре према којима се процењује њихово извођење. Према томе, предузеће које се заснива на информацијама мора да се усредсреди на циљеве који јасно изражавају какве резултате очекује управа, како за предузеће тако и за сваког стручњака и мора да се усредсреди да организује повратне податке који упоређују остварене резултате са очекиваним учинком тако да сваки члан може сам себе да контролише.

Одговорност за информацију

Други захтев који се поставља пред организацију која се заснива на информацијама је у томе да свако преузме одговорност за информацију. Фаготиста у оркестру чини то сваки пут кад одсвира неку ноту. Лекар и болничко особље користе се са сложеним системом извештаја и са информативним центром, тј. собом дежурне сестре на пацијентовом спрату. Окружни начелник у Индији покоравао се овој одговорности сваки пут кад је писао извештај.

Кључ таквог система је у томе што се свако пита; ко у овој организацији зависи од мене и за какве информације? И од кога ја, са своје стране, зависим? На списку сваке личности налазиће се имена претпостављених и потчињених, али ће најзначајнија имена бити имена колега, људи са којима се главни однос састоји у координацији. Један такав пример је однос интернисте, хирурга и анестезиолога. У фармацеутској компанији тај однос важи за биохемичара, фармаколога, главног лекара задуженог за клиничко испитивање и стручњака за маркетинг. И ту се од сваког учесника захтева да преузме пуну одговорност у погледу информација.

Одговорност за информације које иду другима се све више схвата, нарочито у компанијама средње величине. Међутим, одговорност за информације пред самим собом се и надаље добрим делом занемарује. Хоћу рећи, сваки члан неке организације треба стално да размишља које су му информације неопходне да би обавио посао и дао свој допринос.

То је можда најрадикалнији прекид са начином на који се данас воде чак и високо компјутеризована пословна предузећа. Људи у њима претпостављају да уколико имају више података утолико ће имати и више информација – што је оправдана претпоставка када су подаци били оскудни, али која сада, кад података има у изобиљу, води преоптерећености подацима и блокади информација. Или верују да стручњаци за информације знају какви су подаци потребни извршним

органима и стручњацима за њихово информисање. Међутим, стручњаци за информације су алатничари. Они могу да кажу који алат треба употребити да би се ексерима причврстио тапацирунг за столицу. Извршни органи треба да одлуче да ли је уопште потребно да њихове компаније тапацирају столице или не.

Извршни органи и професионални стручњаци морају да смисле које су им информације потребне: пре свега, да знају шта раде; потом, да одлуче шта треба да раде и, најзад, да оцене да ли добро раде. Док се то не спроведе, одељења управно-информацијских система ће вероватно остати центри за издатке уместо да постану центри за резултате, као што би то требало.

Већина великих пословних предузећа има мало заједничког са примерима које смо изнели. Ипак, да би остала конкурентна она ће морати да се претворе у организације које се базирају на информацијама, и то прилично брзо. Биће принуђена да промене старе навике и усвоје нове. А уколико је нека компанија успешнија утолико ће овај процес бити тежи и мучнији. Он ће угрозити радна места, положај и изгледе приличног броја људи у организацији, нарочито људи на средњим положајима који теже да буду најмање покретљиви и да се осећају најбезбеднијим у свом раду на својим положајима, у својим односима и понашању.

Организација која се заснива на информацијама поставиће такође своје специфичне управне проблеме. Сматрам да су од пресудне важности следећи поступци:

1. Увођење награда, признања и могућности за напредовање кад су у питању стручњаци.
2. Стварање јединственог критеријума у некој специјализованој организацији.
3. Планирање управне структуре ради организовања оперативних група.
4. Обезбеђивање понуде, припреме и провере људи за највише управне положаје.

Фаготисти вероватно нити желе нити очекују да буду било шта друго до фаготисти; њихови изгледи за напредовање састоје се у преласку са другог фагота на први и можда преласку у неки бољи и чувенији оркестар. Слично томе, многи медицински техничари нити очекују нити желе да буду ишта друго до медицински техничари; њихови изгледи за напредовање састоје се у томе да им се пружи озбиљна прилика да постану виши техничари, а понекад и могућност да постану директор лабораторије. Окружни начелник у Индији није, практично, имао изгледа за професионално напредовање, осим да после три године окапања буде премештен у неки већи округ.

Могућности за стручњаке у некој пословној организацији која се заснива на информацијама треба да су веће него што су у оркестру или болници, далеко веће него у државној служби у Индији. Међутим, као и у тим организацијама, постојаће могућности за напредовање у границама њиховог рада, али за ограничено напредовање. Напредовање до „управе“ ће представљати изузетак, јер ће бити далеко мањи број упражњених места на нивоу средње управе. То је у оштрој супротности са традиционалном организацијом где главни правац напредовања није у домену специјалности већ опште управе.

Пре више од тридесет година компанија „General Electric“ се позабавила тим проблемом стварајући „паралелне могућности“ за „поједине стручне сараднике“. Многе компаније повеле су се за тим примером, али су га професионални стручњаци углавном сами одбацили као решење. За њих – и за њихове колеге из управе – једине могућности које су имале неког смисла биле су напредовање до управљачких редова. А компензациона структура у већини пословних грана подржава такав став јер он изразито нагиње управним положајима и титулама.

Овај проблем није лако решити. Извесна помоћ може стићи од великих правних и саветодавних фирми, где су чак и старији ортаци често стручњаци док сарадници који нису унапређени у ортаке доста рано отпадају. Међутим, ма на којој шеми инсистирали, она ће функционисати само ако се вред-

ности и компензациона структура послова драстично измене.

Други изазов са којим се суочава управа је да својој организацији стручњака пружи неко опште виђење, сагледавање целине.

Од британског окружног органа у Индијској цивилној служби се очекивало да има увид у „целу" област. Али, да би му се омогућило да се на њу усредсреди, државне службе које су настале у XIX веку, као што су шумарство, наводњавање, путеви, археолошка испитивања, народно здравље и хигијена, биле су организоване изван административне структуре и практично да је окружни начелник постајао све изолованији од делатности које су често биле од највећег значаја за његову област. На крају, само су обласна власт или централна влада у Делхију имале увид у „целину", а тај увид је био све апстрактнији.

Подстицање професионализма

Пословно предузеће једноставно не може да функционише на тај начин. Њему су потребни увид у целину и усмеравање на целину коју ће заједно користити многи његови професионални стручњаци, у сваком случају они старији. А, ипак, оно ће морати да подстиче понос и професионализам својих стручњака – ако ништа друго оно стога што би у одсуству могућности да буду унапређени у средњи слој управљача, њихова мотивација морала потећи из тог поноса и професионализма.

Један начин да се подстиче професионализам води кроз наименовање у оперативне групе. Предузеће које се заснива на информацијама користиће мање самоуправне јединице којима ће додељивати довољно значајне задатке „око којих ће се заузети добар човек", како вели стара изрека. Али у којој мери предузеће које се заснива на информацијама треба да ротира стручњаке изван њихових специјалности и да их премешта на нове? И до које ће мере врховна управа морати да прихвата као свој приоритетни задатак стварање и одржавање заједничке визије широм професионалних специјалности?

Великим ослањањем на оперативне тимове решава се један проблем, али се отежава други: управна структура организације заснована на информацијама. Ко ће бити пословни менаџери? Хоће ли они бити вође оперативних група? Или ће постојати чудовиште са две главе – стручна структура која би се, можда, могла упоредити са дежурним лекаром у болници, и административна структура састављена од шефова оперативне групе?

Одлуке са којима се суочавамо кад су у питању улога и задатак вођа оперативних група су рискантне и контроверзне. Да ли они имају стални задатак аналоган послу главне сестре у болници? Или је функција оперативног задатка да се мења заједно са задатком? Да ли је то неко наименовање или неки положај? Повлачи ли за собом неки ранг, а ако је тако, хоће ли вође оперативних група постати оно што су били менаџери за производњу у некој великој компанији: основне јединице управе и оперативни референти компаније? Могу ли руководиоци оперативних група једног дана заменити шефове одељења или потпредседнике?

Постоје знаци о свим тим развојима, али нема ни јасног тренда ни много разумевања о томе шта сваки од њих повлачи за собом. Ипак ће улога сваке оперативне групе довести до једне друкчије организационе структуре која ће се разликовати од било које нама познате.

Најзад, најтежи проблем ће вероватно бити да се обезбеди понуда, припрема и провера људи за највише положаје. То је стара дилема и један од главних разлога за прихватање децентрализације у великим предузећима током последњих четрдесет година. Међутим, данашња пословна организација садржи мноштво средњих руководећих положаја од којих се очекује да припреме и провере неку особу. То је разлог што постоји обично много особа које су подобне за избор приликом попуне неког вишег руководећег места. Кад се нагло смањи број положаја средњих руководилаца одакле ће потицати највиши извршни органи у организацијама које се заснивају на информацијама? Каква

треба да буде њихова припрема? Како ће се они проверити?

Децентрализација у аутономне јединице биће несумњиво од још пресуднијег значаја но што је данас. Можда ћемо се угледати на немачку групу, у којој се децентрализоване јединице организују као посебне компаније са сопственим највишим органима. Немци се служе тим моделом баш због свог традиционалног начина унапређивања људи у оквиру њихових специјалности, нарочито у подручју истраживања и инжењеринга; ако не би располагали командним местима у безмало независним филијалама, питање је где би могли да постављају те људе, а уз то би имали мало прилике за обуку и тестирање својих најперспективнијих стручњака.

Можемо исто тако да констатујемо да се већи број руководећих места у великим компанијама попуњава људима из мањих компанија. Такав је и начин на који велики оркестри долазе до диригената – млади диригент стиче искуство и признање у малом оркестру или оперској кући само зато да би га приграбио неки већи оркестар или опера.

Управници приличног броја великих болница прошли су кроз сличну каријеру.

Може ли пословно предузеће да следи пример оркестра и болнице, чији највиши руководиоци имају потпуно одвојену каријеру? Диригенти и управници болница завршили су дириговање или школе за управљање болницама. У Француској велике компаније често воде људи који су целокупну своју дотадашњу каријеру провели у државној служби. Међутим, у већини земаља то би било неприхватљиво кад је реч о организацији. (Једино Француска гаји мистику „великих школа“). Па чак и у Француској пословна предузећа, особито она велика, постају исувише пробирљива да би пустила да их воде људи без непосредног искуства и осведоченог успеха.

Стога ће читав процес врховног руковођења – припрема, провера, наслеђивање – постати још проблематичнији него што је већ сада. Биће све потребније да се искусни пословни људи врате поново на студије, док ће пословне школе неоспорно морати да открију шта је то што морају да знају успешни стручњаци да би се припремили за високе положаје као пословни лидери.

Еволуција орḡанизације

Пошто се савремено пословно предузеће први пут појављује у другој половини XIX века, после грађанског рата у Сједињеним Државама, и француско-пруског рата у Европи, настале су две велике еволуције у концепцији и структури организација. Прва се одиграла између 1985. и 1905. године. Она је направила разлику између управљања и власништва и управљање прогласила својеврсним самосталним радом. То се најпре одиграло у Немачкој кад је Georg Simens, оснивач и директор прве немачке банке, спасао компанију електричних апарата, коју је основао његов рођак Вернер, пошто су је Вернерови наследници тако лоше водили да су је довели на руб пропасти. Запретивши да ће пресећи зајмове банке, приморао је рођаке да управу над компанијом препусте професионалцима. На сличан начин, Џ. П. Морган (J. P. Morgan), Ендру Карнеги (Adrew Carnegie) и Џон Рокефелер старији (John D. Rockefeller Sr.) убрзо су приступили темељној реконструкцији америчке железнице и индустрије.

Друга еволуциона промена одиграла се двадесет година доцније. Развој који је довео до савремене корпорације започео је реконструкцијом породичне компаније коју је Пјер С. Дипон (Pierre S. du Pont) извршио почетком двадесетих година овог века, а наставио се неколико година касније новим пројектом Алфреда Слоуна (Alfred P. Sloan) за компанију „General Motors“. Они су увели данашњу комунално-контролну организацију са нагласком на децентрализацију, централно услужна особље, персоналну управу, читав апарат буџета и контрола и значајну разлику између управне процедуре и операција. Овај стадијум је кулминирао у реорганизацији фирме „General Electric“ почетком педесетих година нашег века – чиме је усавршен модел којег се и данас држе највећа

пословна предузећа широм света (подразумевајући ту и јапанске организације).

Данас улазимо у трећи период промена: померање од командно контролне организације, организације одељења и одсека, ка организацији која се заснива на информацијама, организацији образованих стручњака. Можемо да назремо како ће ла организација изгледати. У могућности смо да распознамо неке њене главне карактеристике и захтеве. Можемо да укажемо на главне проблеме њених вредности, структуре и понашања. Међутим, посао око стварања организације засноване на информацијама тек је пред нама. То је менаџерски изазов будућности.

Директор као катализатор

Већина људи зна за процес у којем зелена биљка претвара воду и угљендиоксид у храну. То се зове фотосинтеза. Та хемијска реакција се одвија само на светлости. Без светла нема ни реакције. Светло делује као катализатор. То је медиј који доводи до тога да се ствари дешавају. У извесној се мери фотосинтеза може убрзати додавањем све више светла. Међутим, ако катализатор постане прејак, ако има исувише светла, биљка ће угинути.

Аналогија је очита. Добри директори су катализатори. Они су медиј који доводи до тога да нека пословна фирма добро ради. Резултати каталитичких директора се лако мере успешним радом њихових група. Међутим, лоше руковођење представља антикатализатор. Језиком хемије, антикатализатор је медиј који парализује активности. Директори који лоше расуђују ометају активности у својим одељењима. Директори који не знају свој посао, или који су неспретни у бављењу међуљудским односима, такође успоравају напредак.

Директори се налазе свуда

Директор је потребан свакој организованој групи, па и најмањој. У неким малим пословним фирмама које се састоје само од једног човека или у случају партнерства, власници раде све. Они немају запослених. Али, уопште говорећи, ако би нека пословна фирма радила добро без директора, тај позитивни резултат би био само случајан. Да ли можете да замислите скуп трговаца, књиговођа или фабричких радника који успешно воде посао без икога ко би био задужен за разна одељења? Директори су потребни, без обзира на то да ли је нека фирма велика или мала. Према томе, могуће је директора дефинисати као некога ко је одговоран за рад једне или више особа које су му подређене. Како се посао шири повећава се број људи којима власник или извршни директор не може ефикасно да руководи, проблем се решава именовањем другог слоја директора. Како посао и даље напредује, уводи се и трећи ниво директора. Ови директори су подређени другом слоју. У веома великим компанијама може бити 10 или 12 нивоа директора између председника и радника у фабрици.

Руковођење: наука или умешност

Често се поставља питање да ли руковођење може постати наука? Да ли свако може да следи иста правила и да добије тачно исте резултате? Или, с друге стране, да ли је руковођење уметност. То је криво постављено питање.

Јасно је да је руковођење уметност. Али то важи и за медицину, алтернативну, компоновање музике, техничке науке и безбол. За све њих је потребно практично умеће. Али је јасно да ће људи који се баве тим уметностима боље и успешније обављати своје послове ако имају основно знање потребно за њихову уметност. Морају знати како да то знање примене на стварне проблеме.

Тако и наука и уметност иду руку под руку. Наука је организовано знање.

Поставља се и питање да ли руководиоци треба да буду стручњаци у својој делатности.

Недавно су два консултанта Томас Питерс и Роберт Ватерман у једној од водећих фирми за консултације у руковођењу „Mc Kansey“ израдили студију којом су желели установити да ли постоје неке заједничке карактеристике код компанија за које се сматра да имају добро руковођење. Почели су на узорку до 62 пословне организације, за које постоји опште мишљење да су добро руковођене, па су касније тај број свели на 43 компаније и код њих су установили осам заједничких карактеристика:

1. Наклоност ка акцији
2. Једноставна форма и мали број особља у руководству
3. Стални контакт са клијентима
4. Побољшање продаје помоћу људи
5. Слобода у подстицању предузетништва
6. Истицање кључне пословне вредности
7. Инсистирање на томе да се ради оно што се најбоље зна
8. Истовремено „лежерна“ и „чврста“ контрола.

Стручни и научни радови

Облици организационе климе и руковођење*

Р. Бојановић[1]

Клима организације је посебан облик социјалне климе, која се одређује као..."стање психосоцијалних односа припадника неке социјалне групе и њихових односа према групи у целини" (Звонаревић, 1976.). Климу организације чине сви аспекти односа међу људима у организацији, али, према неким ауторима, и значајне особине личности чланова организације. Истраживање климе инспирисана су уверењем значајног броја психолога и социолога да организација значајно утиче на понашање својих чланова. Али је, према њиховом уверењу, социјална клима онај феномен преко кога организација највише утиче на запослене. Управо је због тога неопходно да руководиоци познају основне облике климе организације тим пре што и сами учествују у њиховом стварању.

Специфичности руковођења у нашој средини

Основна сазнања о руковођењу настала су у западним друштвима. То су, пре свега, анализе типова и начина руковођења и њихове ефикасности, начина мотивисања радника, односа руководилаца према предлозима и сугестијама радника. Проблем је, међутим, у којој мери се ова сазнања могу применити у нашим условима, јер се они битно разликују од оних на западу. И то највише у овим аспектима:

1. у организацијама тржишне привреде руководилац има много већи степен самосталности, него у нашој средини, да организује посао и односе у групи,
2. шира друштвена клима је у већој мери демократска и
3. решавање проблема у привреди је у западним земљама, у већој мери него у нашој средини, рационално. То значи да се у нашој средини често идеолошки разлози уплићу у вођење привредне политике. Пре свега се то односи на избор руководилаца, при чему је основни критеријум лојалност политичким центрима моћи, а мање важан критеријум је стручност. И за опстанак руководилаца, посебно оних виших, опет је битнија „политичка поткованост".

У овом тренутку најављене су неке промене у односима у привреди. Пре свега је реч о томе да ће руководиоци имати већу самосталност у избору свога тима, у организовању свога посла и у решавању кадровских проблема. Али треба имати у виду да само већа самосталност руководилаца није довољна за повећање ефикасности привреде. Потребно је и да укупна друштвена клима буде у већој мери демократска. Јер, у својим поступцима, ма колико били самостални, руководиоци најчешће следе одређене општеприхваћене обрасце понашања, који су мање или више демократски, зависно од тога колико је демократска укупна друштвена клима. Није још увек јасно ни да ли ће већа самосталност руководилаца бити постигнута и у односу на центре политичке моћи или само у односу на тела у радној организацији.

* Рад изложен на I Едукационом семинару „Менаџмент у здрављу", април–јуни 1991., Београд.

[1] Проф. др Радојица Бојановић, професор Филозофског факултета, Београдски универзитет.

Облици орḡанизационе климе

Иако клими организације доприносе многи чиниоци (на пример, начин одлучивања и руковођења, кохерентност групе, везаност за радну групу, емоционални тон у људским односима, степен сарадње чланова групе и др.), када желимо да начинимо типологију климе тада користимо само неколико њених најважнијих индикатора. У овом тексту биће предложена типологија климе радне организације на основу начина одлучивања и вредности чланова организације (Бојановић, 1988.). Начин одлучивања је најважнија димензија климе организације, јер он одређује положај и улоге свих чланова групе и организације. И други аспекти организационе климе су под његовим утицајем, на пример, степен ангажованости чланова у групним активностима, кооперативност, апатичност, постојање конфликата и др. Али начин одлучивања је такав какав јесте (као и сама клима) зато што га стварају, прихватају или бар толеришу чланови радне групе и организације. А однос према начину одлучивања у највећој мери зависи од вредности чланова групе и организације. Зато ће дефинисање типова климе организације увек подразумевати интеракцију облика одлучивања и доминантних вредности чланова организације.

1. Ауṫориṫарна клима без ṗримене реṗресије

Одлучивање у овој клими је централизовано, што значи да одлуке доноси сам руководилац или његов тим, без консултација са члановима групе. Руководиоци оваквих група и организација показују склоност да контролишу понашање чланова-њихов рад и комуникације, пре свега. Анализа емпиријског материјала показала је да неким типовима личности одговара овакав тип одлучивања. То су, пре свега, субмисивне особе, које настоје да избегну одговорност у процесу одлучивања. Али овај облик одлучивања прихватају и особе у чијем систему вредности високо место заузимају ред, дисциплина и уважавање ауторитета. Када у групи и организације превладавају такве особе, тада више није реч само о ауторитарном одлучивању, већ и о ауторитарној клими, која са оваквим особама добро функционише. Али када у групи има више самосталних и креативних особа, које не прихватају потпуно програмирање својих активности, тада ће ова клима бити и конфликтна.

Ауторитарна клима, посебно код самосталних особа, ствара многе проблеме: пасивност и апатију, незадовољство, осећање фрустрираности, агресивност, склоност ка конфликтима, незаинтересованост за организацију и смањену продуктивност. У крајњој линији, блокирана је иницијатива ових особа и фрустрирана је њихова потреба за самопотврђивањем у процесу рада, јер не могу да учествују у процесу одлучивања и јер су у овој клими као личности ниско третирани.

2. Ауṫориṫарна клима са ṗрименом реṗресије

Овај облик климе разликује се од претходног по томе што присталице руководиоца организују систематску подршку своме шефу и истовремено примењују репресивне мере према онима који не прихватају гледишта вође и његових следбеника. То су, на пример, критике, осуде, претње, систематско обезвређивање неистомишљеника, као и угрожавање њихове позиције у групи, што укључује отежавање њиховог напредовања и чак и искључивање из групе.

Овакав облик климе ствара велике проблеме оним члановима организације који нису склони да се одрекну своје самосталности и основних демократских вредности (једнакост, слобода, иницијатива, борба против неправде). Али се у ову климу лако уклапају и доприносе њеном стварању и одржавању оне особе које не држе много до демократских вредности, већ су заинтересоване искључиво да задовоље своје егзистенцијалне потребе, без обзира на цену.

3. Квазидемократска клима

У организацијама са овом климом одлучивање је само по форми демократско, што значи да запослени учествују у процесу одлучивања, гласају, а одлуке се доносе већином гласова. Али то је само привид демократског одлучивања, зато што су центри моћи већ унапред донели одлуку, а читав демократски ритуал служи томе да се те одлуке изгласају. Када неки чланови групе покушају да промене облик одлучивања, да измене ритуал, тада моћна група реагује оштро, бранећи своје привилегије и показујући на тај начин да је и квазидемократска клима само једна варијанта ауторитарне климе. То је варијанта, иначе, веома раширена у нашој средини.

Основне вредности чланова група и организација који прихватају овакав облик климе не разликују се од вредности оних који прихватају ауторитарну климу.

Прва три облика организационе климе, значи, варијанте су ауторитарне климе. Доста обимно емпиријско искуство показује да су ауторитарне групе и организације мање продуктивне од оних са демократском климом. Али многе организације и са ауторитарном климом показују задовољавајућу продуктивност. Пре свега зато што су у њима јасно одређене дужности и одговорности сваког члана, а то многима од њих одговара. Лоша страна климе у овим организацијама је што оне гуше иницијативу појединца и зато блокирају његову енергију која би иначе била искоришћена за већу ефикасност на раду.

Организације са ауторитарном климом у нашој средини редовно показују ниску продуктивност. Разлози за то су и у специфичности наше средине. Пре свега, у средини која је још увек у великој мери контаминирана ауторитарном свешћу, велики део руководилаца су *ауторитарне личности*. То значи да они у ауторитарно руковођење уносе и неке одлике ауторитарне личности, пре свега, тежњу за доминацијом, за владањем људима, а неретко и деструктивну тежњу. Није, значи, само реч о томе да руководилац потпуно сам организује посао и распоређује обавезе између чланова групе, већ и о томе да он погоршава међуљудске односе због неповољне структуре своје личности. То је додатни разлог да се чланови групе не везују за организацију и да су недовољно мотивисани за рад.

Ауторитарно, што често значи и ирационално арбитрирање у радној организацији често је оснажено и тиме што су руководиоци у њима само продужетак центара моћи изван радне организације, који их и бирају. А када је ауторитарно арбитрирање оснажено са стране, тада чланови организације још у већој мери губе наду да могу нешто постићи рационалним понашањем и залагањем на раду. То, значи, додатно умањује њихову мотивацију за рад.

С друге стране, нешто због природе самоуправног одлучивања у нашим радним организацијама, а нешто због тога што је већина радника недовољно заинтересована за производњу, последњих година опала је и моћ ауторитарних руководилаца. Због тога многи призивају поново строго, централизовано и ауторитарно руковођење, како би се поново „увео ред“ у радне организације. Нови закон, који даје већа овлашћења руководиоцима, на изглед иде на руку таквим очекивањима. И вероватно је да ће га многи руководиоци схватити тако да им он даје могућност да у пуној мери заведу своју владавину.

Али треба имати на уму да су проблеми наших радних организација и настали највећим делом због ауторитарног руковођења и да би повратак том моделу само још погоршао ствари. Зато је право решење за оне колективе у којима постоји смањена мотивација за рад и друге последице дуготрајних ауторитарних односа (агресивност, подељеност колектива, на пример) *строго примењивање научних принципа руковођења* (у вези са организовањем рада, мотивисањем радника и др.). Строго – зато што у оваквим организацијама ситуација већ делимично измиче контроли. Примена научних принципа руко-

вођења треба да замени личну арбитражу и да сугерише члановима организације да ће односи на раду и организација рада бити засновани на рационалним принципима, а не на произвољним, субјективним проценама. Оно треба да им сугерише и да нерад и апатија немају никакве везе са демократским одлучивањем, већ да су последица краха невероватног споја ауторитарног руковођења и самоуправљања.

4. Клима коју одликује протективни однос

Има неколико варијанти овог облика климе. Најчешћи је онај у коме руководилац у потпуности контролише чланове групе, али истовремено преузима одговорност да решава многе њихове проблеме, па чак и оне који нису везани за посао. Али, чим они престану да следе његове идеје, протективан однос престаје и тада се јасно показује да је овај облик климе доста близак ауторитарној клими. Он највише одговара субмисивним особама и уопште оним особама које су склоне да прихватају ауторитет, а најмање одговара самосталним особама.

У другом облику протективне климе чланови организације се међусобно штите. То је случај када су они свели продуктивност на минимум, зато што се веће залагање не исплати. Када неко треба да сноси последице за недовољно залагање на раду, тада га остали чланови групе штите на тај начин што нису спремни да прихвате да он буде кажњен. То је такозвани тихи штрајк, у коме постоји потпуна солидарност између чланова групе и спремност за узајамну заштиту.

Овакав облик климе гарантује егзистенцијални минимум. Али он удаљава чланове организације од напора за постизање већег стандарда. Треба, међутим, имати на уму да је такав облик климе настао у периоду када ни велико залагање није много мењало материјално стање појединца, барем у највећем броју радних организација.

Очекује се да ће давање већих овлашћења руководиоцу, у одређеној мери решити овај проблем – да ће мотивисати раднике на веће залагање и самим тим да ће овај облик климе бити трансформисан у неки други.

Али овај облик протективне климе настао је као последица друштвених вредности, између осталог слабог вредновања рада. Зато сами руководиоци тешко могу да га промене, уколико не дође до промене доминантних друштвених вредности.

5. Клима дезинтегрисане радне групе

Емоционални односи између чланова групе у овом облику климе су неповољни или индиферентни и због тога одлучивање не може бити колективно. Колективно одлучивање претпоставља постојање значајних заједничких вредности и одређеног степена емоционалне везаности или бар међусобне толерантности између чланова групе и организације. Све то недостаје у овом облику климе. Она најчешће настаје као последица аутократског руковођења. Зато што тај тип руковођења примењује мере принуде, он изазива незадовољства и чак међусобну нетрпељивост између чланова групе, што све води њиховом међусобном удаљавању. Други разлог за стварање овог облика климе може бити дуготрајна конфликтна ситуација, изазвана различитим узроцима (најчешће неслагањима око расподеле дохотка и поделе радних задатака).

Ово је можда најнеповољнији облик климе. Зато што нема слагања између чланова групе у основним вредностима и интересима, не постоји ни минимална групна кохезивност. Не постоји ни могућност да група делује као група када су интереси њених чланова угрожени. Тако се у овој клими лако испољавају све девијантне, па чак и патолошке тежње одређених појединаца, јер им се могу супротставити само појединци, а не и група као целина. У овој групи је могућ и сваки облик присиле јер група не показује заједнички интерес да се од ње одбрани.

Оваква клима нужно нагомилава незадовољство и жељу за напуштањем групе код

већине њених чланова. Зато је тешко овај облик климе трансформирати у неки други који ће бити мање неповољан. Руководилац са већим овлашћењима може да уклони жаришта девијантног понашања, користећи оштре резове. Али и када то учини, ову групу је тешко учинити продуктивном. Због тога је неопходно да и даље примењује оштре резове, пре свега да, колико год је могуће, мења састав групе.

6. Клима коју одликује одсуство емоционалних односа између чланова групе

Основна одлика ове климе је да међу члановима групе и организације нема стварних контаката и емоционалних односа. Најчешће је то зато што је за чланове групе вредност економске ефикасности једина значајна вредност. Начин одлучивања је од другоразредне важности, због тога што чланови групе са овом климом могу да прихвате и демократски и аутократски начин одлучивања ако они обезбеђују материјалну добит.

Рад, посебно индустријски, нужно је сам по себи извор многих незадовољстава и фрустрација. Управо зато су емоционални односи и контакти између чланова радних група значајни - они су одбрана од неповољних последица рада. Зато у групама и организацијама без емоционалних односа највише трпе они радници чије су најважније вредности: солидарност, лојалност, кооперација, емоционална топлина, потпора и алтруизам. Али овај облик климе не ствара значајне проблеме оним радницима које одликује јак индивидуализам, затим емоционално хладним особама и особама које одликује тежња за повлачењем и избегавањем људи.

Овај облик климе не представља онај друштвени медиј преко кога би радници могли да задовоље своје друштвене потребе. Али тај облик климе, најчешће, стварају особе којима он одговара. Зато га не треба увек неповољно вредновати. Посебно у оним ситуацијама када група радника треба да оствари високу продуктивност, када је то њен примарни задатак и када је способна да га успешно реши.

7. Демократска клима

Одлучивање је у овом облику групно, а то значи да је значајан број чланова групе укључен у расправу о проблему о коме се одлучују и да је одлука донесена већином гласова. Најзначајније вредности оних чланова групе и организације који прихватају демократско одлучивање и учествују у њему јесу, према Липиту и Вајту (Lippit and White, 1960) прихватање других, склоност ка кооперацији са другима, толерантност и склоност ка постављању питања и ка истраживању. Само у интеракцији демократског одлучивања и ових вредности настаје демократска клима.

Оно што битно одликује демократску климу у односу на све друге типове климе који су описани јесте постојање расправе, а то значи и мноштво идеја, ставова, алтернативних решења, која репрезентују различита гледишта чланова групе. То је, заправо, истраживање решења проблема уместо да чланови групе добијају готова решења.

Постоји сагласност међу стручњацима да мотивационо језгро демократског одлучивања потиче отуд што чланови групе, који су учествовали у доношењу одлуке, логично, улажу напор за реализовање те одлуке. И клима расправљања, интеракције идеја и могућност слободног изношења мишљења, уз адекватно награђивање, има за последицу везивање појединца за групу и његово веће мотивисање за рад. Руководиоци у ауторитарним групама настоје да нађу друге изворе мотивације: принуда, претња, изазивање страха, моралне и материјалне казне и награде, третирање залагања на раду као знак лојалности организацији, па чак и читавом систему. Али је искуство у многим срединама показало да су ови облици мотивисања ефикасни само у кратком временском периоду, а свакако мање ефикасни од оних који се примењују у групама са демократском климом.

Описи групне климе са аутократским и демократским вођством често су дати као црно-бела слика. Ауторитарна клима, иако одговара многим особама, приказује се, свакако у доброј мери оправдано, у црним тоновима. Основни проблеми чланова група са ауторитарном климом настају отуд што је њихова активност усмерена према плановима и циљевима које су поставили други. Они често не одговарају њиховим личним погледима и интересима. Њихови властити импулси су зато нужно потискивани, а иницијатива пригушена. Њихово понашање је, значи, споља програмирано и контролисано, што је у нескладу са потребама зреле личности.

Али демократски облик климе, који је свакако супериоран, ипак не треба идеализовати. Не треба га приказивати тако као да је довољно да он буде прихваћен па да буду решени сви проблеми. И он исказује низ проблема, посебно када треба ауторитарну климу трансформисати у демократску. И демократска клима је често конфликтна, јер у њој долазе до изражаја различити интереси, погледи и ставови. Посебно је у њима изражен сукоб интереса, а сазревање демократске климе подразумева решавање ових конфликата налажењем компромисних решења. Проблеми настају и због потреба да већи број чланова групе буде укључен у истраживање оптималних решења за групне задатке и због неизвесности које свако истраживање собом носи. Многе особе се не осећају добро у клими у којој постоји неизвесност и у којој и сами треба да прихвате одговорност за донете одлуке.

Друштвена клима каква је постојала у нашем друштву последњих деценија створила је многа незадовољства у радним организацијама, али и апатију и недостатак иницијативе. Створена је и навика да се са мало или нимало рада добија мало, али да је тај минимум егзистенције обезбеђен. И сама та „пословна филозофија“, иако само последица друштвене климе, допринела је неефикасности привреде. Да би групна клима у већини радних организација постала демократска и саме групе продуктивније, неопходна је већа активност, предузетништво, иницијатива, склоност ка ризику, немирење са малим већине чланова организација. То значи и много напорнији рад уз, наравно, већу награду. За многе чланове организација напорнији рад је нешто на што, при постојећим навикама, нису спремни. Али многи су спремни.

Да би се развијао вредносни систем и навике неопходне за продуктивну демократску климу организације, неопходна је промена друштвене климе и друштвених вредности. Потребно је реално вредновање рада. Затим, неопходне су системске промене које ће онемогућити да радник и уз велико залагање добија мало. То значи и да радна организација не сме бити оптерећена великим доприносима. Она више не може издржавати гломазни чиновнички, посебно управљачки апарат. Без тих промена, размишљање о већој продуктивности није довољно засновано.

Што се тиче руководилаца, они у радним организацијама могу много да учине на развијању навика и вредности које су неопходне за ефикасније пословање група и организација. Услов је да и сами буду предузимљиве, креативне особе, склоне ризику и немирењу са малим. Такве особе преносе ове вредности и навике на друге. Оне се саме натурају путем својих програма и захваљујући својим особинама личности. Потребно је само да не буду онемогућаване. Услов је, значи, да се политика не меша у привреду, што, заправо, значи и кореницу промену политичког система. Треба рећи због ауторитарним руководиоцима старог кова, јер су они створили контрапродуктивне навике и јер нису били оријентисани да стварају оне вештине које су неопходне у предузетничкој клими. 1976.

Упутство ауторима

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економике у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискету са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: **Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25**.

Општа правила

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвући речи које треба штампати латиницом.**

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланка без скраћеница, затим пуна имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице откуцати име и презиме аутора са којим ће се обављати коресподенција, његову адресу, број телефона и евентуално e-mail адресу.

Текст чланка писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачке називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. АИДС, РИА итд.).

Обим рукописа

Обима рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, а за извештај, приказ књиге и писмо две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад треба приложити на посебној страници **кратак садржај до 250 речи на енглеском и српском језику.** У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада.

Уз све врсте чланака за које је потребан кратак садржај, откуцати на посебној страници наслов рада, резиме и иницијале имена и презимена аутора, називе установа.

Табеле

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куца изнад табеле приказује

њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

Слике (фотографије)

Приложити само квалитетно урађене фотографије и то у оригиналу. На полеђини сваке слике написати презиме првог аутора, скраћени назив чланка, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

Цртежи (шеме, графикони)

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

Списак литературе

Куца се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између појединих референци, с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

НАПОМЕНА: Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submited to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ u N. Eng. J. Med. 1997;336; 309–15.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА : Часопис за социјалну медицину, здравствено осигурање, економику и менаџмент / главни и одговорни уредник Предраг Довијанић. - Год. 1, бр. 1 (1972)-. -Београд (Нушићева 25) : Комора здравствених установа Србије, 1972 - (Београд : Обележја). - 27 cm.

Двомесечно.
ISSN 1451–5253 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858