



УНИВЕРЗИТЕТ
„УНИОН – НИКОЛА ТЕСЛА“
БЕОГРАД



Fakultet za
menadžment

**ФАКУЛТЕТ ЗА МЕНАџМЕНТ
СРЕМСКИ КАРЛОВЦИ**

УЛОГА И ЗНАЧАЈ МЕНАџМЕНТА И ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ У
ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Ментор: Проф. др Митар Лутовац

Кандидат: Јелена Баудер

Сремски Карловци, 2026

ФАКУЛТЕТ ЗА МЕНАЏМЕНТ

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

**УЛОГА И ЗНАЧАЈ МЕНАЏМЕНТА И ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ У
ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА**

Ментор: Проф. др Митар Лутовац

Кандидат: Јелена Баудер

Комисија за одбрану докторске дисертације

1. Проф. др Митар Лутовац – редовни професор, ужа научна област: Инжењерски менаџмент, Факултет за менаџмент, Универзитет Унион – Никола Тесла – ментор
2. Проф. др Дејан Вукосављевић, ванредни професор, ужа научна област: Економско-финансијски менаџмент, Факултет за менаџмент, Универзитет Унион – Никола Тесла - председник комисије
3. Проф. др Александра Пушара, редовни професор, ужа научна област: Економско-финансијски менаџмент, Факултет за менаџмент, Универзитет Унион Никола Тесла-члан
4. Доц. др Срето Алексић, доцент, ужа научна област: Производно – пословни менаџмент, Факултет за менаџмент, Универзитет Унион Никола Тесла-члан
5. Проф. др Миљан Адамовић, ванредни професор, ужа научна област: Финансије и рачуноводство, Фармацеутски факултет Београд, Универзитет Едуконс-члан

УЛОГА И ЗНАЧАЈ МЕНАЏМЕНТА И ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Резиме

Менаџмент је посебна дисциплина која проучава начине управљања пословним активностима, пројектима и друштвеним системима. Представља мултидисциплинарни науку, јер се менаџмент јавља у скоро свим сегментима друштва и у скоро свим друштвеним сферама. Под менаџментом треба подразумевати планирање, организовање, вођење кадровске политике и вршење контроле над радом. Дакле, менаџерски послови се везују за сва кључна питања функционисања и рада једне установе.

Фокус ове дисертације се налази на изучавања менаџмента у здравственим установама у Републици Србији. Поред питања менаџмента, изучава се и власничка структура здравствених установа. У нашој држави, делују више врсте здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног типа, а њихова подела се врши управе према власничком критеријуму. Здравствене установе могу бити државне, ако су основане и финансиране од стране државе, или приватне, уколико су настале и финансиране средствима приватног капитала.

У овој дисертацији се говори о различитостима и сличностима у менаџерској структури здравствених установа у државном и приватном власништву, врши се компарација ових установа, са намером утврђивања које установе су ефикасније и квалитетније у вршењу и пружању здравствених услуга корисницима истих. Полазна претпоставка је да су здравствене установе у приватном власништву боље организоване и да су корисници њихових услуга задовољнији од корисника услуга здравствених установа у државном власништву. Разлог за то треба тражити у финансијској основи, начину финансирања и мотивисања запосленог медицинског особља у државним и приватним здравственим установама. Такође, финансијски основ се односи и на начин опремљања и набављања медицинске опреме и неопходних уређаја за пружање здравствених услуга.

Питање на које одговор треба да да ова дисертација је колико власничка структура може утицати на квалитет менаџмента у једној здравственој установи, односно, колико може да утиче на квалитет пружених услуга. На крају се износе препоруке и предлози усмерени ка унапређењу и побољшању здравственог система у Републици Србији, без обзира на то да ли се односе на установе у државном или приватном власништву.

Кључне речи: менаџмент, здравство, власничка структура, квалитет, пружање услуга.

THE ROLE AND IMPORTANCE OF MANAGEMENT AND OWNERSHIP STRUCTURE IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Abstract

Management is a special discipline that studies the methods of managing business activities, projects and social systems. It represents a multidisciplinary science, because management occurs in almost all segments of society and in almost all social spheres. Management should be understood as planning, organizing, conducting personnel policy and exercising control over work. Therefore, managerial tasks are related to all key issues of the functioning and work of an institution.

The focus of this dissertation is on the study of management in healthcare institutions in the Republic of Serbia. In addition to management issues, the ownership structure of healthcare institutions is also studied. In our country, there are several types of healthcare institutions of primary, secondary and tertiary types, and their division is carried out by the administration according to the ownership criterion. Healthcare institutions can be state-owned, if they were established and financed by the state, or private, if they were established and financed by private capital.

This dissertation discusses the differences and similarities in the management structure of state-owned and privately-owned health institutions, and compares these institutions with the aim of determining which institutions are more efficient and of higher quality in providing and delivering health services to their users. The starting assumption is that privately-owned health institutions are better organized and that users of their services are more satisfied than users of services in state-owned health institutions. The reason for this should be sought in the financial basis, the method of financing and motivating medical staff employed in state-owned and private health institutions. The financial basis also refers to the method of equipping and purchasing medical equipment and necessary devices for providing health services.

The question that this dissertation should answer is how much the ownership structure can influence the quality of management in a health institution, that is, how much it can

influence the quality of services provided. Finally, recommendations and proposals are presented aimed at advancing and improving the health system in the Republic of Serbia, regardless of whether they relate to institutions in state or private ownership.

Key words: management, healthcare, ownership structure, quality, service provision.

САДРЖАЈ

Резиме	4
Абстракт	6
САДРЖАЈ	8
1. УВОД.....	10
1.1. Предмет, циљ и значај истраживања	10
1.2. Полазне хипотезе	11
1.3. Методе истраживања.....	12
1.4. Очекивани научни доприноси	13
2. МЕНАЏМЕНТ И КВАЛИТЕТ	14
2.1. Менаџмент у јавном сектору	14
2.2. Менаџмент у приватном сектору	17
2.3. Финансирање јавних установа	20
2.4. Финансирање приватних установа.....	28
2.2. Менаџмент квалитета	32
2.2.1. Одређење појма квалитета	33
2.2.2. Историјски развој менаџмента квалитета.....	37
2.2.3. Систем управљања квалитетом	41
3. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ	43
3.1. Историјат здравствене заштите	43
3.2. Услови за обављање здравствених услуга	47
3.3. Финансирање здравствених установа.....	54
3.4. Квалитет пружања здравствене услуге.....	58
4. АКРЕДИТАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА	68
4.1. Акредитација и сертификати о акредитацији	68
4.3. Евалуација пружања здравствених услуга	75

4.3.1. Лечење и пружање услуга пацијентима.....	76
4.3.2. Универзални стандарди.....	81
4.3.3. Оцењивање и самооцењивање	86
5. КВАЛИТЕТ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА	90
5.1. Мерење квалитета услуга здравствених установа.....	90
5.2. Критеријуми за мерење квалитета	95
5.3. Показатељи квалитета	101
5.4. Критеријуми за избор показатеља квалитета.....	103
6. ИСТРАЖИВАЊЕ УТИЦАЈА ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ НА МЕНАЏМЕНТ И КВАЛИТЕТ УСЛУГА.....	105
6.1. Методе истраживања.....	105
6.2. Ток истраживања	106
6.3. Резултати истраживања.....	121
7. ЗАКЉУЧАК.....	126
8. ПРИЛОЗИ.....	128
9. СПИСАК ТАБЕЛА И ГРАФИКОНА.....	133
9.1. Табеле.....	133
9.2. Графикони	134
10. КОРИШЋЕНА ЛИТЕРАТУРА И ИЗВОРИ.....	135

1. УВОД

1.1. Предмет, циљ и значај истраживања

Предмет докторске дисертације је начин управљања здравствених установа у Републици Србији, како оних које се налазе у државном, тако и оних које се налазе у приватном власништву, како би се извршила компарација и утврдиле разлике у начину њиховог функционисања. Предмет дисертације су здравствене установе на примарном и секундарном нивоу. Менаџмент у здравственој установи мора бити у функцији подизања квалитета пружања здравствених услуга. Квалитет рада једне здравствене установе се цени са аспекта како пословног система управљања, где се урачунавају виши и нижи нивои менаџмента, али се у обзир узима и власничка структура, која такође игра значајну улогу по питању обезбеђења квалитета пружених услуга.

Менаџмент здравствене установе представља организационо – управљачку структуру, која се бави између осталог, осигурањем квалитета пружања услуга. Квалитет такође подразумева постизање задовољства на страни свих учесника у процесу пружања медицинских услуга у здравственој установи.

Примарни циљ докторске дисертације се састоји у стицању нових научних сазнања о моделима квалитета у здравственим установама. Такође, циљ истраживања се састоји и у утврђивању релације између квалитета пружене здравствене услуге, менаџмента и власничке структуре здравствене установе у којој је та услуга пружа. Циљ истраживања ће бити постигнут кроз научну дескрипцију сазнања до којих ће се радом доћи. Секундарни циљ истраживања се састоји у примењивости модела управљања и власничке структуре у здравственим установама, који даје жељене ефекте по питању нивоа квалитета здравствених услуга које се пружају корисницима.

Значај ове теме и истраживања се јасно види у значају здравствене службе који постоји у свакој држави, па тако и у Републици Србији. Животи и здравље људи су у рукама здравствених установа, које раде као државне и приватне, што управо зависи од власничке структуре. Овде се посебно мора разматрати питање медицинске етике, која важи за све здравствене раднике, којом се постављају основни стандарди, правила и начела њиховог понашања и опхођења са пацијентима. Њихов однос према пацијентима у великој мери детерминише ниво квалитета који здравствена установа пружа.

Данас се, свуда у свету, повећава старосни век људи. То се постиже управо квалитетним медицинским услугама које се пружају, као и развојем медицинске науке и увођењем нових медицинских метода лечења. Са друге стране, од значаја за што квалитетније пружање здравствених услуга је и добар менаџмент здравствених установа који врши добру организацију послова, ангажује најбољи медицински кадар и води рачуна о етичном и професионалном понашању запослених у односима са пацијентима. Наравно, уочава се разлика по овим питањима кад се ради о здравственим установама у државној и приватној својини. На први поглед, здравствене установе у приватној својини делују организованије, а њихове услуге професионалније, уз веће уважавање права пацијената. Државне здравствене установе су лошије организоване услед недостатка кадрова и финансијских средстава. Таква ситуација мотивише медицинске раднике да напуштају државне и запошљавају се у приватним здравственим установама или да деле своје радно време, радећи више у приватном сектору. Тиме се постиже урушавању квалитета пружања здравствених услуга у државним здравственим установама. То одвраћа пацијенте који су у материјалној могућности од државних и упућује их на приватне здравствене установе. Државне здравствене установе постају једна врста социјалне категорије, на које су упућени једино пацијенти који нису у могућности да плате услугу у приватној здравственој установи.

1.2. Полазне хипотезе

Докторска дисертације полази од генералне хипотезе, која гласи:

X0: „Власничка структура у здравственој установи може утицати на ефикасност менаџмента, као и квалитет пружених услуга“.

Генерална хипотеза почива на следећим помоћним хипотезама:

X1: „Власничка структура у здравственој установи може да утиче на ниво мотивације који постоји код запослених медицинских радника у здравственој установи“;

X2: „Власничка структура у здравственој установи може да утиче на ниво задовољства пацијената пруженом здравственом услугом“;

X3: „Власничка структура у здравственој установи може утицати на одлуке менаџмента и доприносити бољој ефикасности у његовом раду“;

X4: „Ефикасност и квалитет здравствених услуга у једној здравственој установи се мери кроз начин заказивања прегледа, пријема пацијената, примене медицинских процедура и метода, дијагностике и лечења, као и жељених исхода медицинских третмана“.

1.3. Методе истраживања

Приликом израде докторске дисертације, примењиваће се метода анкете, која ће се спроводити по здравственим установама у Републици Србији. Ради добијања репрезентативног узорка, анкетирање ће се вршити у једнаком броју установа које су у државном и приватном власништву. Метода анкете ће бити спровођена у установама примарне и секундарне здравствене заштите.

Уз то, користиће се анализа постојећих научних и стручних радова из ове области, као и резултати раније спроведених истраживања о квалитету здравствених услуга у Републици Србији.

У сврху анкетирања биће направљен анкетни упитник, прилагођен постављеним хипотезама и оквиру дисертације. Прикупљени подаци ће се обрађивати статистичким методама, као што су дедукција и индукција, како би се утврдило да ли су хипотезе потврђене или не.

Поред наведеног, при изради дисертације, биће коришћене још следеће методе:

1. Метод анализе, који ће бити коришћен за истраживање досадашњих научних достигнућа, као и потенцијалних начина постизања квалитета у здравственим установама у Републици Србији.

2. Метод индукције, који ће бити коришћен ради извођења закључака о начинима за постизање квалитета код здравствених установа са различитом власничком структуром.

3. Методе синтезе и генерализације, који ће бити коришћени приликом закључних разматрања и постизања планираног научног доприноса.

4. Анкетни метод, помоћу ког ће бити прикупљани подаци из здравствених установама у којима ће се анкетирање вршити.

1.4. Очекивани научни dopриноси

Ова дисертација има за циљ да допринесе бољем разумевању разлика у квалитету здравствених услуга између државних и приватних здравствених установа. Тежња је изналажење механизма смањења разлика у квалитету услуга ових установа. Конкретан допринос би се огледао у систематизовању свих досадашњих сазнања која се баве квалитетом пружања здравствених услуга у Републици Србији. Систематизација би подразумевала да подаци истраживања о квалитету пружања здравствених услуга у установама различитих власничких структура буду транспарентнији. Такође, идентификовали би се узроци који представљају реалан проблем за менаџмент здравствених установа услед различитости у власничким структурама. Тиме се управо може допринети изградњи механизма за побољшање ефикасности менаџмента, као и пружених здравствених услуга крајњим корисницима.

Анкетирањем, које ће бити спроведено у здравственим установама примарног и секундарног типа у државном и приватном власништву на простору Републике Србије ће се обезбедити репрезентативни узорак којим ће се дати конкретан допринос развоју менаџмента квалитета у здравственом систему Републике Србије. То се постиже тиме што се на једном месту сублимирају и приказују практични подаци, идентификују се евентуални пропусти у раду и грешке, као и неадекватно деловање, упоређују се пропусти, грешке и непримерено поступање у раду здравствених установа у државној и приватној својини, са посебним освртом на процедуре заказивања прегледа, пријема пацијената, лечења и исхода лечења.

Идентификација предности и слабости здравственог система у Републици Србији представља значајан друштвени допринос ове докторске дисертације. Њихова идентификација и даља анализа допринеће томе да се разлике између здравствених установа у државној и приватној својини смање и сведу на најмању могућу меру.

2. МЕНАЏМЕНТ И КВАЛИТЕТ

2.1. Менаџмент у јавном сектору

Менаџмент је појам који потиче од енглеске речи *менеджмент*, што значи управљање или руковођење. Представља мултидисциплинарну науку која се бави проучавањем управљања различитим пословима, пројектима и друштвеним системима.¹ Његова суштина је у проучавању управљања као сложеног процеса који обухвата више подпроцеса, као и у анализи људи који се тим управљањем баве, конкретних управљачких активности и појава повезаних са реализацијом пословних задатака.

Подпроцеси менаџмента су планирање, организовање, кадрирање и контрола. Планирање је менаџерска функција, која се састоји у одређивању циљева текућег пословања и развоја организације, као и планирања будућих активности унутар организације и дефинисање будућих задатака. Услов који се подразумева је да ти пројектовани задаци треба да буду извршени. Планска активност менаџера представља суштину његових активности, а из ове планске заправо произилази организација, вођење послова и контролна функција.

Планови могу бити дугорочне природе, кад се креирају на дужи временски период, средњерочни, који се креирају на временски период од пет година и краткорочни, који се доносе на период од године дана. Дугорочни и средњерочни планови могу бити стратегијског карактера, кад се односе на опште циљеве организације и могу да се остваре кроз неколико деценија. Општог су карактера, без улажење у детаље. Стратешким планирањем се бави највиши менаџмент, који се још назив топ менаџмент.

Стратешко планирање обухвата више корака, укључујући анализу окружења, одређивање мисије и визије, постављање општих циљева, развој стратегије за њихово спровођење и расподелу ресурса потребних за постизање циљева компаније. Оперативно планирање утврђује планове детаљног карактера, који служе за даље припремање стратегијских планова. Праве се на једногодишњи период са циљем конкретизације делатности организације. Оперативно планирање иде у корак са дугорочним плановима. Планови обухватају процедуре, политику и правила који су неопходни да стварање оперативних планова и буџета. Једнократни планови се праве за специфичан оперативни период од једне године и у ову категорију се могу убројати програми, буџети и пројекти.²

¹ Ерић, И; Вучинић, М. (2023) *Менаџмент*, Београдска академија пословних и уметничких струковних студија, Београд, стр. 38.

² Ибид. стр. 39-40.

Менаџерско планирање је од виталне важности за раст и развој једне организације. Оно подразумева евалуацију и систем контроле, а на основу чега би организација могла самостално да оцењује успешност и ефикасност свог рада. Такође, врши се провера да ли су планови сачињени на објективним могућностима саме организације који се тичу мерења, контроле и евалуације. Менаџмент у јавном сектору или јавни менаџмент је садржан у концепцији САД, где се може уочити настојање јавне управе да буде што делотворнија и ефикаснија. Делотворност и ефикасност подразумевају уредно и ревносно решавање проблема са којима се суочавају, односно остварују циљеве зарад којих су основани. Ефикасност рада се мери сразмером уложених средстава и постигнутих резултата рада.³

Због незадовољства са ефикасношћу јавног менаџмента, јавила се тенденција стварања новог јавног менаџмента. До реформе јавног менаџмента долази у последње две деценије због незадовољства са неекономичношћу, неефикасношћу и високом корупцијом јавне управе. Иако се земље Европске уније међусобно разликују и боре се са различитим друштвеним и економским проблемима, проблеми са неефикасношћу јавне управе су мање – више свуда исти. Нарочито се та сличност може уочити код земаља које се налазе у тзв. транзиционом процесу. Реформа јавне управе је требало да се креће у правцу подизања економичности и ефикасности јавног менаџмента и да јавни менаџмент ослободе огромног утицаја политике.

Странке, које освоје победу на изборима, своје страначке кадрове запошљавају у јавни сектор. Поред страначких активиста, у јавни сектор се запошљавају људи по рођачким и пријатељским линијама, чиме се доприноси урушавању квалитета јавног сектора и услугама које јавни сектор пружа. Тај проблем страначког запошљавања у јавном сектору је нарочито заступљен у земљама у транзицији, што додатно отежава реформу јавне управе и подизања квалитета јавног менаџмента. У таквим системима се јавља појава, која се често назива „партократија“. Она представља политички процес у ком је све подређено владајућој странци, а грађани, као носиоци суверенитета, су стављени у други план и налазе се подређени интересима странке.⁴

У систему партократије, јавни интерес и сва јавна добра налазе се у сенци интереса владајуће странке, или више њих. У таквим околностима, урушава се квалитет јавног менаџмента јер се на сва руководећа места постављају страначки подобни кадрови, а не лица која су стручна, професионална и имају адекватна знања. Појам партократија је по први пут

³ Ružić, O; Golubić, H; Latin, M; Klopotan, I. (2014) “Javni menadžment”, *Tehnički glasnik, Sveučilišni centar, Varaždin*, str. 461.

⁴ Марковић, Д. (2009) *Демократија и партократија*, Институт за политичке студије, Београд, стр. 43.

дефинисан од стране италијанског социолога и политиколога Маура Калисе, који је ову негативну појаву окарактерисао као доминантан утицај политичке странке на дешавања у једном друштву.

Партократија има посебно негативан утицај на правосуђе у једној земљи, јер носиоци правосудних функција не раде у складу са законом, већ по наређењу страначких лидера. Уместо да вршиоци правосудних функција буду висококвалификовани и високоморални правници, те послове врше страначки кадрови који су се доказали у послушности владајућој странци. Партократија има лош утицај и на друге сфере друштва, као што су здравство, образовање, безбедносне службе, комуналне службе и друге виталне службе, без којих ниједна држава не може да функционише. Ерозија квалитета ових јавних државних служби започиње запошљавањем нестручних и неквалитетних кадрова, који не испуњавају ниједан критеријум који је потребан за рад у јавном сектору. Њихова запошљавања су плод њиховог страначког залагања и заузимања.

Тежња стварања новог јавног менаџмента потиче из најразвијенијих земаља света, као што су САД, Канада и Велика Британија. Иако код ових земаља постоје различитости у економском, друштвено – политичком, културолошком и уставном систему, постоје и суштинске разлике при организовању јавног менаџмента. Упркос тим значајним разликама, ове земље су иградиле модел реформе који се не разликује превише у међусобном поређењу са системима који постоје у овим државама. Полазна основа за изградњу новог јавног менаџмента почива на чињеници разликовања јавног од приватног менаџмента.

Нови јавни менаџмент представља синоним за реформу јавног менаџмента, а ове реформе су актуелне читаве две деценије уназад. У реформистичким тенденцијама је најдаље одмакла Велика Британија, што не чуди уколико у обзир узмемо чињеницу да су у овој држави на високој цени биле јавне службе и менаџмент у јавном сектору. Гледано историјски, у британском друштву су запослени у јавном сектору увек чинили друштвену елиту и виши друштвени слој. Због тога је британски модел новог јавног менаџмента постао пример коме су тежиле све земље чланице ОЕЦД-а, као и важне финансијске институције као што су Међународни монетарни фонд и Светска банка.⁵

Економске реформе јавног менаџмента су омогућиле ослобођење тржишта од државног интервенционизма, чиме је створена још већа дистинкција између јавног и приватног сектора, па самим тим и јавног и приватног менаџмента. Ове реформске мере су допринеле сужавању

⁵ Perko – Šeparović, I. (2003) "Novi javni menadžment – britanski model", *Politička misao*, Zagreb, str. 32.

менаџерских могућности у јавном сектору. Испитивање јавног менаџмента би у неку руку значило испитивање државе у делу њених друштвено – економских односа, те се ту јавља неолиберална идеја примењености у сектору социјалне политике, али не и економске политике.⁶

Модел новог јавног менаџмента је заснован на идеји доброг владања и бољег управљања. Ова идеја је преузета од политичких стратегија, које су утицале на окретању ка мултилатералним и билатералним донаторима, без чијих средстава се реформа јавног менаџмента никад не би могла спровести. Немогуће је говорити о реформи јавног менаџмента, а не говорити о политичким утицијима, који могу бити и углавном јесу врло штетни. Јавни менаџмент је под директним утицајем политике и носилаца политичких функција. Политика има утицаја на организацију, људске ресурсе, ефикасност, односно неефикасност јавног менаџмента, начин вршења делатности јавног сектора, а целокупан концепт јавног сектора заправо почива на управно – политичким начелима. Иако се од јавног сектора много очекује, нарочито у области развоја, јавни сектор је та очекивања изневерио и влада једно свеопште мишљење да је јавни сектор кочница даљем друштвеном развоју.⁷

2.2. Менаџмент у приватном сектору

У Републици Србији се о приватном сектору дуго ништа није знало. Тадашња југословенска привреда и економија је знала само јавну и друштвену имовину, док у приватној својини није могло да се нађе ништа. Управо, из наведеног разлога је приватни сектор у нашој земљи, у поређењу са приватним секторима у другим државама знатно закржљалији и са знатно лошијим ефектима. Прве назнаке приватног власништва у привреди и економији се везују за процес својинске трансформације, са којим се започиње тек у последњој деценији прошлог века.

О својинској трансформацији у Југославији се први пут почиње говорити у време реформаторске владе Анте Марковића 1988. године. Доношењем новог Закона о предузећима, по први пут су у југословенском друштву била врата одшкринута за приватизационе процесе и укидања доминације државног и друштвеног власништва.⁸ Заправо, овим законом се предвиђа мешовити својински модел, који је подразумевао комбинацију јавног и приватног капитала, што је претеча данас присутног модела јавно – приватног партнерства и сарадње две врсте капитала.

⁶ Minogue, M; Polidano, C; Hulme, D. (1998) *Beyond the New Public Management*, Edward Elgar, Cheltenham, p. 20.

⁷ Арандаренко, М. и др. (2008) *Реформе у Србији – достигнућа и изазови*, Центар за либерално – демократске студије, Београд, стр. 57.

⁸ Стојановић, И. (2000) “Својинска трансформација у СР Југославији“, *Међународни проблеми*, Београд, стр. 119.

Својинска реформа и нови закон су предвиђали могућност да се инсолвентна предузећа и предузећа са поремећајима у пословању, за које је раднички савет и сви остали релевантни органи одлучивања утврдио постојање инсолвентности и поремећаја у пословању, најпре поунуди радницима запосленима у предузећу и другим заинтересованим лицима на продају. До мешовите власничке структуре би долазило кад би се приватном капиталу омогућавало да делимично уђе у неко јавно и друштвено предузеће, у одређеном проценту.

Својинској реформи су свој допринос дала још два значајна законска акта – Закон о друштвеном капиталу из 1989. године и измене и допуне тог закона из 1990. године. Према одредбама ових закона, инсолвентна предузећа су морала да приступе распродаји властитог капитала, а средствима која би овим путем добила, управљало би посебно државно тело. Такође, предвиђена је могућност расписивања и куповине деоница предузећа, које је могло да купи свако заинтересовано правно и физичко лице. Овај реформски процес је био диктиран споља, с обзиром на то да су значајне земље са запада дале одређена средства за спровођење ових реформи. Циљ реформи је била економска стабилизација Југославије, увођење принципа тржишне економије, подстицање извоза и тиме стварања добре основе за враћање државних дугова.⁹

Ова својинска трансформација доживљава свој крах због дезинтеграције Југославије и званично се узима 1. мај 1991. године као датум обуставе започетих реформи. По овом Марковићевом моделу, приватизовано је неколико предузећа и привредних субјеката, као што су Творница дувана у Ровињу и Загребачка банка. Након ове својинске трансформације, наступиле су контроверзне приватизације, које се често називају тајкунске и мафијашке, са бројним мрљама и злоупотребима, које ни дан данас нису расветљене.¹⁰

Као један од значајних реформационих трендова у економији Југославије и данас Републике Србије, представља увођење и популаризација малих и средњих предузећа. Иако су у свету ова предузећа заступљена још од седамдесетих година прошлог века, на наше просторе је њихов продор ишао отежано због већ изнесених отежавајућих прилика.

Кад се говори о менаџменту у малим и средњим предузећима, он је увек у тесној повезаности са власничком структуром са врло кохерентним интересима. Фокус менаџмента код ових предузећа је на производима и њиховом пласману. За такву врсту управљања се захтевају одређења знања и вештине, као и искуство из ове области. Често се не може створити

⁹ Marković, A. (1990) *Yugoslav Changes*, Jugoslovenski pregled, Beograd, str. 92.

¹⁰ Тмушић, М. (2022) *Приватизација у Србији: институционална анализа економских ефеката*, Филип Вишњић, Београд, стр. 227.

јасна дистинкција између власничке и менаџмент структуре у овим предузећима. То је нарочито тешко учинити код предузетничких форми, где је предузетник уједно и главни менаџер. Власник дакле има највећу и најважнију функцију и од његовог рада и знања зависи успешност, односно неуспешност у раду предузећа.

Кад дође до ширења делатности и генерално до ширења послова, онда тек долази до раздвајања власничке од менаџмент функције. Док је предузеће мало, не постоји потреба за ангажовањем професионалног менаџмента. Тек са њеним ширењем и економском стабилизацијом, улога професионалног менаџмента долази до изражаја. Како је раст и развој предузећа постепен, тако у првој фази најпре имамо менаџмент који је заснован на знањима и способностима самог предузетника, који се примарно руководи својим ранијим знањима и искуствима. Његове одлуке су донесене на емпиријској бази, а не на основу менаџмент техника и метода.¹¹

Како се предузеће развија и расте, расту и потребе за стручним и професионалним менаџментом. Предузетник, који је раније могао да консумира дужности и власника и директора, постаје све оптерећенији и уочава немогућност да самостално обавља све функције у правном лицу. По правилу, ту се занемарују стратешка питања раста и развоја, што за директну последицу може да има стагнацију предузећа. Изузетно, ако је предузеће искључиво предузетничког карактера, како по питању структуре, тако и менаџмент организација, онда оно никад неће имати потребе ни за каквим ширењем нити професионализацијом менаџмента. Међутим, ако предузеће има тенденције ка новим приликама и иновацијама, логично је очекивати да ће до ширења неминовно доћи, те да ће власничка структура постати недовољно ефикасна у вршењу менаџмент функција.

Од малих и средњих предузећа се очекује да могу да успоставе један јединствени пословни систем, којим се омогућује да буду испуњена очекивања и захтеви свих страна, примену законских и других захтева и примену адекватне заштите на раду. Данас у Европској унији мала и средња предузећа чине највећи број привредних субјеката. Чак 99 процената од 200 милиона предузећа у Европској унији су по својој структури мала и средња предузећа док је микро предузећа 93 процената. Њихов значај се огледа у томе што упошљавају велики број радно способних лица и доприносе стварању богатства Европске уније.¹²

¹¹ Ожеговић, Л; Павловић, Н. (2012) "Менаџмент малих и средњих предузећа носилац развоја привреде", *Школа бизниса*, Висока пословна школа струковних студија, Нови Сад, стр. 75.

¹² Диздаревић, М. (2021) "Подстицање малих и средњих предузећа у Европској унији", *Економски факултет Универзитета „Демал Биједић“*, Мостар, стр. 22.

2.3. Финансирање јавних установа

Јавне установе и читав јавни сектор се финансира из буџета Републике Србије. Закон о буџету, који доноси Народна скупштина Републике Србије се доноси на крају сваке календарске године за идућу, наступајућу календарску годину. Такође, Закон о буџетском систему¹³, „регулише планирање, припрему, доношење и извршење буџета Републике Србије, припрему, доношење и извршење буџета аутономних покрајина у Републици Србији, јединица локалних самоуправа, припрему, доношење и извршење финансијских планова Републичког фонда за пембзијско и инвалидско осигурање, Фонда за социјално осигурање војних осигураника и Националне службе за запошљавање, буџетско рачуноводство и извештавање, финансијско управљање, контролу и ревизију корисника јавних средстава из буџета Републике Србије, буџета локалних власти и финансијских планова организација за обавезно социјално осигурање, надлежности и организације Управе за трезор, као органа управе који је у саставу Министарства финансије Републике Србије и трезора локалних власти“ (Члан 1. Закона).

У складу са Законом о буџетском систему, имовина обухвата новац, потраживања, акције и уделе у капиталу правних лица, хартије од вредности и друга улагања правних лица. Ту се најпре убрајају новац, власнички инструменти, уговорено право примања новца или друга имовина, као и остали деривативни и недеривативни инструменти. Финансијска имовина и материјална имовина може имати различите критеријуме вредновања. Он може бити у будућем времену и односити се на нека будућа очекивања и може се утврђивати конкретним мерљивим методама утврђивања вредности.¹⁴

Вредновање имовине се може вршити на иницијалан начин, дакле приликом почетног набављања и накнадно, ревалоризацијом. Иницијално вредновање се врши на основну набавних вредности, а у набавну цену се укључују сами трошкови набавке. Вредновање у поступку ревалоризације врши се на основу реалне процене, која се обично врши приликом продаје.

Закон о буџету Републике Србије је правни акт којим се прописују приходи и расходи за одређену текућу календарску годину. Овај закон доноси Народна скупштина Републике Србије, а у себи садржи одредбе које су од значаја за извршење закона. Њиме се утврђује проценат повећања плата, обезбеђује се маса која је потребна за плате у јавном сектору за једну

¹³ („Службени гласник“ РС, број 54/2009, 73/2010, 101/2010, 93/2012, 62/2013, 63/2012 – исправка, 108/2013, 142/2014, 95/2015 – др. закон, 103/2015, 99/2016, 113/2017, 95/2018, 31/2019, 72/2019, 149/2020, 118/2021, 138/2022 и 92/2023)

¹⁴ Лазић, С. (2018) “Билансирање финансијске имовине буџетских корисника“, *Одитор*, вол. 4, бр. 1, Београд, стр. 7.

календарску годину. Одлуком о буџету се врши процена прихода прихода и потенцијалних расхода за једну календарску годину, а доноси је скупштина аутономне покрајине, односно скупштина општине или скупштина града. У себи садржи значајне одредбе за извршење одлуке.

Финансијски план је документ који припремају директни или индиректни корисници буџетских средстава, као и организације за обавезно социјално осигурање. У њега се укључују и планови индиректних корисника тих организација, који се праве према упутствима за израду буџета и смерницама за средњерочне планове, као и према пројектима средњерочних оквира расхода предвиђених Фискалном стратегијом. Јавна средства подразумевају ресурсе који су под контролом државе или локалних власти.¹⁵

Корисници јавних средстава обухватају директне и индиректне кориснике буџетских средстава, организације за обавезно социјално осигурање, јавна предузећа основана од стране Републике Србије или локалних власти, као и правна лица која су у њиховом власништву. Такође, ту спадају и јавне агенције и друге организације на које се примењују прописи о јавним агенцијама. Међу корисницима буџетских средстава је и Народна банка Србије, а у вези са њеном имовином важне су одредбе закона који регулише њен положај, организацију, овлашћења и функције.

Директни корисници буџетских средстава су органи Републике Србије и локалне власти, док се као индиректни корисници сматрају правосудни органи, месне заједнице и установе које су основали држава или локална власт, а који имају законска овлашћења у управљању и финансирању.¹⁶ Поред тога, корисници могу бити и ванбуџетски фондови, који обухватају правна лица формирана ради финансирања путем специфичних пореза, намењених доприноса и неопорезивих прихода.

Државни сектор обухвата субјекте задужене за пружање нетржишних услуга и прераспodelу дохотка и богатства на свим нивоима власти. То укључује органе обухваћене републичким и локалним буџетима, ванбуџетске фондове као што је фонд социјалног осигурања, као и нетржишне и непрофитне институције које држава контролише и финансира. Јавни сектор представља део националне економије који укључује државни сектор и нефинансијска предузећа под државном контролом, која се углавном баве комерцијалним активностима.

¹⁵ Члан 2. Закона о буџетском систему.

¹⁶ Миљковић, А; Миљковић, Љ. (2010) “Креирање буџета државе“ *Економика*, бр. 3, Ниш, стр. 64.

Јавни приходи представљају средства која се прикупљају од пореских обвезника, а то могу бити и правна и физичка лица која користе одређена јавна добра. Поред тога, јавни приходи обухватају и друге приходе које остварују корисници буџета и фондова за обавезно социјално осигурање.¹⁷ Са друге стране, јавни расходи су издвајања која држава мора обезбедити за робе, услуге и друге потребе, и то без икакве накнаде. Државни издаци укључују и трошкове везане за набавку финансијских и нефинансијских ресурса, као и отплату кредита.

Буџет је свеобухватан план који обухвата приходе и расходе, као и примања и давања. Он може бити организован на два начина: као рачун прихода и примања, који укључује средства добијена продајом нефинансијске имовине, и расходе који се односе на набавку те имовине; и као рачун финансирања, који представља главни документ економске политике. Буџет може бити у суфициту или дефициту, при чему суфицит или дефицит представљају разлику између укупних прихода и расхода, укључујући и оне везане за продају и набавку нефинансијске имовине.

Фискална политика обухвата активности и мере које спроводе државни органи у вези са приходима, примањима, расходима, издвајањима, као и акумулацијом јавне имовине и обавеза. Циљ ових радњи је праћење и утицање на привредне токове и постизање постављених циљева фискалне политике.¹⁸

За календарску 2024. годину, Народна скупштина Републике Србије донела је Закон о буџету („Службени гласник РС“ број 92/2023 и 79/2024), којим су утврђени општи приходи, примања, расходи и издаци за ту годину. Буџет се састоји из две главне ставке: ставка А обухвата приходе, примања, расходе и издатке, укључујући приходе од продаје нефинансијске имовине и укупне расходе за ту имовину. Ставка Б обухвата рачуне финансирања, односно примања од задуживања и продаје финансијске имовине, као и издатке за отплату главнице и набавку финансијске имовине.

Следи табеларни приказ ових ставки.

¹⁷ Ибид, стр. 65.

¹⁸ Ристић, Ж; Петровић, Д. (2011) *Јавни сектор и фискална политика*, Гама студио, Београд, стр. 48.

Табела 1: Буџетски приказ прихода, примања, расхода и издатака за 2024. годину:

А. РАЧУНИ ПРИХОДА И ПРИМАЊА, РАСХОДА И ИЗДАТАКА	У динарима:
Укупни приходи и примања остварени по основу продаје нефинансијске имовине	2.173.349.194.000
Укупни расходи и издаци за нефинансијску имовину	2.389.278.467.000
Буџетски суфицит/дефицит	-215.929.273.000
Издаци за отплату главнице	28.500.000.000
Издаци за набавку финансијске имовине	18.570.727.000
Б. РАЧУН ФИНАНСИРАЊА	
Примања од задуживања и продаје финансијске имовине	1.013.000.000.000
Издаци за отплату главнице и набавку финансијске имовине	713.449.116.000
Нето финансирање	263.000.000.000
Промена стања на рачуну (повећање готовинских средстава или смањење готовоинских средстава)	36.550.884.000

Буџетска примања долазе из пореских прихода који укључују порезе на дохотке грађана, порезе на добит правних лица, порез на додату вредност, акцизе на нафтне деривате и дуванске производе, као и друге акцизе и царинске приходе. У непореске приходе спадају имовински приходи, таксе, приходи од продаје добара и услуга, као и новчане казне. Ванредни порески приходи обухватају добити јавних агенција, јавних предузећа и дивиденди буџета. Такође, ванредни приходи укључују и приходе од индиректних корисника, трансфере између буџетских корисника на различитим нивоима власти, као и приходе од продаје добара и услуга и донација.

Кад се говори о буџетским расходима, најпре су наведени текући расходи, у које се најпре убрајају трошкови плата, додатака, накнада и других трошкова за запослене у јавном сектору. Ту се још убрајају социјални доприноси, који падају на терет послодавца, дакле државе. Остали расходи за запослене обухватају трошкове за услуге и робу, као и отплату

камата које се односе на пратеће трошкове задуживања, укључујући домаће, стране камате и камате по гаранцијама. У субвенције се убрајају субвенције у области науке, рударства и енергетике, заштите животне средине, ваздушни саобраћај, привреду, пољопривреду, железнички саобраћај, друмски саобраћај, туризам и културу.

У остале субвенције се убрајају субвенције страним владама, међународним организацијама, као и трасфери на различитим нивоима власти. Кад се говори о дотацијама организација за обавезно социјално осигурање, ту спадају давања Републичком фонду за пензијско и инвалидско осигурање, Националној служби за запошљавање, Републичком фонду за здравствено осигурање и Фонду за социјално осигурање војних осигураника. У дотације социјалном осигурању и заштити се убраја дечја заштита, борачко – инвалидска заштита, социјална заштита, транзициони фонд, ученички стандард, студентски стандард, стипендије за младе таленте, спортске стипендије, избегла и расељена лица и остало.

Директни корисници буџетских средстава су државне и јавне институције, којима се буџетом одређује укупан ниво расхода. За 2025. годину, укупан ниво расхода је предвиђен у укупном износу од 2.421.667.200.000 динара, а за 2026. годину 2.530.735.500.000 динара. По делима и секторима, то изгледа као и Табела 2:

Табела 2: *Ограничење расхода по делима и годинама:*

НАЗИВ РАЗДЕЛА	2025. година	2026. година
Народна скупштина РС	2.952.850.000	3.055.675.000
Председник Републике	215.207.000	215.207.000
Влада РС	18.470.232.000	17.988.190.000
Уставни суд РС	615.989.000	615.989.000
Високи савет судства	201.444.000	201.444.000
Јавна тужилаштва	9.408.827.000	8.866.827.000
Државно правобранилаштво	2.119.599.000	2.124.599.000
Заштитник грађана	259.429.000	259.429.000
Повереник за информације од јавног значаја и заштиту података о личности	414.622.000	414.622.000
Повереник за заштиту равноправности	141.340.000	141.340.000

Државна ревизорска институција	1.149.395.000	1.149.395.000
Фискални савет	66.670.000	66.670.000
Министарство унутрашњих послова	123.277.809.000	123.555.188.000
Министарство финансија	762.649.459.000	721.946.277.000
Министарство спољних послова	9.259.272.000	9.133.272.000
Министарство за европске интеграције	972.635.000	925.182.000
Министарство одбране	142.428.619.000	120.399.966.000
Министарство државне управе и локалне самоуправе	1.602.183.000	1.589.683.000
Министарство привреде	32.489.354.000	32.703.830.000
Министарство грађевинарства, саобраћаја и инфраструктуре	302.469.461.000	407.415.171.000
Министарство правде	24.797.165.000	24.835.630.000
Министарство пољопривреде, шумарства и водопривреде	102.743.447.000	102.613.579.000
Министарство за заштиту животне средине	19.550.640.000	16.887.408.000
Министарство просвете	276.518.574.000	276.517.235.000
Министарство здравља	31.154.297.000	31.457.945.000
Министарства рударства и енергетике	21.316.235.000	21.236.828.000
Министарство културе	15.678.439.000	15.555.990.000
Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања	200.247.306.000	199.959.940.000
Министарство спорта	5.392.542.000	5.341.492.000

Министарство унутрашње и спољне трговине	1.947.265.000	1.710.765.000
Министарство за људска и мањинска права	506.720.000	500.521.000
Министарство за бригу о породици и демографију	1.048.515.000	1.048.515.000
Министарство за бригу о селу	1.451.287.000	1.451.287.000
Министарство науке, технолошког развоја и иновација	35.392.969.000	45.801.507.000
Министарство туризма и омладине	5.131.110.000	3.631.109.000
Министарство информисања и телекомуникација	2.333.461.000	2.257.060.000
Министарство за јавна улагања	20.044.454.000	20.044.454.000
Безбедносно – информативна агенција	8.107.672.000	8.107.672.000
Републички секретаријат за законодавство	133.323.000	133.323.000
Републички секретаријат за јавне политике	172.191.000	172.191.000
Републички завод за статистику	1.680.720.000	1.564.115.000
Републички хидро – метеоролошки завод	2.662.466.000	2.662.304.000
Републички геодетски завод	6.463.597.000	5.954.420.000
Републички сеизмолошки завод	22.562.000	22.562.000
Републичка агенција за имовину РС	5.081.813.000	4.127.813.000
Центар за разминуравање	85.543.000	80.543.000

Завод за интелектуалну својину	194.401.000	189.401.000
Завод за социјално осигурање	37.332.000	37.332.000
Канцеларија за информационе технологије и електронску управу	13.466.077.000	13.466.077.000
Канцеларија за јавне набавке	105.997.000	105.997.000
Републичка комисија за заштиту права у поступцима јавних набавки	171.081.000	173.044.000
Геолошки завод Србије	336.188.000	336.261.000
Комесаријат за избеглице и миграције	2.440.350.000	1.269.350.000
Агенција за спречавање корупције	351.555.000	351.553.000
Дирекција за железнице	97.004.000	97.004.000
Републичка агенција за мирно решавање радних спорова	31.025.000	31.025.000
Управа за заједничке послове републичких органа	5.133.231.000	5.124.631.000
Управни окрузи	626.310.000	620.844.000
Републичка дирекција за робне резерве	4.945.109.000	4.945.109.000
Центар за истраживање несрећа у саобраћају	72.531.000	72.531.000
Национална академија за јавну управу	209.421.000	209.421.000
Комисија за контролу државне помоћи	105.686.000	105.686.000
Републичка агенција за	66.402.000	66.402.000

енергетске мреже		
Фискални простор	153.141.145.000	217.800.022.000
УКУПНО	2.421.667.200.000	2.530.753.500.000

Оно што је од значаја за ово истраживање је маса новца који се издваја за потребе здравственог сектора. У односу на буџете од ранијих година, овогодишњи буџет се издваја управо по већим буџетским средствима која су издвојена за сектор здравства, а поред здравства и за одбрану и пољопривреду. У најави је отварање нова три државна дома здравља и осам болница.¹⁹

2.4. Финансирање приватних установа

У приватном сектору је изналажење извора финансирања приватних правних лица питање од значаја за њихов опстанак. За разлику од јавног сектора, за чији рад држава обезбеђује средства из буџетских фондова, приватни сектор финансијска средства мора сам себи да осигура кроз свој рад. Мала предузећа углавном су основана од стране појединаца или мање групе лица, који улажу властита средства за подизање предузећа и обезбеђење основних потреба за рад предузећа. Често се узимају кредитна средства или се врши позајмљивање од блиских лица, ставља се лична имовина под хипотеку не би ли се осигурао почетни капитал за рад предузећа. У случају успешног рада, из профита предузећа се оснивачи брзо намире и врате дугове. Међутим, многа предузећа не дочекају успех, већ заврше са великим дефицитима, а дуговања бивају утростручена.

Мала и средња предузећа се суочавају са проблемом ограниченог приступа повољним финансијским изворима, како на тржишту новца, тако и на тржишту капитала. Посебан проблем представља цена коришћења, што је још једна више препрека на путу раста и развоја малог и средњег приватног предузећа.²⁰ Тек касније, у каснијем животном веку малог и средњег предузећа, њихов власник се суочава са повећаним финансијским потребама, што га наводи на доношење одлуке које се базирају на коришћење екстерних финансијских извора, што подразумевају инвестиције за развој пословања. Проблеми који се тад јављају су изузетно велики за млада и старт – ап предузећа, због не постојања традиције у пословању. Тешко је

¹⁹ Детаљније на: <https://nsuzivo.rs/srbija/rekordan-budzet-za-poljoprivredu-zdravstvo-i-odbranu-premijer-vucevic-ovome-smo-mogli-samo-da-sanjamo>, посећено 30.09.2024. године.

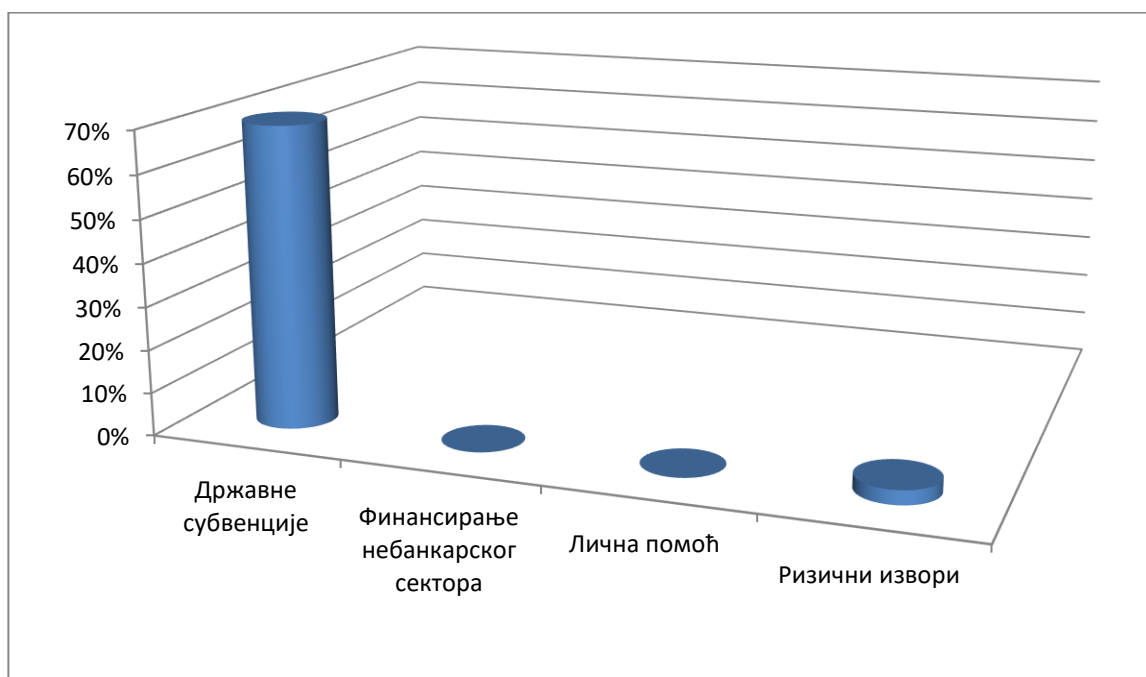
²⁰ Ерић, Д; Бераха, И; Ђурићин, С; Кеџман, Н; Јакшић, Б. (2012) *Финансирање малих и средњих предузећа у Србији*, Институт економских наука, Београд, стр. 58.

осигурати екстерне изворе финансирања за правна лица без дужег временског трајања и доброг економског рејтинга.

Управо, из наведеног разлога, мала и средња предузећа се ослањају на интерне изворе финансирања или комбинацијом интерних и екстерних. Интерни извори финансирања обухватају лична средства, средства добијена од нераспоређене добити и приходе од продаје имовине. Код екстерних извора треба разликовати формалне и неформалне изворе. Формални извори представљају одређени вид задуживања код комерцијалних банака и других финансијских институција, док су неформални видови подршке од породице и пријатеља, који желе да подрже рад предузећа.

Мала и средња предузећа у Републици Србији средства за финансирање црпе из следећих извора: државних субвенција, финансирања из небанкарског сектора, лична помоћ родбине и пријатеља и ризичних извора финансирања. Графикон 1. приказује проценат учешћа различитих извора финансирања малих и средњих предузећа у Републици Србији.

Графикон 1. Процент учешћа различитих извора финансирања малих и средњих предузећа у Републици Србији.



Пред власничком структуром малих и средњих предузећа је стално присутна дилема: да ли се задуживати или користити властите изворе финансирања. И једна и друга опција имају својих и предности и мана. Ниво финансијских инвестиција у предузеће је условљено циљевима раста и развоја самог предузећа. По питању структуре власничког капитала који се инвестира у

предузеће, он изворе може имати у сопственим средствима, породичним и пријатељским дотацијама, неформалних извора иза којих стоје појединци са пријатељским побудама и формалних извора, који потичу од ризичних фондова и корпорација сумњивог порекла.²¹

На самом почетку животног века предузећа, извори финансирања су веома оскудни. У том периоду се предузеће углавном ослања на финансијске могућности власника, док су таква предузећа непривлачна екстерним изворима финансирања. Разлог за то треба тражити и у кредитној неспособности малих и средњих предузећа на почетку свог живота, јер немају никакав кредитни рејтинг, на основу ког би могли потраживати екстерне финансијске изворе. Тек са растом и развојем предузећа, његове кредитне способности се повећавају. Док се интерни извори финансирања смањују услед исцрпљености, долази до дотока екстерних извора финансирања, у које се најпре убрајају помоћ пријатеља, неформални извори, помоћ инвестиционих фондова, корпоративне инвестиције, банкарски кредити и позајмице и сл.

У првој развојној фази, малим и средњим предузећима су на располагању индивидуална средства власника, покретни и непокретни власнички капитал, лична и породична уштеђевина, државне субвенције и кредити комерцијалних банака. У развојној фази, мала и средња предузећа на располагању имају трговинске кредите, лизинг и факторинг и банкарске кредите. У позној фази зрелости, мала и средња предузећа на располагању имају нераспоређену добит и банкарско задуживање.

Кад говоримо о предузећима са умереним потенцијалима за развој предузећа, у почетној фази је на располагању индивидуална уштеђевина и породична уштеђевина, помоћ родбине и пријатеља, неформална подршка пријатеља, као и корпоративне инвестиције. У развојној фази, овим предузећима су на располагању средства од емитовања акција на иницијалној јавној понуди акција, банкарским задуживањем и корпоративним инвестицијама. У позној фази зрелости, извори се налазе у корпоративним задуживањима, код фондова обвезница са високим приносима, пензионих фондова и иницијалне јавне понуде акција.

Табела 3. показује изворе финансирања малих и средњих предузећа *посматрано кроз развојне фазе*

²¹ Љутић, Б. (2016) “Финансирање малих и средњих предузећа“, *Пословна политика*, Београд, стр. 51.

Табела 3: *Извори финансирања малих и средњих предузећа посматрано кроз развојне фазе:*

МАЛА И СРЕДЊА ПРЕДУЗЕЋА	ПОЧЕТНА ФАЗА	РАЗВОЈНА ФАЗА	ПОЗНА ФАЗА
Предузећа са малим развојним потенцијалом	Индивидуална уштеђевина, некретнине, породична уштеђевина и уштеђевина пријатеља, државне субвенције и банкарски кредити.	Трговински кредити, лизинг и факторинг, кредити код банака.	Нераспоређена добит, банкарска задуживања.
Предузећа са умереним и брзим потенцијалом	Индивидуална уштеђевина, уштеђевина пријатеља и породице, неформални извори, корпоративне инвестиције.	Затворена или отворена понуда акција, иницијална понуда акција, банкарска задуживања, корпоративне инвестиције.	Корпоративна задуживања, задуживања код банака, фондова са високим приносима, пензионих фондова, иницијалних понуда акција.

Од пословних пријатеља, власници малих и средњих предузећа добијају финансијску подршку, али и подршку у погледу искуства и вештина, које су потребне приликом вршења делатности малог и средњег предузећа. Предузећа са високим потенцијалом за раст, имају могућност да се за подршку обрате тзв. вентура фондовима. Вентура капитал фондови су алтернативни инвестициони фондови са приватном понудом, који се оснивају као отворени, односно затворени инвестициони фондови. Они инвестирају средства у мала и средња предузећа која су на почетку свог животног века, односно компаније које су почетној развојној фази.

Јединице Вентура капитал фонда се могу продавати како путем јавних понуда, тако и кроз понуде које су упућене професионалним и полупрофесионалним инвеститорима. Вентура капитал фондови могу бити отвореног и затвореног типа.²² Разлике између ових фондова се огледају у могућностима откупа јединица, што је могуће код отворених, док није могуће код затворених фондова. Примерни циљ Вентура капитал фондова је да пруже преко потребну помоћ новим малим и средњим предузећима како би пребродили почетне тешкоће у пословању. Рад и оснивање Вентура капитал фондова је регулисан Законом о алтернативним инвестиционим фондовима („Службени гласник РС“ број 73/2019), те тако овај фонд може основати једино друштво за управљање, које располаже капиталом који није мањи од 25 милиона евра. Велика друштва за управљање мора имати капитал у вредности од 75 милиона евра. Друштва за управљање оснива Комисија за хартије од вредности која процењује законом предвиђене услове за њихово оснивање.

Велика друштва за управљање имају минимални капитал у износу од 125 хиљада, односно 300 хиљада евра, док је минимални капитал друштва за управљање у износу од 70 хиљада евра, односно 150 хиљада евра. Поред новчаног, друштва за управљање могу да имају и неновчане капитале.

2.2. Менаџмент квалитета

Појам квалитета је вишезначан и може се користити на различите начине и у различитим контекстима. Квалитет је такође појава подложна еволуцији, те што се данас сматра квалитетом, раније се другачије третирао, уз логичну претпоставку да ће данашње схватање квалитета ускоро бити превазиђено кад само схватање квалитета и појава квалитета временом еволуира. Према одређеним ауторима, квалитет се може описати као „скуп свих особина неког ентитета које се тичу његове способности да испуни како јасно изражене, тако и подразумеване потребе.“²³

Под ентитетом у контексту дате дефиниције треба подразумевати компанију, производ, систем или особе, као и њихову међусобну комбинацију. У класичном схватању квалитета, он директно није довођен у везу са менаџментом, иако се у савременим научним истраживањима врло често говори о менаџменту квалитета.

²² Ђекић, М. (2019) *Улога, значај и перспективе алтернативних извора финансирања у развоју малог бизниса*, Привредна академија, Нови Сад, стр. 92.

²³ Плојовић, Ш; Бушатлић, С. (2012) *Менаџмент квалитета*, Универзитет у Новом Пазару, стр. 16.

Потребе друштва, као и људске потребе су се током дуге еволуцију мењале и биле врло подложне корекцијама. Неке потребе су уско спецификоване, док неке представљају широку лепену различитих потреба и тежњи за њиховим задовољавањем. Различитост потреба подразумева и различите критеријуме који се односе на квалитет. Потребе по правилу обухватају различите перформансе, употребу, сигурност у процесу функционисања, безбедност, утицај на околину и животну средину, економичност и естетске потребе.

Иако многи квалитет поистовећују са савршеношћом, то представља класичну грешку. Квалитет се може ценити компаративним, квантитативним и техничким вредносним методама. Управо, применом ових метода, квалитет се може додатно одредити као релативан, односно, може му се дати одговарајући ниво. Релативни квалитет се представља квалитет на релативној основи, која се даје сходно степену савршености и применом компарације са одређеном постављеном узорном класом квалитета. Ниво квалитета се још може одредити као његова мера. Мера се одређује применом прецизних техничких вредносних метода.²⁴

Задовољавајући квалитет се састоји из пет значајних компоненти. Те компоненте се идентификују у односу на потребе, пројекцију производа, одређене неусаглашености и подршке током употребе производа. Сходно реченом, квалитет се може одредити као погодност производа за употребу, погодност за намену, задовољство купаца, као и усаглашеност производа и потреба њихових корисника. Производ мора да испуни квалитативне услове на самом почетку производње и стварања.

2.2.1. Одређење појма квалитета

Међународни стандарди дају дефиницију квалитета као „целокупност карактеристика самог ентитета, које се манифестују кроз способност задовољавања потреба и подразумеваних потреба“, што је слично већ и наведено кроз ставове домаћих научних радника. Први и најранији систем менаџмента квалитета је назван „дејминг“ и настао је у Јапану. Први се бавио креирањем и афирмацијом управљања квалитетом, који је одредио као „предвиђени степен једнообразности и поузданости за задовољавање тржишне потребе и ради постизања што економичнијих трошкова.“ У САД се квалитет одређује као „активност, на основу које се може постићи подобност производа или услуге“, док познати научни стваралац из области

²⁴ Ђуричић, М. (2007) *Менаџмент квалитета*, Факултет за индустријски менаџмент, Издавачки центар Факултета за индустријски менаџмент, Крушевац, стр. 26.

менаџмента, Филип Крозби, даје дефиницију квалитета као „појаву која мора бити усаглашена са захтевима, те да не може бити нити добар нити лош“.²⁵

Према дефиницији Европске организације за квалитет, квалитет је дефинисан као „степен до ког производ треба да постигне да би задовољио потребе корисника и потрошача“. Код дефинисања квалитета, меродавне су следеће ставке: купац је доминантна личност, према ком се одређује квалитет, док је улога произвођача у другом плану. Маркетинг концепција квалитета је оријентисана ка купцу и задовољењу његових потреба. Под појмом квалитета убрајају се поузданост, погодност употребе и сигурност. Такође, о квалитету се може говорити са аспекта функционалних, димензионалних и чулних особина, која потврђују на првом месту сигурност и поузданост одређеног производа или пружених услуга.

Дакле, кључну позицију при одређењу појма квалитета игра корисник производа, односно услуге. У том контексту, постоје три врсте корисника: екстерни, интерни и добављачи. Екстерни се налазе ван система који немају директног контакта са датим производом нити пружаном услугом. Супротно од екстерних, интерни произилазе из самог система и директно су укључени у процес производње и пружања услуга. Корист интерних корисника је највећа јер живе од успеха пласмана робе и услуга. Они су у радном односу у самој организацији или су на неки други начин интересно повезани са њом. По питању добављача, са њима се граде узајамно корисни односи, чиме се додатно подстиче ниво квалитета.²⁶

Интересне групације су корисници који су, или могу бити, под утицајем активности и успеха пословног система. Овај појам је шири од појма корисника услуге..²⁷

Питање квалитета је, као што је већ истакнуто, подложно еволуцији. Тако, можемо да разликујемо неколико фаза развоја квалитета, које су пратиле пословну оријентацију субјеката на тржиштима. Можемо да издвојимо три значајне фазе развоја и то: производну, продајну и маркетиншку. Производна фаза је дуго имала доминантну позицију. Њу карактерише низак ниво производних снага, тражња је увек већа у односу на понуду, чиме се фаворизује тржиште продаваца. Производно оријентисано тржиште иде ка томе да се продаје оно што се намерава продавати. Проблем код производне фазе представља капацитет коришћења, методе, као и обим производње. Тежи се пуној максимизацији добити која се остварује кроз обим производње. Утицај потрошача је код производне фазе врло мали, јер је тржиште засићено великом

²⁵ Crosby, P. (1989) *Kvaliteta je besplatna: umijeće osiguranja kvalitete*, Privredni vjesnik, Zagreb, str. 92.

²⁶ Ђоковић, Г; Пушара, А; Павићевић, А. (2021) „Нове технологије у циљу повећања квалитета на тржишту рада“, *Одитор*, Београд, стр. 11.

²⁷ Мишковић, З. (2017) *Утицај власничке структуре на систем за менаџмент квалитета здравствених установа Републике Србије*, Универзитет “Цон Незбит“, Факултет за пословне студије, Београд, стр. 33.

тражњом, чиме се преференције потрошача подређују лињеници да жељеног производа нема у довољним количинама.

Продајна оријентација подстиче рекламни и промотивни ангажман предузећа. Полазило се од предпоставке да добра реклама продаје сваки производ. Почине се развијати сектор рекламе и маркетинга, те запошљавање ових стручњака. Понуда је заправо требало да подстиче тражњу, па чак и да је надмашује. Пажња се драстично почиње усмеравати на потребе купаца и њихове личне преференције. Полазна стратегија предузећа се базирала на питању „где се може продати оно што се произведе?“ Управо, захваљујући овој продајној оријентацији, долази до рапидне експанзије комерцијалног и маркетиншког сектора.

Маркетинг се може одредити као концепт пословног размишљања и став предузећа према својој улози и позицији у друштву и привреди. Маркетинг је фокусиран ка задовољењу потреба потрошача и привреде, ка пословној активности, услугама и производима и остваривању профита. Углавном је маркетинг оријентација усмерена ка тачно одређеним тржиштима. Фокус је на потребама и преференцијама потрошача, те се тржиште помера са интереса продаваца на интересе купаца.²⁸

Фабрика представља основну тачку полазишта у продајној оријентацији. Ово произлази из чињенице да се производња, због своје друштвене функције, сматра кључним фактором у задовољавању потреба грађана као потрошача, као и потреба привреде, друштва и предузећа у процесу стварања профита. Фабрика овде симболизује производњу, пословну активност која резултира стварањем производа, основно средство за рад и постизање пословних циљева.

Маркетинг оријентација је усмерена ка циљаним тржиштима, потребама потрошача и интегралном маркетингу, док се сврха остварује кроз задовољење сатисфакције потрошача. Суштина се налази у продирању потрошачких потреба, које се реално манифестују у садашњем тренутку, али и предвидети неке будуће потрошачке потребе у неком наступајућем периоду. Потрошачи неретко не знају које ће им бити потребе и очекивања у ближој и даљој будућности. Дobar маркетинг има способност да те потребе предвиди и на време их задовољи. Онај субјекат који на време предвиди потребе потрошача и успе да их благовремено задовољи, може да се нада остварењу профита.

Квалитет се може квантификовати према следећим критеријумима: перформансама, специјалним одликама, поузданошћу, усаглашеношћу, трајности, погодности за сервисирање,

²⁸ Милисављевић, М. (2000) “Тржишна оријентација и маркетинг функција“, *Директор*, Београд, стр. 9.

естетици и схватању квалитета од стране самих корисника.²⁹ Перформансе представљају основне карактеристике неког производа. Оне представљају квалитативну меру којом се цене функционални и физички атрибути производа, а главни и основни критеријуми се везују за задовољење потреба потрошача, економичност и расположивост. Робна марка се издваја по критеријуму перформанси, те куповина производа из одређеног производног ланца, који је обележен робном марком, по правилу треба да задовољава све перформансе које та робна марка са собом носи.

Специјалне одлике су намењене употпуњавању основних одлика производа. Специјалне одлике производа у квалитативном смислу одвајају основне и квалитетније производе, односно, дају му на квалитету. Неке специјалне одлике временом постају основне, што само указује на то да се стандарди и потребе потрошача повећавају са временом. Као пример се наводи даљински управљач за телевизор. У прво време, он је био специјална одлика производа, а данас се телевизор не може замислити без даљинског управљача.

Поузданост представља могућност да одређени производ, или неки његов део опреме или систем обавља своју функцију у одређеном временском периоду. То значи да уређај, његов део или систем у датом временском интервалу неће показивати знаке слабости и неисправности, те да ће бити поуздан за употребу.

По питању усаглашености, она се утврђује по питању конструктивних и операционалних карактеристика производа са датим стандардима. Усаглашеност може бити како по питању техничких стандарда, тако и по питању димензије, начина и времена пласмана и испоруке, задатих одступања и томе слично.

Трајност представља дужину експлоатационог периода, од тренутка израде, то тренутка замене. Дужина трајања је уједно и потврда квалитета. Што производ дуже траје, значи да је квалитетнији. Технички гледано, век трајања производа представља дужину трајања производа, од стављања у погон, до расхода. Економски гледано, упоређују се трошкови поправке робе и трошкови набавке нове. Уколико је трошак поправке виши, економски је оправданије приступити набавци новог производа.

Сервисирање производа представља процес улагања у постојеће уређаје, како би се они поправили или осавременили, односно како би се допринело на бржем и компетентнијем пружању услуга. Сервисирање је директно условљено способношћу набавке резервних делова, трошковима сервисирања, као и дужина трајања самог сервисирања. Дужина трајања је

²⁹ Филиповић, Ј; Ђурић, М. (2023) *Основе квалитета*, Факултет организационих наука, Београд, стр. 104.

меродавна из разлога што у том периоду долази до обуставе производње, чиме се доводи у питање сам производни процес. Тежи се управо из тог разлога да рок сервисирања буде што краћи како би се смањило период обуставе производње.

Естетика је обележје које се односи на изглед, осећај додира, мириса, укуса и угођаја који производ пружа свом кориснику.³⁰ Реч је о једној неуниверзалној карактеристици и подређена је субјективним осећајима и стањима на страни корисника. Ту се уједно долази и до појма схватања квалитета од стране корисника и то на начин који полази од захтева постављених од стране корисника. Зато су ти захтеви од виталне важности приликом процеса израде одређеног производа или пружање услуга. Познавање корисникових захтева омогућује произвођачу и пружаоцу услуга да се боље припреми и на тржиште пласира производ који ће на најбољи могући начин да буде прихваћен јер ће корисници са својим потребама тај производ далеко боље да прихвате.

2.2.2. Историјски развој менаџмента квалитета

Период XX века се сматра преломним периодом у ком је дошло до развоја многих процеса. Међу значајнијим процесима из тог периода свакако треба навести техничко – технолошки прогрес, производни развој, структурно – организациони развој предузећа, развоје менаџмента, како као практичне вештине, тако и као научне области, развој и ширење утицаја тржишта и тржишне економије.

На самом крају XX века, долази до експанзије малих и средњих предузећа у којима је запослено по једно лице, долази до стварања врло великих и обимних база података које теже ка интеграцији, развој услуга и тржишта услуга и смањења инфлације. Велике корпорације се дезинтегришу и иде се ка стварању мањих предузећа који преузимају улогу профитних центара. Уводи се информациона технологија на велика врата и то кроз електронско пословање, стварање платформи преко којих се одвијају многи пословни подухвати, Интернет продаје, као и стварање међународних ланаца.³¹

Такође, у XX веку долази до успона читавих империја у привредном и економском смислу. Јављају се јаки чиниоци на скоро свим континентима, па чак и оним који су

³⁰ Ивовић, С. (2003) *Менаџмент квалитета производа*, Факултет за трговину и банкарство “Јањићије и Даница Карић”, Београд, стр. 121.

³¹ Мета, М; Елфић, Е; Бајрамовић, Ц. (2013) “Организација и менаџмент у историјском контексту“, *Економски изазови*, Интернационални Универзитет у Новом Пазару, стр. 78.

традиционално сматрани сиромашним и неперспективним. Наравно, доминацију је успела да очува САД, чији стручњаци су радили на налажењу теорије економског раста, који би могао да објасни економске феномене настале у том периоду. Овде свакако треба напоменути вишедивизионалну структуру, коју су 1924. године осмислили „Ду – Поинтови“ директори, потом Фолетову теорију управљања, која је обухватала што више лица у управљачку структуру једног производног циклуса. Потом, 1930. године Мајо и његови сарадници откривају социјалну компоненту радника. Касније, 1938. године, јављају се Бернардове анализе менаџмента предузећа, које предност дају кооперацији која је подразумевала руковођење у правцу са врха према дну. Маслов постаје познат 1942. године са својом хијерархијом потреба, док седам година касније Маркович израђује портфолио анализе за смањење трошкова инвестирања. Роџерс и Ротшлисбергер примењују психологију у управљачким политикама с циљем бољег разумевања потреба радника, као и за боље уважавање и слушање њихових захтева. Друкер у свом пословном водичу указује на важност пословних циљева, који је објавио 1954. године. Он пословне циљеве доводи у тесну везу са социјалним релацијама. Литл уводи нов приступ, заснован на тежњи обједињавања различитих индустријских грана. Аргирис у својим учењима из 1977. године изучава психолошке баријере у процесу учења. Зелезник исте године даје предност великим компанијама јер имају креативан менаџмент, за разлику од малих предузећа, која прибегавају конзервативним управљачким методама. Две године касније, Портер се залаже за унапређењем конкуренције.

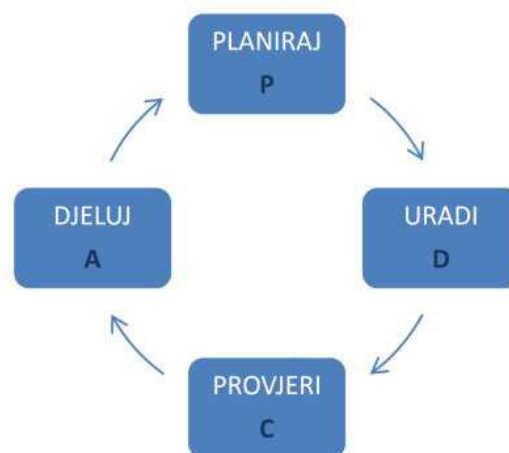
Едвард Деминг је оснивач Института за подстицање разумевања и развој у Вашингтону 1923. године. Деминг је развио теорију управљања, коју је касније надоградио 1927. године његов сарадник Валтер Шеварт, ком је као инспирација послужила Белова телефонска говорница. Теорија је прилагођена, како по питању управљања, тако и по питању производње. Развијене су пробне технике 1940. године, а током Другог светског рата, Деминг се прославио у поступку састављања америчких војних стандарда и у ратној производњи. Подстакао је статистичку методу, која свој пуни процват доживљава управо у ратним годинама. Деминг је активно учествовао у јапанском попису након Другог светског рата, где се посебно истакао при изради експертиза техника за контролу квалитета.

Едвард Деминг се бавио и педагошким радом, те је обучавао велики број студената, инжењера и менаџера у области статистичких концепата у процесу квалитета. Имао је посебне обуке за топ менаџмент којима је упутио поруке да смањење трошкова води ка побољшању квалитета и повећавању продуктивности и партиципације на тржишту. Деминг је 1981. године био ангажован као специјални консултант „Форд Мотор Компаније“, која је била у озбиљним

финансијским и пословним потешкоћама. Продаја возила је драстично опала услед лошег квалитета производа. Демингове реформе у Форду су кренуле од истраживања културе компаније и принципа функционисања менаџмента. Утврдио је да је главни узрочник проблема у пословању ове компаније у лошем менаџменту. Процентуално, рекао је да 85 посто одговорности носи управо менаџмент јер не предузима ниједну меру за унапређење производње аутомобила. Применом својих метода промене до тада устаљене менаџмент културе у фабрици, већ 1982. године на тржиште се избацију атрактивни модел Форд Таунус, који изводи фабрику из економске кризе.³²

Јапански теоретичари су Демингову економску филозофију помно изучавали и конципирали су је у неколико кључних тачака. Кад се фокус постави на квалитет, који је искључиво производ радног напора, квалитет расте, а трошкови производње падају. У случају да се пажња фокусира на трошкове, трошкови расту, а квалитет опада. Деминг је патентирао тзв. „кружни ток“ систематског приступа у решавању проблема. У Деминговом „кружном току“ се налазе кључне ставке у решавању проблема, а то су планирај, уради, провери и делуј.

Слика 1: Демингов кружни ток.³³



Такође, Деминг је промовисао систем сагледавања, који менаџери морају да примењују. Систем сагледавања се састоји из четири компоненте: правилног схватања система, разумевања варијација, теорије разумевања и познавања психологије. Правилно схватање система подрумева схватање и добро повезивање свих чинилаца, као што су произвођачи, добављачи и потрошачи добара и услуга. Ниво и узроци варијација у квалитету, као и употреба статистичких

³² Deming, E; W. (1996) *Kako izaći iz krize?*, Grmeč – Privredni pregled, Beograd, str. 134.

³³ Пљојовић, Ш; Бушатлић, С. (2012) *Менаџмент квалитета*, Универзитет у Новом Пазару, стр. 28.

узорака у мерењу омогућују разумевање самих варијација. Теорија разумевања омогућује знање и границе знања и могућности стицања нових сазнања. Захваљујући познавању људске психологије, менаџери могу лакше да разумеју и схвате људску природу и људске потребе.

Деминг је тврдио да менаџер мора да зна и познаје људе да би са њима могао да управља. Људски перформанс је условљен системом у ком човек ради. Стога, добар менаџер мора бити и добар психолог, који ће добро разумевати разумевање варијација, помоћу којих може вршити добро рангирање људи у систему радне и професионалне хијерархије.

Деминг је утврдио четрнаест тачака за менаџмент:

1. Сталност у унапређивању производа и услуга са циљем постизања конкурентности на тржишту;
2. Нова филозофија менаџмента заснована на новим економским трендовима развоја у ком се више не толеришу грешке због неквалитетних материјала и грешака радне снаге;
3. Увођење статистичких евиденција са уграђеним квалитетом, чиме се грешке унапред отклањају;
4. Увођење сврсисходних мерења и процена квалитета, које се врше заједно са ценом;
5. Благовремено уочавање проблема и рад на њиховом исправљању;
6. Модерне методе обуке за нове радне задатке;
7. Пословођа има примарни задатак да се стара о квалитету производа и услуге, као и унапређења продуктивности;
8. Потпуно искорењавање страха код запослених од штетних појава, како би се њихова продуктивност подигла на максимални ниво;
9. Подстицање тимског рада. Међу запосленима у једном предузећу не смеју да постоје било какве баријере;
10. Методски приступ за подстицање продуктивности рада, а не приступ базиран на празним слоганима и нереалним захтевима;
11. Елиминација стандарда заснованим на бројчаним квотама;

12. Поштовање радничких права, чиме се код радника развија припадност предузећу и развија се лојалност према послодавцу;

13. Раднику омогућити стручно усавршавање и преквалификације;

14. Стварање менаџмента који ће свакодневно радити на имплементацији ових четрнаест тачака.

Претње по менаџмент и доношење добрих менаџмент одлука, по Демингу су смртне болести менаџмента. Њих је сврстао у седам категорија и то:

1. Недостатак сталности сврхе;

2. Истицање краткорочности профита;

3. Оцењивање по перформансама и вредновање по заслугама;

4. Мобилност менаџера;

5. Руковање само на основу видљивих параметара;

6. Прекомерни медицински трошкови;

7. Прекомерни трошкови гаранција мотивисани од стране адвоката који раде за велике хонораре.

Под нижим претњама по добар и квалитетан менаџмент, Деминг је убројао занемаривање дугорочног планирања, ослањање на технологије при решавању проблема, тражење примера праћења, а не солуција за решавање и тражење јефтиних и неинтелигентних изговора.

2.2.3. Систем управљања квалитетом

Управљање квалитетом подразумева сублимацију искустава предузећа у постизању привредног раста и развоја. Реч је о искуствима развијених привредних земаља, претежно из западних цивилизација, које су још пре Другог светског рата развиле добар и квалитетан

механизам управљања квалитетом, чиме су допринели да резултат рада буде исказан привредним развојем.³⁴

На успех у раду и производњи једне ундустријске гране могу утицати четири значајна обележја, која зависе од директног утицаја спољног окружења, а у оквиру слободне конкуренције предузећа локалног карактера. У та обележја се убрајају услови привређивања, ниво и структура потражње, пратеће институције и стратегија, структура и ривалитет међу предузећима.

Конкурентска предност се постиже у условима који су подржани од стране специјализованих знања и уз помоћ специјализованих средстава, кад се поседују поуздане информације о производима и процесима и кад циљеви власника, менаџера и запослених подразумевају стално ангажовање и инвестиције. Томе доприноси додатно динамично окружење, што делује подстицајно на предузећа и ширење њихове пословне делатности.

³⁴ Живковић, Н; Глоговац, М. (2015) *Управљање квалитетом*, Факултет организационих наука, Београд, стр. 57.

3. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

3.1. Историјат здравствене заштите

Потреба за лечењем и пружањем здравствене помоћи постоји од кад постоји и човечанство. У старо време, здравствени системи су били примитивни и неразвијени, а кроз време су се развијали, усавршавали и постајали све бољи и напреднији. У старо време, није постојала посебна медицинска бранша људи који су се школовали и усавршавали да се баве пружањем здравствене заштите. Најпре се медицинска бранша није одвајала од религијске, односно свештеничке. Дуго се веровало да су болести резултати запоседања демонских сила, те да се људи најбоље могу излечити применом религијских метода познатих као егзорцизам.

У Римском царству је здравствена заштита подразумевала одржавање хигијене становништва, одржавање личне хигијене, хигијене становања и одржавање у стању употребљивости пијаће воде за становништво. За оболеле од губе, били су организовани посебни карантини, у којима су били изоловани од остлог становништва.

Грчка је далеко већу пажњу посвећивала развоју здравствене заштите и медицинске науке глобално. Прва је античка цивилизација која је раздвојила медицину и религију и која је уочила потребу за развојем специјализоване медицинске бранше. Хипократ је први указао на потребу ослобођења медицине од религијске догматике и аматеризма.³⁵ Хипократ је поставио примарни циљ медицине, а то је фокус на болесне људе и природу. Уводи се појам медицинске етике, који је налагао медицинским радницима понашање у складу са основним принципима хуманости и филантропије. У Александријској школи се почиње најпре изучавати медицина као научна грана, а поред медицине су се још јавили и фармакологија, анатомија и хирургија.

Медицина и религија су нашле заједнички компромис – помоћ ближњима. И медицина и религија су се залагале, а и залажу се за помоћ људима и заштити људских живота. Међутим, развој медицине доприноси томе да се у развијеном времену болесни људи третирају на институционалан и стручан начин, те да се људско здравље постави на адекватно место и уздигне на заслужени пиједестал. У ренесансном периоду долази до општег процвата науке, па самим тим и медицине.

До подстицаја развоју медицине додатно је допринела индустријска револуција, која је довела до стварања великих градских средина, са великим бројем становника. Нови услови живота су додатно произвели потребу за здравственом заштитом, јер је колективни вид

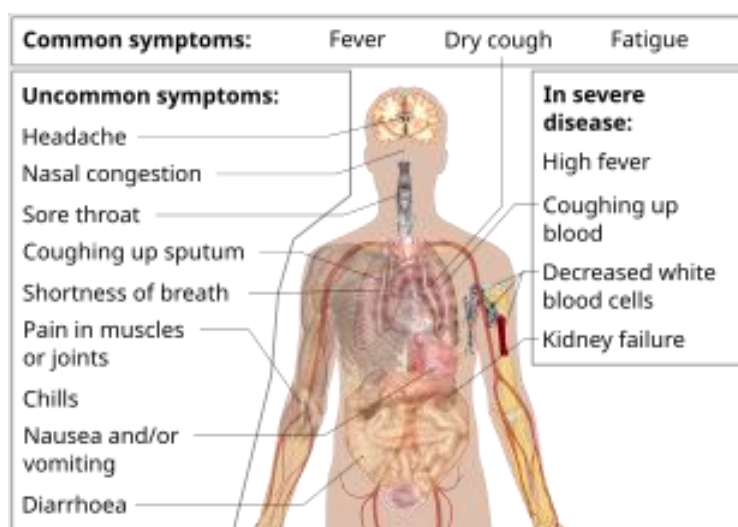
³⁵ Максимовић, Ј. (1998) "Историјски развој рационалне медицинске мисли као основе модерне научне медицине", *Свеске Матице српске*, Нови Сад, стр. 48.

становања допринео бржем ширењу заразних болести, за које дотадашња медицинска наука није знала. Стварање великих градова и градских слојева су такође допринели стварању личних богатстава, те су прилике људи у градовима биле такве да су били у прилици да плаћају медицинске услуге које су им биле пружане. Сеоско становништво се још увек лечило традиционалном или „бапском“ медицином, а грађани су се одлучили да се лече код професионалних лекара у добро опремљеним медицинским установама.

XX век обележен је брзим развојем медицине, чему су значајно допринеле појаве нових болести и обољења која су представљала изазове за до тада познату медицину. Томе су у великој мери допринеле и нове болести и обољења, која су дотадашњу медицину стављале на разне тестове. На развој медицине је позитивно утицао генерални развој свих друштвених сфера, а нарочито дигитална револуција која креће да се дешава крајем XX века. Такође, систем образовања нових медицинских стручњака је подигнут на веома висок ниво, те државе много улажу у образовање будућих лекара и медицинског особља.

Најновији изазов за светску медицину је била пандемија вируса КОВИД 19, који је настао изненада, носећи за собом велики број људских жртава. Нико није могао да верује да се пандемија толико страшних размера може појавити, међутим, најцрњи сценарији су били остварени. Укупни биланс смртности овог вируса је 5,75 милиона људи у целом свету. Од вируса је оболело нешто више од 400 милиона људи на планети. Са успехом се опоравило њих нешто више од 300 милиона. На слици 2. су приказане симптоми и последице које изазива вирус КОВИД 19:

Слика 2: Симптоми које изазива вирус КОВИД 19³⁶



³⁶ Извор: Светска здравствена организација: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>, посећено дана 18.10.2024. године.

На питање зашто је здравствена заштита важна за једно друштво, одговора је више. Тако на пример, ради стварања једног комплексног система знања из области медицине, а које директно условљава ефикасност медицинске заштите у једној земљи. Добро организована медицинска заштита доприноси оптимизацији трошкова и лечења, јер болесни људи представљају велики трошак за једно друштво. Што је народ здравији, и једно друштво је здравије и остварује боље укупне резултате. Почине удруживање финансијских ресурса и коришћење различитих опција за обезбеђивање средстава намењених организацијама, док појединци у том процесу нису обухваћени. Организације су се показале као много способније за руковање ресурсима у процесу лечења и дијагностиковању разноврсних болести. Временом су се развили системи праћења медицинске документације, чиме се омогућује процењивање здравственог стања становништва, као и предузимање одговарајућих превентивних мера, откривања нових обољења и постизања што бољих ефеката здравствене заштите.

Данас живимо у добу модерно организованог здравственог система заштите становништва. Савремени здравствени систем представља важан сегмент друштвеног система – један од његових подсистема – чија је кључна функција очување и побољшање здравља грађана. Он обухвата здравствене установе различитих нивоа (примарне, секундарне и терцијарне заштите), привредне субјекте који производе медицинску опрему и средства, фармацеутску индустрију која се бави производњом лекова, затим систем медицинског образовања за едукацију лекара и медицинског особља, као и систем социјалног и здравственог осигурања који се финансира из државног буџета..³⁷

Систем здравствене заштите, у ужем смислу, представља део друштвеног система који је усмерен на очување и унапређење здравља становништва путем здравствених услуга. Те услуге се пружају на три нивоа: примарном, секундарном и терцијарном. Модерна здравствена заштита обухвата мере промоције здравља, превенције болести, лечења (куративе) и рехабилитације. Примарни ниво заштите је задужен да најпре збрине пацијента и пружи му основни вид медицинске заштите. На овом нивоу се не врши хоспитализација пацијената, већ се услуге пружају на нивоу домова здравља, амбуланти, лабораторија, хитних медицинских служби, стоматолошких амбуланти, апотекарских установа, завода и патронажних служби..³⁸

³⁷ Павић, Ж. (2007) *Здравство и здравствени систем*, Српско лекарско друштво, Београд, стр. 68.

³⁸ Николић, М. (2018) *Улога лекара примарне здравствене заштите у превенцији, дијагностици и третману пацијената*, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду, стр. 30.

Дом здравља је најчешћи вид примарне медицинске заштите који пацијенти потражују. Организују се по територијалном принципу, обично за територију једне општине. Са друге стране, апотеке потпадају под апотекарску установу и оне се сматрају примарном фармацеутском организацијом, које такође делују према територијалним принципима.

Секундарна здравствена заштита подразумева обавезну хоспитализацију пацијената. Под секундарном заштитом се убрајају болнице, у које се допремају пацијенти са примарног здравственог нивоа, којима је било неопходно пружити болничку здравствену негу. Високоспецијализоване здравствене установе за пружање диференцираних медицинских услуга, у којима се још врши научно – истраживачки рад и настава за студенте медицине се убрајају у категорију терцијалне здравствене заштите. Ту спадају институти, заводи, клиничко – универзитетски центри и друге установе у којима се врши испитивање и проучавање нових медицинских метода лечења. Сазанања, до којих дођу ове установе, преносе даље секундарним и примарним установама здравствене заштите са циљем да она буду практично примењени.

Такође, здравствена заштита се може одвијати и у установама заводског типа, као што су Завод за јавно здравље, Завод за трансфузију крви, Завод за судску медицину, Завод за вирусологију, вакцине и серуме и сличне. Међутим, нису сви здравствени системи у свим државама исти. Међу њима постоје бројне разлике. На здравствени систем у једној земљи првенствено утичу важеће правне норме које регулишу организацију здравствене заштите. Поред законских норми, меродавне су и друштвене норме, вредносни ставови, степен и ниво културе народа и сл.

Оно што је својствено свим здравственим системима у свету је пружање здравствених услуга грађанима. Сви здравствени системи познају процедуре којима се спроводи поступак дијагностиковања и лечења пацијената. Свим здравственим системима у свету је приоритет заштита здравља људи, као и побољшања услова за очување здравља једног народа.³⁹

Такође својствено већини здравствених система у свету је да се здравствена заштита пружа у здравственим установама примарног, секундарног и терцијалног типа. На свим нивоима здравствене заштите се мора вршити контрола квалитета на основу објективних показатеља квалитета пружених здравствених услуга. Битан фактор код оцене квалитета је пожртвованост лекара и медицинског особља у пружању медицинских услуга, који морају бити еквивалентни учинком, како по питању здравља пацијената, тако и по питању економске исплативости.

³⁹ Живаљевић, А. (2012) *Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система*, Факултет организационих наука, Универзитета у Београду, стр. 104.

3.2. Услови за обављање здравствених услуга

Услови за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе детаљно су дефинисани Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности („Службени гласник РС“, бројеви: 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 – други правилник, 22/2013, 16/2018, 18/2022 и 20/2023). Овај правилник првенствено уређује кадровске услове, односно врсту и број стручног особља потребног за функционисање здравствених установа, посебно на примарном нивоу здравствене заштите.

На примарном нивоу, у домовима здравља, обавезно је запослити:

- пет лекара опште медицине који ће покривати области кућног лечења, неге и хитне медицинске помоћи;
- једног специјалисту гинекологије и акушерства и једну медицинску сестру или техничара са завршеном вишом или средњом медицинском школом за рад у гинекологији;
- два лекара специјалиста педијатрије и две педијатријске сестре/техничара са средњом или вишом стручном спремом;
- два лекара специјалиста стоматологије, од којих један мора бити специјалиста дечје и превентивне стоматологије, као и две стоматолошке сестре или техничара;
- у области поливалентне патронаже — две медицинске сестре/техничара са завршеном вишом школом;
- у лабораторијској служби мора бити запослен један дипломирани фармацеут – медицински биохемичар, или дипломирани фармацеут – специјалиста медицинске биохемије, или лекар специјалиста клиничке биохемије, као и два лаборанта са средњом стручном спремом;
- на радиолошкој дијагностици – један специјалиста радиологије и један радиолошки техничар.

Оваква кадровска структура је прописана како би се обезбедио минимални ниво стручности и доступности услуга у оквиру примарне здравствене заштите.

При утврђивању надлежности домова здравља, кључни фактори који се узимају у обзир су број становника који живи на територији покривеној домом здравља и удаљеност тог дома здравља од најближе болнице. Управо ти фактори имају директан утицај на кадровске потребе,

односно број и профил медицинског особља које је неопходно запослити. Ови критеријуми у вези са кадровским стандардима детаљно су прописани у члану 4. Правилника.

Када је реч о здравственој заштити деце:

- За децу до шест година, на сваких 850 малишана запошљава се један лекар специјалиста педијатрије и једна педијатријска медицинска сестра или техничар.
- У општинама у којима живи 8.500 деце предшколског узраста, обавезно се формира развојно саветовалиште. У овом саветовалишту морају бити запослени:
 - један специјалиста педијатрије,
 - једна виша медицинска сестра/техничар,
 - један психолог,
 - један дефектолог,
 - један социјални радник и
 - један педагог, сви ангажовани на пола радног времена.

Што се тиче здравствене заштите школске деце:

- За сваких 1.500 деце школског узраста у једној општини, морају бити ангажовани један специјалиста педијатрије или доктор медицине и једна медицинска сестра или техничар, са завршеном вишом или средњом медицинском школом.

У оквиру управних округа, ако број деце школског узраста премашује 7.000, могуће је формирање саветовалишта за младе. У таквом саветовалишту обавезни чланови тима су:

- доктор медицине, специјалиста педијатрије,
- виша медицинска сестра,
- психолог,
- специјалиста гинекологије и акушерства (ангажован на пола радног времена),
- по потреби и други лекари различитих специјалности,
- као и социјални радник.

Ова кадровска решења имају за циљ да обезбеде адекватну здравствену заштиту деце и младих у складу са бројем корисника и специфичностима подручја.

Када је реч о организацији и кадровским стандардима у области примарне здравствене заштите у домовима здравља, правилници прописују прецизне норме у погледу броја запослених и структура кадрова у зависности од броја становника и специфичних потреба становништва. Ево детаљног прегледа по областима:

Здравствена заштита жена

- На 6.500 жена старијих од 15 година, морају бити запослени:
 - један гинеколог – акушер
 - једна гинеколошко-акушерска сестра

Општа здравствена заштита одраслих

- На 1.600 одраслих становника:
 - један лекар опште праксе или специјалиста
 - једна медицинска сестра/техничар
- У густо насељеним општинама:
 - до 25 становника/км² → на 1.200 одраслих један тим
 - 26–40 становника/км² → на 1.400 одраслих један тим

Хитна медицинска помоћ

- На 6.000 становника:
 - један лекар
 - једна сестра/техничар
 - један возач
- За санитетски превоз:
 - на 40.000 становника: 2 возача
 - даље, на сваких 10.000 становника → додатни возач

Поливалентна патронажа

- На 5.000 становника:
 - једна струковна или виша медицинска сестра

Радиолошка и лабораторијска дијагностика

- Радиологија:

- један специјалиста радиологије
- два радиолошка техничара
- Лабораторије:
 - На 120.000 прегледа:
 - један фармацеут – биохемичар/доктор медицине – биохемија
 - шест лаб. техничара
 - један помоћни радник

Медицина рада

- Минимално:
 - један специјалиста медицине рада
 - две сестре
- На два тима медицине рада:
 - по један специјалиста:
 - офталмологије
 - оториноларингологије
 - неурологије
 - психијатрије
 - један психолог и један социјални радник

Превентивни прегледи

- Обавља их дом здравља у државном власништву, уз обавезу запошљавања:
 - једног лекара опште или интерне медицине
 - једне медицинске сестре
 - једног дијететичара – нутриционисте

Физикална медицина

- На 40.000 становника:
 - један специјалиста физикалне медицине и рехабилитације
 - шест физиотерапеута

Стоматолошка здравствена заштита

Дечја превентивна стоматологија

- На 1.500 деце:
 - један стоматолог – специјалиста
 - једна стоматолошка сестра/техничар

Ортопедија вилица

- На 8.500 деце:
 - један стоматолог
 - једна сестра/техничар

Општа стоматологија

- На 10.000 одраслих:
 - један стоматолог
 - једна сестра/техничар
- На три тима:
 - један зубни техничар

Протетика

- На 100.000 одраслих:
 - један стоматолог
 - једна сестра/техничар
 - два зубна техничара

Пародентопатија и орална медицина

- На 140.000 одраслих:
 - један стоматолог – специјалиста
 - једна стоматолошка сестра/техничар

Ендодонција (болести зуба)

- На 80.000 одраслих:
 - један стоматолог – специјалиста
 - једна стоматолошка сестра/техничар

Орална хирургија

- На 100.000 становника:
 - један стоматолог – специјалиста
 - једна стоматолошка сестра/техничар

Радиолошка дијагностика у стоматологији

- На 50.000 становника:
 - један радиолошки техничар

Ови стандарди омогућавају оптимално функционисање домова здравља и равномерну доступност здравствених услуга свим категоријама становништва.

Дом здравља може у свом саставу имати и специјализоване службе као што су интерна медицина, пнеумофизиологија, офталмологија, психијатрија, дерматовенерологија, медицина спорта и хемодијализа. Број и структура запослених у овим службама дефинисани су према броју становника или броју пружених услуга.

Дом здравља – посебне службе

- Интерна медицина: На 20.000 становника запошљава се један специјалиста интерне медицине и две медицинске сестре или техничара.
- Пнеумофизиологија: На 40.000 становника потребан је један специјалиста и две сестре/техничара.
- Офталмологија и оториноларингологија: На 30.000 становника, по један специјалиста и једна сестра/техничар.
- Психијатрија: На 40.000 становника, један психијатар или неуропсихијатар, једна сестра/техничар, један психолог, социјални радник и виши радни терапеут.
- Дерматовенерологија: На 40.000 становника – по један специјалиста и једна сестра/техничар.

- Медицина спорта: На 100.000 становника – један специјалиста и једна сестра/техничар.
- Хемодијализа: На 3.400 дијализа годишње – један лекар и четири сестре/техничара; На 4.500 дијализа – додатно један техничар-електроничар.

Секундарни ниво – болничке установе

Правилник предвиђа специфичне кадровске норме за различите типове болница:

Општа болница

- Основна сврха: специјалистичко-консултативне и стационарне услуге.
- У кључним медицинским областима (интерна медицина, педијатрија, хирургија, гинекологија и акушерство):
 - по два специјалисте
 - четири сестре/техничара
- Анестезиологија: један специјалиста и два здравствена радника
- Лабораторија и радиологија: по један специјалиста и два техничара
- Трансфузија, патолошка анатомија, физикална медицина: по један специјалиста и два радника
- Апотека: један фармацеут
- Санитетски превоз: три возача

Општа болница са 100 постеља

Знатно већи кадровски капацитет:

- Интерна, неурологија, инфективне болести: 18 лекара, 58 сестара (50 за негу)
- Пнеумофизиологија: 15 лекара, 50 сестара (43 за негу)
- Дерматовенерологија: 15 лекара, 50 сестара (38 за негу)
- Педијатрија: 20 лекара, 70 сестара (60 за негу)
- Психијатрија: 15 лекара, 50 сестара (38 за негу)
- Хирургија и урологија: 20 лекара, 80 сестара (50 за негу, 30 у операционим салама и кабинетима)
- Ортопедија и трауматологија: 18 лекара, 80 сестара (50 за негу, 30 на другим пословима)
- Офталмологија и ОРЛ: 18 лекара, 70 сестара (50 за негу, 20 на другим пословима)
- Гинекологија и акушерство: 18 лекара, 70 сестара (50 за негу, 20 на другим пословима)
- Новорођенчад: 10 лекара, 60 сестара

- Продужено лечење и нега: 8 лекара, 50 сестара

Специјалне болнице

Оне су намењене за специјализовану стационарну и консултативну здравствену заштиту.

- Интернистичка и хируршка пракса:
 - по два специјалисте
 - по четири сестре/техничара
- Анестезиологија: један специјалиста и два техничара
- Лабораторија: један фармацеут – биохемичар или лекар и један техничар
- Радиологија: један специјалиста и један техничар
- Трансфузија, патолошка анатомија, физикална медицина: по један специјалиста и два техничара
- Фармацеутска делатност: један дипломирани фармацеут
- Санитетски превоз: три возача

Ови детаљни кадровски стандарди осигуравају функционалност и квалитет здравствених услуга како на примарном, тако и на секундарном нивоу здравствене заштите.

Правилником се дефинишу услови и за оснивање здравствених установа на терцијалном нивоу, с том разликом што се о њима овде неће говорити јер нису релевантне за ово истраживање, јер нису компаративне пошто постоје само у државном власништву. По питању кадровских услова, они су обавезујући и за приватна лица, која оснивају примарне или секундарне здравствене установе.

3.3. Финансирање здравствених установа

Здравствене установе које су у државном власништву се финансирају из јавних извора финансирања. У дисертацији је приказано како се државне институције финансирају из буџетских средстава Републике Србије (Табела 1. и 2.). Усвајањем модела јавно – приватног партнерства, многе здравствене установе у Републици Србији функционишу, по питању финансирања тако што имају изворе у јавним, али и приватним капиталима. Међутим, упркос интенцијама да се промовише овај вид партнерства, ипак преовлађују здравствене установе које су само у државном и само у приватном власништву. У јавне изворе финансирања здравствених

установа у државном власништву су буџетска средства, средства из социјалних давања која произилазе из прихода које дају грађани на име обавезног здравственог осигурања. Приватни извори финансирања здравствених установа у приватном власништву потичу из личних извора приватних власника, као и средстава намењених за приватна здравствена осигурања, донације и разне врсте субвенција.⁴⁰

Систем здравственог осигурања грађана је осмишљен тако да грађани, током своје радне активности, од сваке месечне плате издвајају одређена средства на име обавезне здравствене заштите. Та средства се директно сливају у фондове здравствених установа у својини државе. Те установе користе та средства за свој рад и покривање својих трошкова, а грађанин у случају болести, на име датих средстава има право на пружање здравствене услуге.

У прошлости је било различитих облика система покривања здравствених трошкова. Ту се издвајају два значајна система: Бизмарков и Беверицов. Бизмарков здравствени систем је подразумевао давање доприноса унапред, зарад покривања будућих трошкова здравствених услуга грађанима. Беверицов систем је подразумевао финансирање здравствених установа из буџетских прихода, који би се сливали у заједнички буџетски фонд за здравство. Према овим моделима, осигурање може у потпуности или делимично да покрива трошкове здравствене заштите, као и пружања конкретних медицинских услуга. Под повластицама оваквог финансирања здравственог система треба посматрати могућност рефундације трошкова насталих из пружања здравствених услуга.⁴¹

Кад се говори о здравственим установама које су у државном власништву, држава води све послове који су у вези са тим установама. Рад државних и приватних здравствених установа је законом уређено, али је менаџмент у државној здравственој установи биран од стране државе, односно надлежног министарства, а менаџмент у приватној здравственој установи се поставља од стране приватног власника. Финансирање здравственог сектора у државном власништву се врши из здравственог осигурања. Здравствено осигурање може бити и јавно и приватно. Јавно, односно обавезно здравствено осигурање спроводи држава и финансира се путем доприноса које уплаћују сва запослена лица. Њиме се обезбеђује најосновнији пакет здравствене заштите који се кориснику пружа.

⁴⁰ Јовичић, К. (2014) *Систем здравствене заштите и здравственог осигурања – упоредна анализа у европским земљама*, Синдикат лекара и фармацеута Србије, Градска организација Београд, Институт за упоредно право, Београд, стр. 8.

⁴¹ Мишковић, З. (2017) *Утицај власничке структуре на систем за менаџмент квалитета здравствених установа Републике Србије*, Факултет за пословне студије Универзитета “Дон Незбит“, Београд, стр. 78.

Добровољна здравствена осигурања нису обавезна и она се обично уплаћују допунски. Средства иду у приватне здравствене фондове, са којима су умрежене здравствене установе у приватном власништву, чиме корисници себи осигуравају могућност пружања здравствених услуга у здравственим установама у приватном власништву.

Без обзира да ли су укључена у државно или приватно здравствено осигурање, осигурана лица добијају здравствену књижицу или другу врсту идентификационог документа, којим доказују своје право на коришћење здравствених услуга. Претежно је у свету усвојен Бизмарков здравствени систем, а у појединим земљама је направљена комбинација Бизмарковог и Беверицовог модела. У САД се Беверицов модел користи само за лица старија од 65 година, док се према запосленима користи Бизмарков модел здравствене заштите. За особе које нису обухваћене здравственим осигурањем користи се модел независног корисника, што значи да имају право да самостално изаберу осигуравајућу институцију.⁴²

Системи државне здравствене заштите се већ деценијама у назад сусрећу са бројним потешкоћама финансијске природе. Трошкови одржавања здравствених система су високи, а са перманентним старењем становништва, ти трошкови имају тенденцију пораста. Као потенцијално решење проблема у здравству, поједини аутори су навели увођење тржишних принципа конкуренције, који би увели алтернативу лечења у приватним здравственим установама, као и оснивање приватних здравствених фондова.⁴³

Државни здравствени фондови се формирају и уређују од стране државе у складу са друштвеним и економским потребама становништва. Према стандардима Светске здравствене организације, важно је да грађани учествују у систему здравства, како у доношењу одлука тако и у коришћењу права и испуњавању обавеза. Такав приступ подстиче солидарније и праведније планирање здравственог осигурања. Поред познатих Бизмарковог и Беверицовог модела, Светска здравствена организација препознаје и Семашков и Тржишни модел здравствене заштите.⁴⁴ Ова нова подела коју је изнедрила Светска здравствена организација је резултат друштвено – политичких промена и тежњи прилагођавања. Бизмарков модел је преименован у социјално здравствено осигурање, Беверицов у модел буџетског финансирања, док модел националне здравствене службе представља комбинацију Бизмарковог и Беверицовог.

⁴² Каварић, Н. (2020) *Систем здравствене заштите*, Факултет политичких наука Универзитета у Подгорици, стр. 114.

⁴³ Рорбах, В. (2007) “Нови хоризонти приватног здравственог осигурања“, *Усклађивање осигурања Србије са системом осигурања у Европској унији*, Удружење за право осигурања, стр. 210.

⁴⁴ Нешков, Д. (2008) “Системи здравственог осигурања“, *Право и политика*, Београд, стр. 115.

Модел приватног здравственог осигурања је доступан само онима који су у стању да плаћају медицинске услуге. Овај модел захтева одређени ниво друштвеног богатства и богатства становништва, па зато нема широку примењивост, посебно у земљама које су у транзиционом процесу. Са друге стране, ово је једино могућ модел у земљама које немају развијен здравствени систем под државним окриљем. Да иронија буде већа, претежно најсиромашније земље света немају развијен здравствени систем, те су њихови становници принуђени да плаћају здравствене услуге.

Осигураницима се могу нудити системи обавезног здравственог осигурања који држава намеће као обавезујућ за све грађане. Допунско здравствено осигурање представља систем који допуњује износ намењен за здравствено осигурање. Он је примењив у оним системима у којима допунско здравствено осигурање служи да надомести онај део државне здравствене заштите, који не може бити покривен. Обавезно здравствено осигурање покрива само онај део пожељног нивоа заштите, који се дефинише од стране Светске здравствене организације.

Све што није покривено обавезним здравственим осигурањем спада у приватно здравствено осигурање. Додатно осигурање омогућава приступ медицинским услугама које нису део основног пакета. Ово осигурање могу финансирати и појединци и компаније за своје запослене.

Пракса земаља Европске уније је финансирање здравствене заштите из јавних и приватних извора, као и комбиновано. Јавни извор финансирања је доминантан у већини земаља. Гледано процентуално, може се закључити да јавни извори партиципирају у око 80 процената, а приватни у преосталих двадесет. У скандинавским земљама је здравствени систем практично у државном власништву у највећем проценту. Финска једино представља изузетак у поређењу са другим земљама Скандинавије.

Кроз државно финансирање здравственог система се решава кључно питање политичке природе. Тако на пример, вера грађана у државно здравство је донекле доста висока и постоји осећај личне сигурности кад постоји спознаја да држава стоји иза здравствених организација у земљи. Управо се зато врше улагања у здравствени систем јер се тиме обезбеђује социјални мир и осећај социјалног благостања. У већини европских земаља се давања за здравство обезбеђују из личних доходака грађана, наплатом појединачних здравствених услуга, на основу извршене дијагностике, по болничком дану, из буџетских средстава, као и на основу капитације.⁴⁵

⁴⁵ Вукотић, М. (2010) “Криза и здравствени систем“, *Криза и развој*, Центар за економска истраживања, Београд, стр. 207.

У Републици Србији здравствени систем се финансира из државних извора. Мањи део здравственог система партиципира из приватних извора финансирања. Здравствени систем у Републици Србији је постављен на социјалистичким принципима државне етатизоване економије. До тзв. демократских промена готово све здравствене установе су биле искључиво у режиму државног власништва. Након промене и преласка на својинску трансформацију, јавља се прилив здравствених установа у приватном власништву.

Републички фонд за здравствено осигурање је државна институција која врши надокнаду пружених здравствених услуга, а међусобни односи Фонда и здравствених установа су уговором дефинисани. Према одредбама члана 161. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС“ број 25/2019 и 92/2023), “здравствене услуге које здравствена установа, односно приватна пракса пружа грађанима на њихов захтев, као и здравствене услуге које нису обухваћене осигурањем, наплаћују се од грађана по ценама које утврди управни одбор здравствене установе, односно оснивач приватне праксе”.

3.4. Квалитет пружања здравствене услуге

Пружање квалитетне здравствене услуге је од виталне важности за сваку државу и систем здравства у свакој земљи. Са подизањем знања и професионалних компетенција лекара и особља у здравственим установама, доприноси се подизању квалитета пружања здравствених услуга. Циљ ком се стреми и који треба постићи је максимални квалитет здравствених услуга. Најмеродавнији показатељ квалитета пружене здравствене услуге је исход лечења у здравственој установи. Што је здравствена услуга била благовременија, адекватнија и квалитетнија, већи су изгледи за добрим исходом по живот и здравље пацијента и обрнуто.

Исход медицинске услуге као најрелевантнији показатељ квалитета пружене медицинске услуге је уједно меродаван и код рангирања појединих држава и квалитета њихових здравствених система. Оне државе у којима је животни век њених грађана дужи уједно представљају земље у којима постоји квалитетнији и ефикаснији здравствени систем.⁴⁶ Поред овог параметра, о квалитету здравствене услуге сведочи још и читав сплет особина здравствене заштите и система у једној држави, мада неко општеприхваћено мишљење о квалитету здравствене услуге у сектору науке још није дато.

⁴⁶ Sala, L; A. (2020) “The Relationship Between Population Ageing and Medical Expenditures in Romania”, *Facta Universitatis*, Vol. 17, No. 2, Niš, p. 160.

Једни од првих који су покушали да одговоре на питања везана за квалитет здравствених услуга били су Ли и Џонс још 1933. Године изједначавајући добру заштиту са третманима које добија појединац у здравственој установи, уз поштовање свих медицинских и научних достигнућа, укључујући и превенцију и перманентну сарадњу људи из науке и праксе.⁴⁷ Добра медицинска услуга има за циљ да обезбеди најбољу врсту услуге коју је медицина у том тренутку могла да пружи. Ова врста услуге мора бити доступна сваком грађанину у сваком тренутку. Код пацијента треба да се јави осећај задовољства и испуњености пруженом услугом, те код њега треба да се јави осећај поверења у здравствени систем. Медицина треба да остварује оптималне резултате који најпре подразумевају избегавање компликација до којих није требало да дође. По пацијента треба да буде остварена максимална корист, у смислу исхода пружене здравствене услуге.

Светска здравствена организација је 1984. године дефинисала квалитет здравствене услуге као скуп дијагностичких и терапијских поступака који највише доприносе постизању најбољег могућег здравственог стања пацијента. Дефиниција из 1987. године указује на својства која здравствена услуга може да има у различитим степенима примене на живот и здравље пацијента. У вези са тим треба споменути и поступање лекара и другог особља, њихове професионалности и ефикасности, што све доприноси подизању нивоа квалитета, а све у складу са достигнућим степеном развоја медицине као науке.⁴⁸

Бројни су одговори на питање зашто је потребан виши ниво квалитета у пружању здравствених услуга. Насупрот томе, суочавамо се са проблемом великог броја грешака које настају при пружању здравствених услуга. У многим медицинским центрима у свету се примењују застареле технологије које нису ефикасне при пружању услуга пацијентима. Јавља се самим тим оправдано незадовољство на страни пацијената јер нису задовољни пруженом услугом. Као показатељ лошег и неефикасног здравственог система у једној држави се узимају тзв. листе чекања на одређену медицинску интервенцију. Листе чекања упућују грађане на приватне здравствене установе, чије услуге велика већина грађана нема могућности да плати.

Неефикасни и некавалитетни здравствени системи немају јасан модел координације. Такође, изостају јасне и прецизне процедуре које би се односиле на бројна значајна питања, попут питања која се односе на пријем пацијената, њихов третман, премештај у одговарајуће одељење и отпуст. Пацијент нема довољно информација о свом здравственом стању, нити о

⁴⁷ Шофранац, Р; Шофранац, М. (2011) „Дефиниција квалитета здравствене заштите“, *Квалитет 2011*, Неум, стр. 964.

⁴⁸ Качавендић, Ј. (2011) *Утицај тимског рада на квалитет здравствене заштите*, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду, стр. 22.

медицинским мерама које су према њему предузете. Такође, досијее пацијената прати непотпуна документација, нестанак документације и немогућност уласка у траг историјама болести.

Квалитет здравствене услуге обухвата способност система да користи научна и технолошка достигнућа ради унапређења медицинске неге, као и да та услуга буде делотворна и ефикасна, да буде усаглашена са потребама пацијената и њиховим очекивањима, да буде оптимална, у смислу да се начини равнотежа између пацијентских потреба и трошкова пружања услуге. Услуга мора бити легитимна, по питању нормативних и етичких норми, као и вредносне норме, а са тим у вези, услуга мора бити под једнаким условима доступна свим грађанима који живе у једној држави.

Према Донебедијану, компоненте квалитета пружања здравствених услуга се могу приказати као пирамида квалитета:

Слика 2: Донебедијанова пирамида квалитета.⁴⁹



На квалитет директно утичу активности и ресурси здравствене установе. Под активностима треба подразумевати процесе, који се одвијају помоћу ресурса. Због тога, квалитет услуга које пружа здравствена установа зависи од здравственог пословног система и свих његових особина. Основни ресурси једне здравствене установе су људи на првом месту, а потом инфраструктура, материјали, информације и технологија. Активности здравствене установе представљају квантификацију урађеног, као и начина постигнутог радног резултата.

⁴⁹ Donedeian, A; Bashur, R. (2002) "An Introduction to Quality Assurance in Health Care", Oxford University Press, p. 5.

На крају, утврђују се резултати рада здравствене установе квантификацијом пружених здравствених услуга, променама у односима на релацији особље – пацијенти, промени здравственог статуса оболелих и задовољством пруженим здравственим услугама.

Фактори који утичу на квалитет здравствених услуга у одређеној здравственој установи су различити и обухватају више аспеката рада и организације те установе су: компетентност и оспособљеност медицинског кадра, опремљеност здравствених установа, иновативност пружених услуга, стандардизованост пружених услуга, превентивна политика, хитност у пружању здравствених услуга, свођење ризика на најмању могућу меру, употреба нових технологија и оптимизација трошкова као и времена потребног за пружање здравствене услуге.

Задовољавање наведених фактора квалитета здравствених услуга подразумева да су пацијентима пружене све неопходне услуге, да је услуга пружена благовремено и правовремено, уз коришћење одговарајућих медицинских процедура, а све ради постизања најбољих резултата. На квалитет укупне здравствене установе утиче квалитет рада његових здравствених подсистема. Ниво квалитета се дефинише на основу захтева и потреба пацијената и других заинтересованих лица. Ниво квалитета је саставни део значајне конститутивне документације, као што је Пословник о раду, процедуре о раду, упутства, каталог услуга и нормативна акта. Дакле, читав документација мора да прати стратегију очувања и подизања квалитета рада једне здравствене установе, а вредновање квалитета се врши тако што се упоређују предвиђени нивои квалитета у наведеним документима и у реалности.

Овде је потребно начинити суштинску разлику између пројектованог и оствареног нивоа квалитета. Пројектовани ниво квалитета је одређен на основу функционалних и суштинских одредница који је садржан у нормативним актима, као што су Правилник, упутства, процедуре, упутства и каталози. Остварени ниво квалитета је квалитет пословног здравственог система у пракси. Он се констатује на основу праћења и мерења параметара квалитета које се остварује како интерним, тако и екстерним проверама и проценама. На послетку се утврђује употребни ниво квалитета на основу степена постигнутих и остварених захтева који су поставили пацијенти најпре, а потом и друге заинтересоване стране.

Гледано према овим мерним критеријумима, закључује се да најнижи ниво употребног квалитета имају здравствене установе на примарном нивоу, јер је њихов задатак усмеравање и упућивање пацијената у установе на секундарном и терцијалном нивоу. Иако установе на примарном нивоу имају висок ниво оствареног квалитета пружених услуга, код корисника тих

услуга се стиче утисак да је остварени ниво квалитета значајно нижи у односу на установе на секундарним и терцијалним нивоима.⁵⁰

На висок ниво квалитета здравствених услуга, осим квалитета унутар самог пословног система, утичу и сегменти који су ван пословног система, а то су путна инфраструктура и комунална инфраструктура. Добра повезаност здравствене установе са другим деловима града, односно са значајним саобраћајницама, омогућује бржи и ефикаснији транспорт пацијената, као и оних који долазе у посету код пацијената за време хоспитализације. По питању комуналне инфраструктуре, здравствена установа мора бити снабдевена питком и исправном водом, мора имати грејање у зимским и хлађење у летњим месецима, санитарне чворове и све друго што се сматра неопходним за неометано обављање и пружање здравствених услуга.

Сам пословни систем здравствене установе мора да функционише на транспарентан начин. То значи да сви запослени у здравственој установи који су ланцу одлучивања, могу да равноправно учествују у доношењу одлуке при избору компаније која ће вршити планирану активност и имати нужна сазнања о расположивим капацитетима, ресурсима, начину организације, карактеристикама услуге која се пружа и других релевантних чињеница.

Подизању квалитета здравствених услуга у великој мери доприноси улагање у дигитализацију и увођење нових информационих система и технологија. Међутим, у сектор здравства се неоправдано врло мало улаже на увођење нових информационих система и технологија. Такође, код медицинских кадрова, нарочито старијих, евидентан је отпор према тим новим технологијама и спремност за њихово одбијање и неприхватање.⁵¹ Савремени информациони системи омогућују благовремено ажурирање информација о стањима пацијената, терапији и третманима који се примењују према њима у процесу њиховог лечења. Такође, у систему се евидентира свака посета пацијента и то не само у тој здравственој установи, већ у било којој здравственој установи на територији државе.

Савремени здравствени информациони систем умрежава све здравствене установе у једној држави, чиме се омогућује неометана циркулација информација. Тиме се такође могућност грешака и евентуалних пропуста у раду своди на најмању могућу меру. Проблем, који се често среће у пракси, а који значајно смањује квалитет пружених здравствених услуга је вођење тзв. дупле администрације. Дупла администрација настаје онда кад се воде паралелно електронска и папирна евиденција. Попуњавање дуплих образаца и стварање дуплих

⁵⁰ Šućur, Z. (2007) "Zdravlje i kvaliteta zdravstvenih usluga", *Kvaliteta života u Hrvatskoj*, Program Ujedinjenih naroda za razvoj u Hrvatskoj, Zagreb, str. 81.

⁵¹ Ранђеловић, Д. (2018) *Здравствени информациони систем*, Медицински факултет Универзитета у Нишу, стр. 11.

евиденција доприноси томе да пацијенти дуже чекају на услугу, да она траје споро, а да је фокус лекара на административном послу, а не на стручним пословима из њихове области рада.

Као што је већ више пута истакнуто, интереси и очекивања пацијената су примарна одредишна тачка при оцени квалитета пружене здравствене услуге у одређеној здравственој установи. Потребне пацијената су дакле основна тачка са које се креће у уређење и управљање радом здравствене установе. Минимални захтеви пацијената се одређују кроз потребе пацијената за добијањем помоћи од здравствене установе у одржању или очувању здравља. Стога, квалитет здравствене услуге се огледа у тачности и комплетности, јер дијагностиковање болести и пружање адекватне медицинске помоћи не допушта било какво одлагање. Услуга мора бити брза јер пацијент не сме да чека на пружање здравствене услуге. Време је фактор који одлучујуће може да утиче на позитиван исход медицинског третмана и неге. Услуга се мора пружати на безбедан начин, што ће рећи да се пацијенту мора гарантовати сигурност током боравка у здравственој установи од заражавања са неком другом опасном болешћу. На послетку, здравствена услуга мора бити доступна за све пацијенте под једнаким условима.⁵²

Потребне пацијената су наизглед врло једноставне, а заправо веома тешке. Болестан човек жели да буде здрав и да врати старо здравствено стање, кад је био здрав. Међутим, постићи те циљеве некада је врло тешко. Постоје врло тешка обољења код којих излечење нажалост није могуће, или је могуће али уз остављања последица по живот и здравље пацијента. Код тих тешких болести, често је и сама здравствена установа немоћна јер медицина, на нивоу развоја на ком се тренутно налази, нема решење за ту врсту болести. На здравственој установи, лекарима и запосленима у њој је задатак да овако тешко оболелом пацијенту последње дане живота учине мање тешким и понижавајућим. Наравно, циљ њиховог деловања је максимално продужавање живота и омогућавање да у таквим условима пацијент живи на најбољи могући начин. На лекарима и медицинском особљу је да што боље и ефикасније спроводе терапију и процес лечења уз примену свих расположивих и доступних метода лечења. Било каква врста лечења која није званично подржана нити опште прихваћена не сме бити примењивана ни у једној здравственој установи.

У медицинској пракси се може десити тзв. неусаглашена здравствена услуга. Настаје као резултат три узастопне грешке у здравственим и пословним системима. Грешке могу да буду здравствене, медицинске и лекарске. Мора се признати да критеријум за њихово међусобно разликовање није баш најјаснији, јер све три врсте грешака имплицирају на то да се ради о

⁵² Huseinspahić, N. (2011) "Kvalitet kao pretpostavka za zadovoljstvo pacijenta", *South Eastern Europe Health Sciences Journal*, Uphills Publishers LLC, Sheridan, p. 69.

стручним грешкама насталим као последица приликом пружања здравствене услуге. Све три грешке могу да чине лекари и особље, а једино је лекарска грешка грешка која је својствена само лекарима. Лекарска грешка је последица нестручног лечења настала услед занемаривања или непознавања правила и професионалних вештина, услед чега је дошло до значајног нарушавања, погоршања, повреде, оштећења или смрти пацијента.⁵³

Лекарска грешка се, посматрано са правног становишта, може одредити као свако непридржавање медицинских правила, правила медицинске науке, дакле свако лечење које је ванстандарно, односно одвија се мимо устаљених медицинских норми.⁵⁴ Дешава се да и приликом поштовања медицинских правила и процедура, дође до негативног исхода интервенције и компликација на страни пацијената. Тад се исто може говорити о лекарској грешци, али се овог пута грешка није догодила злонамерним и несавесним поступањем. Заправо се ради о непридржавању научно дефинисаних правила лечења, а грешке могу да наступе услед погрешне дијагностике и погрешног лечења. Нарочити изазов за лекаре представљају нове болести и вируси, попут вируса КОВИД 19, за чије лечење и дијагностиковање је било много нејасноћа, заблуда и грешака.⁵⁵

Здравствене грешке имају карактер системских грешака јер су резултат пропуста у раду здравствених установа. Процеси су дефинитивно неквалитетни, те се јавља простор за овакву врсту грешака. Неквалитет рада здравствене установе производи грешке, а грешке могу бити унутар пословног система и неквалитет у средствима за рад. Као најчешћи примери ових грешака се наводе пропусти при адресирању код слања резултата, приликом замене узорака за анализу, неисправности медицинских уређаја, замора лекара и особља, недостатак квалификованог особља и др.

Неусаглашеност здравствених услуга је један од главних узрока грешака у раду. Сама неусаглашеност је јасан показатељ да не постоји механизам за корективно деловање унутар здравствене установе, а и да не постоји механизам за њихово отклањање. У таквим ситуацијама једино протеком времена може доћи до отклањања грешака, а кад су у питању лекарске грешке, оне богу бити орклоњене допунском едукацијом лекара и другог медицинског особља. Побољшањем квалитета здравствених пословних система могу се смањити или отклонити здравствене грешке.

⁵³ Радишић, Ј. (2010) „Појам лекарске грешке“, *Правни живот*, Београд, стр. 188.

⁵⁴ Радишић, Ј. (2008) *Медицинско право*, Правни факултет Универзитета “Унион” Београд, стр. 83.

⁵⁵ Медојевић, К. (2021) *Кризни менаџмент, јавна управа и одговор на пандемију КОВИД 19*, Факултет политичких наука Универзитета у Београду, стр. 51.

Приликом дефинисања квалитета пружања здравствених услуга, поред интереса пацијената, у обзир мора бити узета и струка. Иако су пацијенти најважнији фактор, чињеница је да су они људи без адекватног медицинског образовања. Професионално разматрање као чинилац одређивања квалитета у пружању здравствених услуга игра посебно важну улогу, јер надомешћује оно незнање које је карактеристично за сваког пацијента. Једино професионални приступ лечења може осигурати висок квалитет здравствене услуге. Такав приступ је посебно важан при дијагностиковању и избору методе лечења. За сам поступак дијагностиковања и избор методе, неопходна су висока медицинска знања и искуство у раду.

Агенција за квалитет и акредитацију у здравству познаје различите углове сагледавања квалитета у здравственим установама. Тако, ова Агенција разликује квалитет са становишта корисника, професионални квалитет и квалитет са становишта менаџмента. Квалитет са становишта корисника је показатељ потреба и захтева пацијената у односу на здравствену установу. Професионални квалитет пружају лекари и стручно особље приликом пружања здравствених услуга пацијентима. Ту је меродавно да ли су услуге пружене професионално, технички коректно и да ли је приликом њиховог пружања дошло до задовољења процедура и потреба пацијената. Квалитет са становишта менаџмента се утврђује на основу ефикасности, делотворности и продуктивности унутар задатих ограничења и смерница прописаних од стране носилаца политичке власти у сектору здравства.⁵⁶

На основу свега изнесеног, јасно је да је квалитет за пацијента потребни квалитет, за менаџмент здравствене установе је квалитет пројектовани квалитет, док се између професионалног и оствареног квалитет може ставити знак једнакости. Употребни квалитет се у потпуности занемарује, чиме се минимизује значај исхода здравствених услуга, као и степен личног задовољства пацијената пруженим услугама, као и будућих очекивања пацијената од здравственог система, што се никако не може сматрати оправданим.

Такође, уочљиви су одређени сукоби међу постављеним стандардима квалитета. Разлог за конфронтацију међу стандардима квалитета лежи у супротстављеним циљевима заинтересованих страна. Овде се на првом месту морају поменути супротстављени интереси пацијената и здравствених установа по питању цене коштања пружених здравствених услуга. Ово питање, бар за сад није актуелно у здравственим установама у државном власништву, али је итекако актуелно кад се говори о здравственим установама у приватном власништву. Док

⁵⁶Детаљније

видети

на:

<https://www.azus.gov.rs/%d1%83%d0%bd%d0%b0%d0%bf%d1%80%d0%b5%d1%92%d0%b5%d1%9a%d0%b5-%d0%ba%d0%b2%d0%b0%d0%bb%d0%b8%d1%82%d0%b5%d1%82%d0%b0-%d1%80%d0%b0%d0%b4%d0%b0-%d0%b8-%d0%b1%d0%b5%d0%b7%d0%b1%d0%b5%d0%b4%d0%bd%d0%be/>, посећено дана 25.10.2024. године.

пацијент тежи бесплатној или јефтиној здравственој услузи, здравствена установа тежи да наплати своје услуге што боље. Овај конфликт се најбоље може решавати компромисом, који би се састојао у оптимизацији и стандардизацији пословних система, са посебним акцентом на квалитету пружених услуга. Логика налаже да се квалитетнија услуга мора боље платити, те ко тежи квалитетној здравственој услузи, мора бити свестан да ту услугу мора и да плати.⁵⁷

Данас се пацијентима нуде могућности благовременог упознавања, посредством интернет презентација о погодностима које могу да добију у одређеним здравственим установама, о висини стручности и квалификованости њиховог медицинског особља и лекара, нуде се различите погодности, а уједно се и јавно постављају ценовници за пружене услуге. У тим презентацијама цена прати квалитет понуђених услуга. Што је услуга боља и савременија, цена услуге је виша.

За пацијенте су, приликом избора здравствене установе у којој ће се лечити пресудне следеће компоненте: сигурност, која пацијенту даје гаранцију да ће се лекари и особље о њему старати на адекватан начин, са пуно бриге и пажње и на поуздан начин, ефикасност. То значи да пацијент у здравственој установи треба да борави онолико колико је неопходно да му се здравље побољша. Тиме се избегава претерано велики контакт са осталим пацијентима и евентуално неко додатно заражавање се болничким бактеријама и вирусима. Ефикасност, која се бави трошковима лечења. Дакле, сам процес лечења мора бити такав да трошкове своди на најмању могућу меру уз потпуну елиминацију евентуалних трошкова. Пацијент на пружање здравствене услуге не сме да чека. Што је време чекања дуже, услуга је неефикасна и може бити закаснела, уколико се пацијенту рапидно погорша здравствено стање. Фокус здравствених установа, лекара и медицинског особља мора бити искључиво на пацијенту. Он је централна тачка њиховог рада и деловања, а све активности које предузимају морају бити такве да допринесу побољшању пацијентовог здравственог стања. Једино такав приступ код пацијента може да створи осећај задовољства. Такође, сви пацијенти под једнаким условима морају имати право на здравствену заштиту, негу и бригу.

Код вредновања квалитета у пружању здравствених услуга, квалитет се може сагледавати кроз различите критеријуме и то: делотворност, доступност, ефикасност, непрекидност, односно континуираност, привлачност, прихватљивост, правовременост, прикладност, расположивост, сигурност и ефикасност. Кад се говори о делотворности, процењује се однос резултата и процеса пружања здравствених услуга и употребљених ресурса

⁵⁷ Rosenbloom, B; Dupuis, M. (1995) "Da li su niska cena , niski troškovi, visok kvalitet usluge nova paradigma za globalnu maloprodaju?", *Trgovina, distribucija i potrošač*, br. 48, str. 11.

приликом пружања услуге. Иде се ка томе да се постигну што бољи резултати са што мањим ангажманом ресурса здравствене институције. Тиме се смањују трошкови, скраћује се време и захтева мањи ангажман висококвалификованих радника. При том, мора се водити рачуна и о квалитету услуге која се пружа.

Пацијенту здравствена услуга мора бити доступна и приликом добијања ових услуга, пацијентима морају бити доступне здравствене установе без обзира на евентуалне географске, културолошке или комуникационе препреке које он може да има. Постизање жељених резултата лечења је гарант да је услуга пружена ефикасно. Такође, здравствена установа услуге мора пружати континуирано, без фаворизовања једних у односу на друге пацијенте. Веома је значајно питање правремености пружања услуге, јер период између заказаног и реализованог прегледа не сме да буде предугачак. Пружена интервенција мора бити усклађена са потребама, стањем и клиничком сликом самог пацијента. Интервенција мора бити пружена пацијенту онда кад му је она потребна због његовог тренутног здравственог стања. Сама услуга мора бити пружена на сигуран и безбедан начин, који гарантује пацијенту да неће доживети додатне компликације, повреде или нека нова обољења.

Структура у којој се квалитет може сагледавати је трослојна и састоји се из материјалних и људских ресурса, процеса који се спроводе у здравственој установи и исходе медицинских третмана који су директан резултат здравствених услуга, које могу да воде промени здравственог статуса пацијента и да изврше промену на пацијентова сазнања која се односе на медицинске услуге које могу да му буду пружене. Такође, код пацијента се може створити осећај задовољства са пруженим медицинским услугама.

Од посебне важности је питање постојања разлике у квалитету пружених здравствених услуга у установама које су у државном и приватном власништву. Разлог за лошији квалитет здравствених услуга у установама у државном власништву треба тражити у лошим финансијским приликама које постоје у тим установама. Финансијска нестабилност и недостатак материјалних средстава неумитно доприноси дестимулацији лекара и особља запосленог у здравственим установама у државном власништву. Као крајњи ефекат, јавља се дрзак и нељубазан однос према пацијентима и недовољно залагање за интересе пацијената. Наравно, има и позитивних примера, како на страни лекара, тако и особља, који упркос лошим финансијским приликама обављају савесно свој посао и брину о најбољим интересима свих пацијената подједнако.

4. АКРЕДИТАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

4.1. Акредитација и сертификати о акредитацији

Од 2008. године у Републици Србији, на основу одлуке Владе Републике Србије ради Агенција за акредитацију здравствених установа. Тачније, Агенција је са својим радом започела у јулу 2009. године, а статусна документација Агенције је донесена тек 2011. године и то: Пословник о раду и Стратешки план. На изради статусне документације се оволико чекало услед опсежних консултација и синхронизације са европским праксама и трендовима у земљама Европске уније.⁵⁸

Примарни задатак Агенције за акредитацију здравствених установа је успостављање стандарда за акредитацију здравствених установа и вршење процене квалитета пружене здравствене услуге. Као главни параметар за добијање акредитације треба узимати квалитет рада здравствене установе, а на основу примене стандарда у области здравства, односно здравствене заштите. Такође, могу се користити стандарди који се односе на медицину, односно одређене гране медицине, што указује да су ови стандарди усмерени на професионалне аспекте медицинског рада у установи.

Под стандардима треба подразумевати жељени ниво учинка који се може постићи и са којим се може упоредити постојећи ниво учинка.⁵⁹ Оне установе које успеју да достигну одговарајући ниво стандарда, могу да добију акредитацију за свој рад. Стандарди су сачињени од одговарајућег броја критеријума. Критеријуми су активности које треба да се предузму са циљем испуњавања стандарда. За акредитацију здравствених установа се захтевају оптимални стандарди који се односе на квалитет и безбедност.

Министарство здравља Републике Србије и Светска здравствена организација су заједнички израдили акредитационе стандарде за установе примарног, секундарног и терцијалног нивоа, а такође су дефинисани стандарди који регулишу усаглашеност српског здравственог система са међународним стандардима. По питању стандарда предвиђених за

⁵⁸ Радовић, В. (2019) *Усклађивање пословног права са правом Европске уније*, Центар за издаваштво и информисање Правног факултета Универзитета у Београду, стр. 227.

⁵⁹Детаљније

на: <https://www.azus.gov.rs/%d0%b0%d0%ba%d1%80%d0%b5%d0%b4%d0%b8%d1%82%d0%b0%d1%86%d0%b8%d0%be%d0%bd%d0%b8-%d1%81%d1%82%d0%b0%d0%bd%d0%b4%d0%b0%d1%80%d0%b4%d0%b8/%d0%be-%d0%b0%d0%ba%d1%80%d0%b5%d0%b4%d0%b8%d1%82%d0%b0%d1%86%d0%b8%d0%be%d0%bd%d0%b8%d0%bc-%d1%81%d1%82%d0%b0%d0%bd%d0%b4%d0%b0%d1%80%d0%b4%d0%b8%d0%bc%d0%b0/>, посећено дана 26.10.2024. године.

установе на секундарном и терцијалном нивоу, они се односе примарно на лечење пацијената, стандарде који се односе на операционе сале, интензивну негу, ургентни центар, животну средину, људске ресурсе, унпаређење информација и стандардима који се односе на менаџмент у здравственој установи.⁶⁰

На примарном нивоу, у здравственим установама постоје стандарди који се односе на здравствену заштиту одраслих пацијената, тзв. општа медицина, гинекологију, педијатријску службу, специјалистичке консултативне службе и поливалненту патронажу.

Кад се говори о стандарду који се односи на животну средину, људске ресурсе, управљање информацијама и руковођењу стандардима управљања, они су исти за све здравствене установе на свим нивоима.

Стандарди који су промовисани за акредитацију здравствених установа у Републици Србији су засновани на искуствима међународних здравствених установа. Стандарди морају да задовоље јасну одређеност и дефинисаност, објективност и мерљивост на основу јасних доказа и параметара. Они морају да се односе на структуру, процесе и исходе и они морају благовремено подлегати ревизији у складу са новим сазнањима и достигнућима.

Приликом израде стандарда, морају се користити смернице и упутства Међународне асоцијације за квалитет у области здравствене које су одређене интернационалним акредитационим програмом. Акредитациони програм дефинише шест принципа заступљених на међународном плану који имају примену на презентирању садржаја, јасноћу дефинисања проблема, делокруге стандарда, свеобухватност и јасноћу структуре, формулацијама које се заснивају на јасним процедурама и редовном квантификавању квалитета оствареног у самој реализацији.

Самооцењивање и оцењивање које долази од споља, најпре се одвијало у само четири здравствене установе у Републици Србији, које су служиле као опитни узорак. Ови стандарди се развијају тек након што се испуне услови за њихову примену у здравственим установама у Србији. Међународна асоцијација за квалитет у здравственој заштити одређује стандарде за примарни, секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите, који морају бити усклађени са српским здравственим системом.

⁶⁰ Шофранац, Р; Шофранац, М. Савовић, З. (2023) “Стандарди добре праксе за болнице и синергија“, *Medical CG*, Подгорица, стр. 12.

Ови принципи Међународне асоцијације за квалитет у области здравствене заштите се односе на израду стандарда. Унапређење квалитета је принцип који је креиран са циљем подстицаја организације да побољша квалитет услуге и резултате услуга. Ово побољшање се врши како у оквиру саме организације, тако и на нивоу читавог система здравствене заштите. Квалитет се најбоље унапређује кроз дефинисање мисије, визије, вредности, етичких и стратешких циљева, дефинисање одговорности и унапређењу квалитета, као и одговорности у вршењу менаџерских послова и задужења. Мора постојати јасан систем информисања о квалитету услуга, постојања јасних политика и процедура, систем унапређења квалитета. Такође, морају постојати индикатори за мерење квалитета, евалуацију података, анализа и коришћење тих истих података и анализа са циљем подизања квалитета услуга у здравственим установама, На крају, мора постојати интеграција закона и здравствене политике.

Принцип који подразумева да је здравственој установи фокус на пацијенту такође подразумева постојање континуиране бриге и квалитетног пружања здравствених услуга пацијентима. При том, посебна пажња мора бити посвећена правима пацијената, мора се водити рачуна о жалбама и приговорима пацијената на пружене здравствене услуге, пацијент мора бити интегрисан у процедуру пружања неге и услуге, особље мора бити осетљиво на различите захтеве пацијената, који се међусобно разликују с обзиром на то да потичу из различитих друштвених, културолошких и других средина. Пацијентима услуге морају да буду доступне под једнаким условима. На пацијенту је да процени да ли су му услуге, које су пружене, пружене на адекватан и квалитетан начин. У самој установи, здравствене услуге морају бити пружане на плански начин и у складу са стандардима пружања здравствених услуга. Пружање услуге мора да се врши тако што се врши константна контрола и надзор над пружањем тих услуга. Такође, здравствена услуга мора бити планирана и плански вођена од самог почетка, па до њеног завршетка.

Принцип безбедности обухвата стандарде који имају за циљ заштиту и унапређење сигурности како пацијената, тако и медицинског и немедицинског особља. Овај принцип подразумева планирање и праћење управљања ризицима, систем извештавања и анализе нежељених догађаја, заштиту здравља запослених, обуку особља за безбедно коришћење опреме, као и обезбеђивање сигурности зграде и медицинске опреме. При томе се мора вршити процена потенцијалних клиничких ризика, израда програма контроле инфекције и бављење

питањима сигурности пацијената у области приоритетне заштите, као и заштите медицинске документације пацијената, односно корисника услуга.⁶¹

Принцип развоја стандарда заснива се на потреби да се стандарди развијају, формулишу и процењују према строгим критеријумима. То укључује идентификовање потребе за новим стандардима, анализу њихове повезаности са постојећим стандардима, израду плана развоја, креирање стандарда на основу истраживања, смерница и техничких података, као и укључивање свих релевантних страна у сам процес развоја, стварање стандарда са јасним опсезима и сврсисходности, стварање прецизне стандардизације, која захтева прецизну формулацију и израду правилника о стандардима, стандарди моју проћи кроз фазу тестирања, након чега могу да буду одобрени од стране надзорног тела за доношење стандарда. Корисници треба да буду информисани о самим стандардима, као и лица која врше процену квалитета. Морају се поставити јасне временске одреднице о имплементацији стандарда. На послетку, меродавно је постојање задовољства на страни крајњих корисника.

Мерење стандарда је принцип који омогућује оцењивање и квантификовање постигнутих резултата. То се постиже транспарентном методом оцењивања стандарда, постојањем смерница за доследно оцењивање, постојањем методологије за оцењивање укупних резултата рада и на послетку мерењем задовољства крајњих корисника пруженим услугама.

Кад се говори о процени ефикасности здравствених услуга пружених у оквиру једне здравствене установе, прве процене датирају још из 1910. године, кад је Ернест Кодман дао предлог да се врши стандардизација епилога болничког лечења, како би се подигла успешност здравствених третмана. У Аустралији се 1995. године оснива Међународно удружење за обезбеђење квалитета, а у његовом оснивању и успостављању је учествовало чак седмадесет држава. Деловање удружења је било фокусирано на здравствене установе код којих је за циљ имало подизање нивоа квалитета пружања здравствених услуга на максимални ниво. Стално усавршавање кадрова и перманентна едукација кроз разне обуке и доквалификације уједно значи унапређење квалитета, као и подизање нивоа безбедности у пружању здравствене услуге.⁶²

⁶¹ Бјелица, З. (2017) *Ризик, безбедност информација, здравство*, Национална организација правне заштите и осигурања у здравству, Београд, стр. 122.

⁶² Јовићевић – Бекић, А; Божанић, В; Милетић, Д. (2002) „Квалитет здравствене услуге“, *Менаџмент у новом окружењу*, Златибор, стр. 950.

У Републици Србији Међународно удружење за обезбеђење квалитета врши спољашње оцењивање и успостављање акредитованих стандарда, проверава испуњеност услова за најбољу међународну праксу и процењује се да ли се на сврсисходан начин спроводи акредитациони поступак. Законом о здравственој заштити.⁶³ Поступак акредитације представља процес процене квалитета рада здравствене установе кроз примену утврђених стандарда који одражавају најбољу праксу у одређеној области здравствене заштите или грани медицине.

Акредитацију спроводи Агенција за акредитацију здравствених установа, у складу са Правилником о акредитацији.⁶⁴

Правилник прецизира начин, поступак и услове акредитације, којом здравствена установа добија званичну потврду да испуњава прописане стандарде у области здравствене заштите или одређеној медицинској грани. Иако акредитација није обавезна, већ факултативна, њоме здравствена установа доказује да је оријентисана ка унапређењу квалитета, обезбеђењу сигурне радне средине, настоји смањењу ризика на страни пацијената, настоји да створи једнаке услове за пружање свих здравствених услуга у целокупном систему. Путем акредитације се врши праћење рада установе и ради се на унапређењу менаџмента у здравственој установи. Акредитацијом здравствена установа уочава сопствене могућности за напредовање и омогућује јој се да доноси планове на дугорочном и краткорочном нивоу за побољшање резултата рада. Кроз акредитацију се врши оцењивање усклађености рада у односу на постављене стандарде које је себи поставила установа са једне и екстерно постављене стандарде.

Процес акредитације конципиран је тако да служи обезбеђењу основних могућности на страни саме установе, да уочи, дефинише и имплементира нужне промене зарад постављања приоритета у процесу континуираног праћења квалитета услуге које пружа. Циљ унапређења квалитета се огледа у смањењу науједначености у пружању здравствених услуга, смањењу неприхватљивих нивоа варирања код исхода лечења пацијената, отклањање неефикасног коришћења здравствених технологија, смањење времеба чекања на пружање здравствене услуге или третмана, незадовољство код пацијената на пружене здравствене услуге свести на најмањи могући ниво, а уједно и незадовољство запослених такође. Смањење трошкова насталих услед лошег квалитета здравствене услуге исто представља један од јасних циљева.⁶⁵

⁶³ “Службени гласник РС“ број 25/2019. и 92/2023.

⁶⁴ “Службени гласник РС“ број 112/2009.

⁶⁵ Марковић – Петровић, Г. (2016) *Акредитација здравствених установа као доприносни фактор квалитета рада у болничкој заштити*, Медицински факултет Универзитета у Београду, стр. 49.

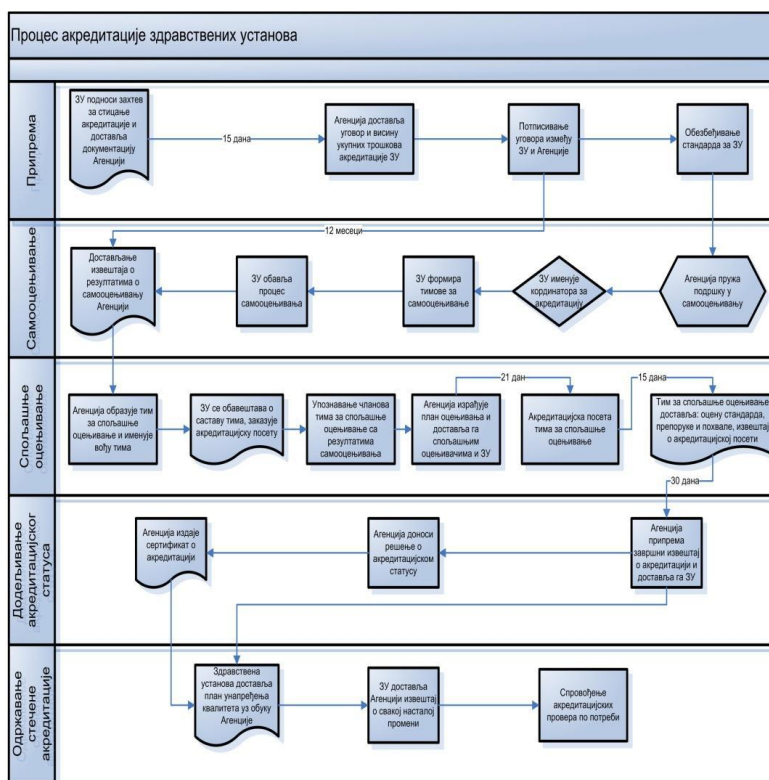
Да би нека здравствена установа добила акредитацију, потребно је да испуни одређене компоненте за акредитацију. Те компоненте су стандарди, пролазак кроз процес акредитације и добијање сертификата. Сам акредитациони процес се заснива на цикличном и непрестаном учењу. У том процесу установа кандидат мора проћи фазе пријаве, припреме, самооцењивања, спољашњег оцењивања, добијање акредитационог статуса и континуирана провера.

Здравствена установа која је успешно прошла кроз све фазе акредитације, добија сертификат о акредитацији. Поступак акредитације иницира сама здравствена установа достављањем неопходне документације и закључивањем уговора о регулисању заједничких права и обавеза. Рок за поступање по захтеву за акредитацију износи 15 дана од дана доставе документације. Најпре се установи доставља трошковник за плаћање трошкова акредитације. Званично се поступак акредитације сматра отпочетим закључењем уговора између здравствене установе и Агенције, којим се најпре Агенција обавезује да обезбеди стандарде за акредитацију.

Током акредитације се приступа самооцењивању, спољашњем оцењивању и на послетку се стиче сама акредитација. Акредитацијом управља координатор акредитације чији задатак је координација са тимовима за самооцењивање. Од њега се очекује добро познавање поступка акредитације, поседовање знања и вештина из области унапређења квалитета, безбедности пацијената и управљања променама.

На координатору акредитације је да именује чланове тима за самооцењивање, процени потребе за обуком тима, усмерава рад тима за самооцењивање, координира комуникацију међу тимовима, обезбеђење радних материјала, где се мисли на приручнике за самооцењивање, речнике страних речи и израза и сл. Координатор мора да планира логистичке активности које се односе на спољашње оцењивање, да припрема документацију и припрема тимове за питања спољних оцењивача. Такође, на координатору је комуникација са Агенцијом и припрема интегралних извештаја о самооцењивању.

На слици 3 је приказан процес акредитације здравствене установе по фазама:



Слика 3: Процес акредитације⁶⁶

Координатор акредитације у договореном року мора да Агенцији достави неопходну документацију о извршеном самооцењивању. Под документацијом треба подразумевати интегрални извештај о самооцењивању. Кад Агенција закаже акредитацијску посету, може се сматрати да је процес спољашњег оцењивања започет. Кад се спољашњи поступак оцењивања оконча након прегледа документације, опреме, капацитета, кад се обаве интервјуи са пацијентима и запосленима, заказује се састанак на ком се манаџмент и запослени информишу о акредитационој посети.

Рок за достављање извештаја о акредитационој посети износи 15 дана од извршене посете. Извештај се доставља Агенцији, која је дужна да у року од 30 дана од пријема извештаја донесе завршни извештај о акредитацији који је сачињен од свих значајних информација о здравственој установи. Саставни део коначног извештаја су извештаји о самооцењивању и

⁶⁶ Преузето од: Манић, С. (2010) *Шта је акредитација?*, Мегатренд Универзитет, Београд, одељење за специјалистичке студије, стр. 13.

спољашњем оцењивању. Извештај се мора доставити здравственој установи која је иницирала акредитацију, а по пријема извештаја, ова установа је дужна да достави Агенцији план за унапређење квалитета здравствене заштите који је усклађен са препорукама и ставовима оцењивача. Свака промена која наступи након добијања акредитације, мора благовремено бити пријављена Агенцији.

Сертификат о акредитацији, здравствена установа добија од Агенције, који се издаје на одређени временски период, који може бити од једне, три, а најдуже седам година. Сертификат се додељује за конкретну област здравствене заштите или за одређену медицинску грану. Може се односити и на целокупну делатност једне здравствене установе. Кад истекне временски период на који је акредитација издата, може се ући у поступак поновног добијања акредитације.

Рок на који се акредитација добија зависи од врло јасних параметара. Једногодишњу акредитацију добијају установе које имају 40 – 50 процената оцена 4 и 5, а негативних оцена немају више од 20 процената. Критеријуми безбедности пацијената не смеју бити оцењени лошије од оцене 4. Трогодишња акредитација се додељује установама које су оствариле 51 – 70 процената оцена између 4 и 5. Негативних и довољних оцена има до 15 процената, а критеријуми који се односе на безбедност пацијената нису добили оцену нижу од 4. Седмогодишњу акредитацију добијају установе које су у проценту између 71 – 100 довиле оцене 4 и 5. Негативних и довољних оцена је до 10 процената, а критеријум који се односи на безбедност пацијената је оцењен са оценом 4.⁶⁷

У Републици Србији се за акредитацију опредељују претежно здравствене установе које су у државном власништву. Приватне установе нешто бојажљивије улазе у процедуру акредитације, али их у последње време има све више са добијеном акредитацијом. Акредитација би требало да уједини и државне и приватне здравствене установе у квалитативном смислу и да смањи за сад непремостиве разлике међу њима. Верује се да би тај резултат већ био постигнут да акредитација није факултативна, већ да добије карактер обавезности.

4.3. Евалуација пружања здравствених услуга

Према ставу Агенције за акредитацију здравствених установа, постоји пет категорија стандарда за акредитацију здравствених установа у Републици Србији, а који се међусобно разликују у зависности од тога јесу ли установе на примарном, секундарном или терцијалном нивоу.

⁶⁷ Преузето из: Правилник о акредитацији здравствених установа.

4.3.1. Лечење и пружање услуга пацијентима

Стандард који се односи на лечење и пружање услуга пацијентима представља један од кључних стандарда, који мора бити заступљен од пријема пацијента у установу, па све до његовог отпуштања. Отпуштање може бити услед окончања планираног лечења или услед упућивања у другу установу на наставак лечења. Стандарди се разликују у зависности од тога да ли се примењују на опште лечење пацијената или на специфичне поступке у операционим салама, ургентним службама или јединицама интензивне неге. Стандарди за лечење пацијената су структурирани према фазама које су усклађене са процесом лечења. Структура стандарда лечења се најбоље може приказати табеларно:

Табела 4: *Стандард лечења пацијената*

Стандард 1.0	Односи се на пријем пацијената у здравствену установу.
Стандард 2.0	Односи се на процену здравственог стања пацијента и примену мултидисциплинарног приступа.
Стандард 3.0	Односи се на план лечења пацијента.
Стандард 4.0	Односи се на разматрање досадашњег плана лечења пацијента.
Стандард 5.0	Односи се на процедуру отпуста или трансфера пацијента на друго одељење или другу здравствену установу.
Стандард 6.0	Односи се на капацитете здравствене установе у погледу просторија и опреме.
Стандард 7.0	Односи се на квалитет рада и безбедност пацијената.
Стандард 8.0	Односи се на услуге које запослени у установи пружају пацијентима уз поштовање њихових права.

Стандарди за операциону салу, интензивну негу и ургентну медицину знатно се разликују јер су прилагођени специфичној природи и захтевима ових области. Ради се о приоритетним стандардима јер од њиховог поштовања и примене директно зависе животи

људи. Најпре, сваки пацијент који се подвргава оваквим медицинским третманима мора да потпише формулар сагласности. Ризици и користи од третмана му морају бити јасно предочени и евидентирани на самом формулару који је потписао.

Такође, користе се и посебни формулари, који се називају контролним листама, а које је прописала Светска здравствена организација. У контролне листе се уносе процедуре увођења у анестезију, процедуре хируршког захвата и процедуре напуштања операционе сале од стране пацијента. У део који се односи на увођење у анестезију, обавезно се уписују пред – анестетичке процедуре, као и план анестезије, који улази у план хируршког лечења пацијента. У случају постојања неких специфичних захтева, они морају бити уредно уписани у контролну листу. Захтеви који се односе на операциону салу и друге пратеће објекте морају бити испуњени.

Овде свакако треба нагласити критеријум 5.3 који се односи на максимално смањење лекарских грешака приликом руковања лековима. Овај критеријум инсистира на адекватном складиштењу лекова и издавању лекова, безбедном руковању наркотицима, адекватној примени и руковању интравенозних раствора и адекватном руковању инфузионим пумпицама. Критеријум 7.7 се односи на инфекције које настају у здравственим установама, док критеријум 7.8 се односи на питање хигијене руку.

Карактеристике интензивног лечења се огледају у перманентном пријему пацијената без престанка. За рад интензивних нега постоје специјални водичи, процедуре и протоколи који се односе на комуникацију са пацијентима, односно члановима њихових породица. По питању просторија, постоје специјални захтеви који морају бити испоштовани. У оквиру интензивних клиника, морају радити лабораторијске и радиолошке службе, које би такође радиле без престанка. Морају бити предвиђене просторије за изолацију пацијената који болују од заразних болести. Такође, постоје специјалне процедуре за отпуст пацијената и за њихову палијативну негу и третман.

Стандарди интензивне неге се могу приказати на следећем табеларном приказу:

Табела 5: *Стандард интензивног лечења:*

Стандард 1.0	Поступак пријема пацијената у јединицу за интензивно лечење.
Стандард 2.0	Процењује се здравствено стање пацијента и израђује се план за његово лечење.
Стандард 3.0	Спроводи се лечење према утврђеном плану лечења.
Стандард 4.0	Лечење и третман спроводе лица која су квалификована и располажу потребним знањима.
Стандард 4.2	Јединицом интензивне неге мора руководити квалификовани лекар. Може се радити о лекару који је квалификован управо за интензивну негу. Коронарном јединицом руководи кардиолог. Неонатолошком интензивном негом руководи квалификовани неонатолог.
Стандард 4.11	Односи се на спречавање грешака приликом руковања лековима. Регулише се питање адекватног складиштења лекова, безбедно руковање наркотицима, адекватно руковање интравенозним растворима и руковање инфузионим пумпама.
Стандард 5.0	Интензивна нега се обавља према постојећим смерницама, процедурама и протоколима.
Стандард 5.9	Сви нежељени догађаји се морају уредно евидентирати.
Стандард 6.0	Односи се на просторије и опрему намењену интензивној нези.

Стандард 7.0	Односи се на процедуру отпуста пацијената из јединице за интензивну негу.
Стандард 8.0	Интензивна нега и лечење се прати ради постизања квалитета и сигурности пацијената.
Стандард 8.7	Дефинише се политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са боравком у јединици интензивне неге.
Стандард 8.8	Односи се на хигијену руку.

Служба за ургентну медицину има специфичне захтеве по питању особља које је запослено. Такође, с обзиром на то да се ради о служби која ради непрестано, њу мора пратити двадесетчетворочасовни рад лабораторије и дијагностичке радиологије. Ургентна служба поседује обезбеђење које је спољно и унутрашње и односи се на безбедност пацијената. Рад ове службе је строго дефинисан процедурама, протоколима, као и водичима који се специјално израђују за потребе службе ургентне медицине. Овим актима се регулишу питања тријаже пацијената и третман пацијената оболелих од заразних болести.

По питању смештајног и просторног капацитета, службе ургентне медицине имају посебне критеријуме и захтеве. Такође, владају посебне процедуре по питању отпуста пацијената на кућно лечење или другу службу за лечење пацијената или на одељење интензивне неге. Критеријуми који се односе на службу ургентне медицине су приказани на табели 6.

Табела 6: *Стандарди лечења у служби ургентне медицине:*

Стандард 1.0	Утврђује се поступак пријема пацијената у јединицу ургентне медицине.
Стандард 2.0	Односи се на израду и припрему пацијента за третман лечења.
Стандард 3.0	Лечење се мора одвијати стриктно по плану лечења.
Критеријум 3.3	Односи се на грешке које могу да настану приликом руковања и издавања лекова. С тим у вези се захтева адекватно

	складиштење и издавање лекова, безбедно руковање наркотицима, адекватна припрема и руковање интравенозним растворима и правилно руковање инфузионим пумпама.
Стандард 4.0	Односи се на професионалне квалификације лекара и особља који раде у служби ургентне медицине.
Стандард 5.0	Поступак лечења у јединици ургентне медицине се одвија по смерницама, процедурама и протоколима.
Критеријум 5.9	О сваком нежељеном догађају који се деси у оквиру службе ургентне медицине мора да се води евиденција.
Стандард 6.0	Односи се на просторне капацитете којима служба ургентне медицине мора располагати.
Стандард 7.0	Регулише процедуру отпуста пацијената из службе ургентне медицине.
Стандард 8.0	Односи се на константно праћење квалитета пружених медицинских услуга и безбедност самих пацијената.
Критеријум 8.7	Дефинише се и примењује политика сузбијања заразних болести које могу да настану у здравственој установи.
Критеријум 8.8	Дефинише процедуре за одржавање хигијене руку.

Стандарди који се односе на службу клиничке подршке укључују акредитационе стандарде за лабораторије, радиолошку дијагностику и апотеке. Они се углавном примењују у здравственим установама на примарном нивоу. Стандарди који се односе на рад пратећих служби се односе на службе које раде при здравственим установама, а које се баве питањима животне средине, заштитом од ширења инфективних болести, управљањем медицинског отпада, заштита од масовних несрећа и катастрофа, стерилизацијом опреме и њеном

безбедношћу, брига о медицинским уређајима и опремом, људским ресурсима и односима са јавношћу.

Стандарди који се односе на менаџмент здравствене установе су намењени руковођењу здравственом установом. У зависности од власничке структуре, ови стандарди се могу односити на директора, управни одбор, надзорни одбор и друге органе управљања. На наставно – едукативну активност у здравственим установама се односе стандарди образовно – наставне и едукативне активности, који омогућују едукацију студената дипломских и постдипломских студија.

4.3.2. Универзални стандарди

Постоје стандарди који се универзално примењују према свим здравственим установама, било да су на примарном, секундарном или терцијалном нивоу. Ти универзални стандарди су управљање информацијама, стандард људских ресурса и животне средине.

Стандард управљања информацијама је приказан на табели 7:

Табела 7: *Стандард управљања информацијама:*

Стандард 1.0	Обавезно се евидентирају све пружене здравствене услуге у здравственој установи.
Стандард 2.0	Морају се уредно водити сви показатељи који мере учинак рада у здравственој установи.
Стандард 3.0	Морају се уредно објављивати све информације од значаја за установу и за јавност.

Стандард људских ресурса је приказан на табели 8:

Табела 8: *Стандард људских ресурса:*

Стандард 1.0	Стручна лица, која су обухваћена програмом лиценцирања, морају поседовати важеће лиценце.
Стандард 2.0	Лица која нису обухваћена лиценцирањем, морају накнадно бити обухваћена програмом лиценцирања.
Стандард 3.0	На годишњем нивоу се врши процењивање рада свих запослених.
Стандард 4.0	Израђују се планови едукација запослених.
Стандард 5.0	Врши се праћење и усмеравање професионалног рада запослених.
Стандард 6.0	Усваја се програм безбедности из области заштите на раду свих запослених.
Стандард 7.0	Посматра се и прати задовољство пацијената пруженим здравственим услугама.

Стандарди животне средине су најсвеобухватнији и баве се разноврсним питањима из ове области. То су питања контроле ширења заразних болести, управљање медицинским отпадом, реаговање у случајевима масовних несрећа и акцидентских ситуација, противпожарне заштите, стерилизације и безбедност опреме, материјала, медицинског уређаја и опреме.

Контрола ширења инфективних болести се састоји из следећа три стандарда, приказаних на табели 9.

Табела 9: *Стандард контроле ширења инфективних болести:*

Стандард 1.0	Превенција инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.
Стандард 2.0	Постојање јасних процедура за ситуацију

	настанка инфективних и заразних болести.
Стандард 3.0	Комисија за спречавање и контролу ширења инфективних болести врши контролу ширења болести.

По питању управљања медицинским отпадом, садржано је 13 стандарда, приказаних на табели 10.

Табела 10: *Стандард управљања медицинским отпадом*

Стандард 4.0	Обавезно раздвајање медицинског од немедицинског отпада. С тим у вези, здравствена установа мора имати Правилник о управљању медицинским отпадом и План управљања медицинским отпадом.
Стандард 5.0	Одлагање медицинског отпада се мора вршити на адекватан начин.
Стандард 6.0	Транспорт медицинског отпада се врши до централне привремене депоније за одлагање медицинског отпада.
Стандард 7.0	У здравственој установи мора постојати лице које је одговорно за одлагање медицинског отпада.
Стандард 8.0	Мора постојати програм за стерилизацију медицинског отпада.
Стандард 9.0	Стерилизација медицинског отпада се мора вршити у просторијама које су само томе намењене.
Стандард 10.0	Запослени, који раде на обради отпада морају поседовати одговарајуће квалификације и знања.
Стандард 11.0	Стерилизација медицинског отпада се одвија према јасно утврђеним

	процедурама.
Стандард 12.0	Тим који се бави управљањем медицинским отпадом мора перманентно надгледати машинску обраду отпада.
Стандард 13.0	Правилником о управљању комуналним отпадом се регулише питање транспорта комуналног отпада.

По питању масовних несрећа и акцидентата, постоје два стандарда који у себи садрже критеријуме. Ови стандарди су приказани на табели 11:

Табела 11: *Стандард масовних несрећа и акцидентата*

Стандард 14.0	Обавезно у здравственој установи мора постојати План за случај масовних несрећа и акцидентата.
Стандард 15.0	Мора се уредно вршити ревизија планова за случај масовних несрећа и акцидентата.

На област противпожарне заштите, односи се само један стандард, број 16.0, који регулише постојање процедура и поступака за смањење ризика од пожара и садржи још пет критеријума.

Програм стерилизације је регулисан са пет стандарда, приказаних у табели 12:

Табела 12: *Стандарди стерилизације*

Стандард 17.0	Обавезно је постојање програма за вршење стерилизације.
Стандард 18.0	Стерилизација се мора одвијати у за то специјално намењеним просторијама.
Стандард 19.0	На стерилизацији морају радити стручно оспособљена и квалификована лица са адекватном заштитном опремом.
Стандард 20.0	Стерилизација се обавља према адекватним процедурама.

Стандард 21.0	Процес стерилизације надгледа Тим за стерилизацију.
---------------	---

Питање руковања опремом, материјалима, уређајем и просторима, уређено је стандардом 22.0, којом је здравствена установа дужна да рукује опремом, материјалима, уређајима и простором на безбедан начин.

Руковођење здравственом установом је регулисано са чак десет стандарда и 51 критеријумом, који су приказани на табели 13:

Табела 13: *Стандарди руковођења здравственом установом*

Стандард 1.0	Односи се на сарадњу и помагање руководства здравствене установе Управном одбору установе у припреми стратешких планова.
Стандард 2.0	На годишњем нивоу се израђује оперативни план.
Стандард 3.0	У оквиру здравствене установе се распоређују људски, физички и финансијски ресурси.
Стандард 4.0	На нивоу здравствене установе мора постојати план управљања ризиком.
Стандард 5.0	Мора постојати јасна процедура идентификације, процене и решавања нежељених догађаја.
Стандард 6.0	Мора постојати план за унапређењем квалитета рада здравствене установе.
Стандард 7.0	Морају се редовно пратити показатељи учинка рада здравствене установе.
Стандард 8.0	У оквиру здравствене установе се рад мора одвијати према утврђеним процедурама.
Стандард 9.0	На страни запослених у здравственој установи постоји обавеза поштовања

	права пацијената.
Стандард 10.0	Мора се редовно вршити преглед спроведених истраживања, како би се могла вршити провера прихватљивости саме здравствене установе.

Управљање здравственом установом је регулисано са пет стандарда, приказаних на табели 14:

Табела 14: *Стандарди управљања здравственом установом*

Стандард 1.0	Здравствена установа мора имати своју мисију и визију.
Стандард 2.0	Здравствена установа мора имати стратешки план.
Стандард 3.0	Рад Управног одбора здравствене установе се мора одвијати према Закону о здравственој заштити.
Стандард 4.0	Управни одбор мора бити благовремено и адекватно информисан.
Стандард 5.0	Управни одбор има обавезу да врши процену резултата свог рада.

4.3.3. Оцењивање и самооцењивање

У здравственим установама постоје тимови за самооцењивање. Самооцењивање се обавља са мултидисциплинарног приступа базираног на континуираној и свеобухватној здравственој заштити у здравственој установи заснованог на професионалном искуству запослених.⁶⁸ У поступку самооцењивања треба да учествују сви запослени, на свим нивоима одлучивања. Разлог за то треба тражити у чињеници да самооцењивање треба да покаже хоризонтални и вертикални пресек организације. У самооцењивању морају бити укључени како лекари, тако и медицинске сестре и техничари, административно особље, запослени у пратећим службама и чистачице.

⁶⁸ Родић, Р. (1994) “Подстицајна или репресивна функција вредновања и оцењивања“, *Настава и васпитање*, Београд, стр. 310.

Тимови за самооцењивање се формирају у складу са стандардима који обухватају и клиничке и неклиничке области. За клиничке области, које се односе на лечење и услуге пружене пацијентима, формирају се посебни тимови. Такође, морају постојати тимови за самооцењивање неклиничких области, као што су питања која се тичу заштите животне средине, менаџмент, људске ресурсе, управљање информацијама и стандарде управљања, који се односе на Управни одбор и друге органе управљања.

Тимови за самооцењивање треба да броје од шест до десет чланова и сваки тим треба да има свог вођу. Предмет самооцењивања треба да буде пословање здравствене установе у периоду од протеклих дванаест месеци. Тимови функционишу кроз вођење радних састанака. За добар и квалитетан рад тимова, од виталне важности је обука и дискусија на тему прибављених материјала. Чланове тима обучава и усмерава Агенција за акредитацију здравствених установа. У оквиру обуке, чланови тима изучавају акредитационе стандарде и критеријуме и то не само оне које се тичу рада тима, већ све стандарде који су потребни за акредитацију установе, како би стекли ширу слику о самој акредитационој процедури. Свакако, највећа пажња треба да буде посвећена оним стандардима који се односе на рад њиховог тима.

Након прикупљеног материјала, отвара се дискусија о усаглашености са стандардима и критеријумима. Расправа се даље може односити и на основне активности установе које представљају додатну вредност у акредитационом процесу. Расправа има за циљ изналажење одговоре на значајна питања. Та питања се тичу избора подобних активности у вези са применом одређених критеријума, посвећивање пажње позитивним и добрим активностима које установа врши, бављење питањем шта треба поправити у раду установе, бављење тиме да ли се нешто конкретно предузима да се мане и недостаци отклоне у раду установе, прикупљање релевантних доказа који поткрепљују рад и залагање установе и бављење тиме кога још треба консултовати у вези са стицањем утиска о томе шта би још установа требало да предузме.

Циљ самооцењивања је утврђивање да ли здравствена установа у свом раду испуњава акредитационе стандарде, односно да ли је рад установе у складу са захтеваним квалитетом рада. Агенција помаже установи у процесу самооцењивања тако што јој даје неопходне информације, објашњава стандарде и пружа подршку тимовима од тренутка њиховог конституисања. У поступку самооцењивања, установа сагледава и своје тренутно место налажења, поставља своје стандарде за будућност, утврђује своје врлине и мане, као и врлине и мане у раду својих запослених. Такође, ради на отклањању мана и подизању квалитета свог рада.

Сваки критеријум акредитације захтева доказ успешности и усаглашености са критеријумом који се оцењује. Докази су заправо смернице које помажу тимовима да са бољим успехом одраде посао самооцењивања. Докази су подложни накнадним изменама и допунама у случају да за тиме постоји потреба. Они омогућују тимовима да уоче усклађеност рада установе са појединачним критеријумима. Рад установе треба да буде што више у складу са постављеним критеријумима. У оквиру тима мора постојати сагласност у вези са свим чињеницама које се тичу самооцењивања и усклађености са стандардима акредитације. Све констатације до којих је тим дошао, морају бити документоване и оне чине саставни део документације о самооцењивању. Комплетна документације о самооцењивању се доставља Агенцији.

Спољашње оцењивање је следећи корак у процесу акредитације. Ово оцењивање се врши од стране специјализованих оцењивача које именује Агенција, а који су уско специјализовани за одређене медицинске гране. Ови спољашњи оцењивачи морају бити едуковани и морају проћи различите фазе усмерења и образовања од стране Агенције. Едукације се врше на Медицинском факултету од стране професора и наставног особља које ради на факултету. По успешном завршетку едукације, спољашњи оцењивачи добијају статус оцењивача и могућност да се баве овим послом.

На Агенцији је да састави и формира тим за спољашње оцењивање и да о саставу тима уредно извести здравствену установу код које се врши оцењивање. Поред извештавања о саставу тима, потребно је извести установу и о термину доласка тима у установу и одредити дужину трајања посете, што директно зависи од величине саме здравствене установе и врсте послова која она обавља. По питању састава тима, он је по правилу сачињен из четири члана и то два лекара, две медицинске сестре, односно техничара и једног правника или економисте. Пре посете скредитационе комисије, минимум 21 дан Агенција мора да достави извештај самооцењивања. Спољашње оцењивање се базира на оцени рада здравствене установе на основу критеријума утврђених стандардима који важе за једну одређену област здравствене заштите, односно гране медицине. Установа се оцењује на скали оцена од један до пет.

Само спољашње оцењивање се одвија тако што се врши преглед документације, разговара се са органима управљања, са запосленима који су учествовали у процесу самооцењивања, врши се обилазак здравствене установе и смештајни и просторни капацитети. Прегледа се опрема у здравственој установи и воде се разговори са пацијентима и осталим

запосленима. Посета тима за спољашње оцењивање се окончава на завршном састанку, на ком се управа и запослени информичу о резултатима акредитационе посете.⁶⁹

Оцењивање се креће у распону од један до пет и свака оцена има своје значење које потврђује ниво квалитета који постоји у здравственој установи. Тако, оцена један значи да критеријум који се оцењује није уопште ни уведен у примену. За неувођење критеријума у примену, од установе се захтева образложено изјашњење, са навођењем будућих мера, које за циљ треба да имају увођење наведеног стандарда у примену. Оцена два је показатељ да се дати стандард тек уводи у примену. Протоколи и процедуре се тек уводе у примену, постоји мањак документације, на страни особља и пацијената постоји неразумеваче, недостаје устаљена и континуирана медицинска пракса, постоје проблеми са координацијом, присутни су ризици, а потребно је тек предложити нове мере и активности које би критеријум увеле у пуну примену.

Оцена три значи да је критеријум већ у примени уз одређене недостатке. Сама имплементација није доследна и спроводи се уз очигледне нејасноће на страни медицинског особља. Не постоје јасни докази о унапређењу критеријума, као и свођењу ризика на најмању могућу меру.

Оцена четири указује на унапређење критеријума. Постоји комплетна документација, протоколи и процедуре, особље добро разуме примењене критеријуме, добро се препознају и уочавају потребе клијената, ризик је скроз смањен или отклоњен, а постоје евидентни докази о сталном унапређењу квалитета.

Оцена пет се даје за најбољу примену критеријума. Даје се код успешне примене критеријума без недостатака, код широке примене најбољих пракси, кад су надмашена очекивања пацијената, а борба са ризицима се одвија са успехом.

Напомена „БО“ се уписује код критеријума за које није могуће наћи одговор у здравственој установи.

⁶⁹ Зајић, М. (2018) *Мере за побољшање квалитета здравствене заштите у Републици Србији*, Медицински факултет Универзитета у Нишу, стр. 12.

На Табели 15 су наведени критеријуми за оцењивање:

Табела 15: *Критеријуми за оцењивање критеријума*

Оцена 1	Критеријум уопште није уведен у примену.
Оцена 2	Критеријум се тек уводи у примену.
Оцена 3	Критеријум се примењује са одређеним недостацима.
Оцена 4	Критеријум се унапређује.
Оцена 5	Критеријум се примењује на најбољи могући начин.

5. КВАЛИТЕТ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

5.1. Мерење квалитета услуга здравствених установа

Показатељи квалитета рада здравствене установе су квантитативни индикатори који се користе за праћење и процену квалитета третмана, неге и лечења пацијената, као и за подршку у раду саме здравствене установе.⁷⁰ Показатељ је бројчани израз који описује одређену појаву или активност и може бити повезан са начином на који се та појава одвија. Кроз показатеље се добија информација о томе да ли та појава постоји, да ли су резултати јасно дефинисани и да ли су ти резултати и постигнути.

Квалитет рада здравствене установе је од изузетне важности за њено функционисање. Ипак, чини се да је српски здравствени систем тек недавно схватио колико је значајно унапређење квалитета рада у здравству. Први званични документ посвећен овој теми донет је 2004. године под називом „Објашњења за праћење квалитета рада у здравственим установама“, који је израдио Министарство здравља Србије. Тај документ је садржао показатеље квалитета рада, упитнике за мерење задовољства пацијената, као и клиничке критеријуме и методологију за утврђивање листа и времена чекања на здравствене услуге.

⁷⁰ Костић – Бабић, Н; Пинтер, С. (2013) „Праћење квалитета здравствене заштите у Србији“, *Хрватски часопис за јавно здравство*, Загреб, стр. 9.

Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ из Београда је исте 2004. године донео „Методолошка упутства за поступак извештавања здравствених установа о показатељима рада, листама чекања и обуци запослених и задовољству пацијената“, а идуће, 2005. године је донесен Закон о здравственој заштити, који је садржао одредбе које се односе на квалитет здравствене заштите, те је успостављена обавеза за све здравствене установе да се оријентишу ка перманентном унапређењу квалитета здравствене заштите. Законом је одређено да здравствене установе морају да оформе комисију за стално унапређење и праћење квалитета рада.⁷¹

При Министарству здравља је 2007. године формирана специјална радна група која је имала задужење да изради Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите којим су дефинисани показатељи квалитета на свим нивоима здравствене заштите (примарни, секундарни и терцијални). Правилник је на правну снагу ступио 2007. године. Критеријуми квалитета су били разврстани према здравственим делатностима, односно по медицинским гранама и према врсти здравствених установа. Посебна пажња је посвећена у оквиру обавезних показатеља квалитета безбедности пацијената, листама чекања, задовољству пацијената, као и задовољству запослених у здравственим установама.

Здравствене установе су увеле показатеље квалитета, као препоручене показатеље од значаја за оцену рада здравствене установе по питању сталног унапређења квалитета здравствене заштите. У поступку спровођења новог концепта политике квалитета рада здравствених установа, учествују све здравствене установе у Републици Србији на примарном, секундарном и терцијалном нивоу, Министарство здравља, Републички фонд за здравствено осигурање, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ и ресорни институти који се баве јавним здрављем у Републици Србији.

Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите је донео Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ 2007. године. Овим документом се уређује поступак и начин прикупљања значајних показатеља квалитета здравствених установа у држави. У функцији праћења показатеља квалитета у здравственој заштити се налазе институти и заводи као најкомпетентније здравствене установе у систему здравствене заштите.

Комисија за стручно унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената је формирана 2009. године на предлог Министарства здравља, приликом доношења

⁷¹ Одредбе члана 203. Закона о здравственој заштити.

Стратегије за стално унапређење квалитета здравствене заштите и унапређење пацијената. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите је на правну снагу ступио 2011. године, а новина коју он доноси је укидање термина обавезног и препорученог показатеља квалитета, који се замењују термином приказани квалитет појаве која се мери.

Континуирано, а посебно у новије време, постоји стална тежња ка побољшању квалитета здравствене заштите и развоју поузданих показатеља за процену квалитета рада у здравственом систему. С тим у вези се врши стално происпитивање, као и анализа показатеља квалитета.⁷² Показатељи који служе праћењу квалитета здравствене заштите су, између осталих, преиспитивање и анализа показатеља квалитета. Ту спадају стражарни догађаји, смртни исходи лечења, повреде пацијената током боравка у здравственој установи и слични догађаји. Овде је од значаја и учесталост наведених појава. Учесталост повреда или болничких инфекција указује на недостатак просечних или установљених вредности и показатеља квалитета. Ови негативни догађаји се нумерички исказују и указују на тенденције повећања, односно смањења. Да би се добила реална слика о овим показатељима, морају се прикупити релевантни квалитативни подаци из здравствене установе која је предмет праћења квалитета.

Шта је битно приликом прикупљања релевантних квалитативних података и о којим битним чињеницама се мора водити рачуна? Тачност података, што значи да треба установити који подаци су тачни, јер прикупљање тачних података доприноси смањењу потенцијалних грешака. Подаци морају бити поуздани, мерење и прикупљање мора бити доследно и према унапред предвиђеним упутствима. Подаци морају да буду прецизни и потпуни, са свим траженим компонентама потребним за утврђивање квалитета. Такође, подаци морају бити правовремени и актуелни. Интегритет података се осигурава у оним ситуацијама кад се штите од евентуалне пристрасности, негативних утицаја и политичких манипулација. На крају, подаци морају бити строго чувани у складу са домаћим и страним прописима који се односе на чување и заштиту података. Посебно заштити потпадају лични подаци, који се чувају у специјалним условима и под посебним шифрама.⁷³

Поступак мерења квалитета подразумева квантитативно утврђивање одређених карактеристика квалитета, а сам предмет мерења дефинише се помоћу одговарајућих

⁷² Стојковић, Ј; Тричковић, Н. (2017) "Побољшање процеса у српском здравству према захтевима стандарда ИСО9001", *Виртуелни коштано – зглобни систем човека и његова примена у предклиничкој и клиничкој пракси*, Министарство здравља Републике Србије, стр. 338.

⁷³ Миленковић, М. (2018) *Заштита личних података у информационим системима здравствених установа*, Факултет безбедности Универзитета у Београду, стр. 58.

показатеља и извора података који су потребни за његову процену.⁷⁴ Након што се прикупе релевантни подаци за сваку здравствену установу посебно, може се приступити израчунавању показатеља и одређивању извора података за те показатеље. Сви показатељи из различитих здравствених установа се потом сабирају и чувају у једној заједничкој бази података. Тек након прикупљања релевантних података који се односе на сваку здравствену установу понаособ, може да се приступи израчунавању и успостављању показатеља и извора података за њихово израчунавање. Показатељи из свих здравствених установа се сливају у једну јединствену базу података, уз селекцију оних који се односе на примарне, секундарне и терцијалне установе, а потом се они достављају надлежним институцијама. Подаци се третирају методама синтезе и анализе, те се на нивоу целокупног здравственог система утврђује актуелна пракса, заснована на критеријумима и стандардима који би требало да постоје у идеалним условима.

Здравствени систем у Републици Србији није раније био третиран овим објективним критеријумима процене квалитета, већ се углавном посматрао са одређених субјективних становишта. Тек од 2004. године се успоставља пракса да све здравствене установе достављају податке са израчунатим показатељима квалитета. Подаци су се достављали институтима и јавним заводима који су добијене податке интегрисали по нивоима управних округа, па их потом уносили у јединствене базе података које је чувао Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“. После 2009. године је завладала другачија пракса те су институти и заводи добили овлашћење да све здравствене установе из своје месне надлежности анализирају и тумаче достављене податке, да те податке чине јавно доступним и да пружају пуну подршку здравственим установама како би подигли и унапредили квалитет пружања њихових услуга,

Здравствени систем у Републици Србији се може унапредити једино перманентним праћењем и мерењем показатеља квалитета здравствене заштите у здравственим установама применом Методолошких упутстава за поступак извештавања здравствених установа и показатељима квалитета здравствене заштите, а који се баве доношењем процедура за прикупљање, праћење, израчунавање и извештавање показатеља квалитета рада здравствене установе. На нивоу једне календарске године, здравствене установе прикупљају податке, израчунавају показатеље квалитета и достављају их до првог фебруара надлежном институту, односно заводу за јавно здравље. Из окружних завода се подаци даље достављају Институту за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, најкасније до 15. фебруара. Извештаји се такође достављају и надлежној филијали Републичког завода за здравствено осигурање.

⁷⁴ Живаљевић, А. (2012) *Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система*, Факултет организационих наука Универзитета у Београду, стр. 66.

Кад се говори о здравственим установама на примарном нивоу, оне имају одређене специфичне показатеље квалитета, као што су на пример стоматолошка заштита, заштита од пулмолошких обољења, хитна медицинска служба, фармацевтска делатност, медицина рада и томе слично. На секундарном и терцијалном нивоу се могу одвијати показатељи који су својствени институтима и заводима, као што су трансфузија крви, судска медицина и слично. Информација из ових установа се најкасније до 15. фебруара морају доставити Институту за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ у Београду. Информације се достављају у виду извештаја, који се потом користе ради даље анализе и контроле.

Након обављених контрола, Институт је у обавези да евентуалне измене које су наступиле унесе у базу података. Коначан извештај мора бити завршен најкасније до првог априла и достављен Институту за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“. Овом Институту су дужни извештаје да подносе Институт за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“, Завод за антирабичну заштиту „Луј Пастер“, Завод за биоциде и медицинску екологију, Институт за медицину рада „Др Драгомир Карајовић“, Градски завод за геронтологију и Градски завод за кожне и венеричне болести, најкасније до првог марта.

Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ врши анализу добијених података и израђује годишњи извештај о показатељима квалитета здравствене заштите у Републици Србији, који потом доставља Министарству здравља и Републичком заводу за здравствено осигурање до првог маја. У сарадњи са Министарством здравља, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, организује конференције на тему унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената, а на којима се уредно представљају успеси у раду, али и проблеми у раду здравствених установа у Републици Србији. На основу прикупљених и обрађених података, формирају се ранг листе здравствених установа у Републици Србији, на којима боља места заузимају успешније установе на свим нивоима здравствене заштите. Такође, најуспешније установе у Србији углавном бивају награђене бољом и савременијом опремом и техником која је потребна за њихов рад.

Квалитети који подлежу мерењу су показатељи квалитета у здравственој установи, рад комисија за унапређење квалитета рада, стицање и надоградња знања запослених у здравственим установама, вођење листа чекања, безбедност пацијената, задовољство пацијената, задовољство запослених, процес рада, исход лечења и безбедност пацијената.

5.2. Критеријуми за мерење квалитета

Критеријума за мерење квалитета су садржани у Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите.⁷⁵ Овим документом се дефинишу показатељи квалитета као квантитативни параметри који се користе за праћење и процену квалитета неге и лечења пацијената, као и за подршку активностима у здравственом систему. Показатељи обухватају и квалитет рада здравствених установа, рад комисија за унапређење квалитета, усавршавање знања и вештина запослених, вођење листа чекања, безбедност пацијената, задовољство корисника здравствених услуга, као и задовољство самих запослених у установи.

Према Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите, укинута је разлика између обавезних и препоручених показатеља, те је уведена само категорија правих показатеља. Такође, уведена је нова форма упитника за испитивање задовољства корисника, односно пацијената. Испитивање професионалног задовољства је унапређено новим димензијама и процедурама. Уведене су и значајне измене по питању медицинског извештавања, едукацији и раду комисија за квалитет у здравственим установама.

На примарном нивоу здравствене заштите, који се односи на заједничку службу здравствене заштите одраслог становништва, гинекологије и педијатрије, показатељи квалитета условљени су процентом регистрованих корисника који су долазили код својих изабраних лекара, односно гинеколога, односно педијатра. Од значаја је и питање односа првог и следећих прегледа који су уследили код изабраних лекара, односно гинеколога, односно педијатара. Такође, у обзир се узимају и превентивни прегледи који се обављају код изабраних лекара, односно гинеколога, односно педијатра.

У области здравствене делатности које обављају изабрани лекари у служби опште медицине, прате се одређени параметри, као што су број регистрованих корисника здравствене услуге, који су старији од 65 година живота, а који су вакцинисани сезонским вакцинама против сезонског вируса. Узима се у обзир број оболелих од болести повишеног крвног притиска, који су при последњем прегледу имали вредности притиска ниже од 140 са 90. Такође, посматрају се пацијенти оболели од шећерне болести, који су услед своје примарне болести упућени на преглед очног дна, као и они шећерни болесници код којих је бар једном утврђена вредност гликолизованог хемоглобина. Посебна се пажња посвећује пацијентима у високом ризику, а у ту категорију се убрајају они са повишеним крвним притиском, са повишеним индексом

⁷⁵ “Службени гласник РС“ број 123/2021.

телесне тежине, који су активни пушачи и којима су дати посебни савети за корекцију понашања како би се смањио ризик по њихово здравље. Обраћа се пажња и на оне пацијенте, који су старији од 50 година, са проблемом кржаве столице.

По питању показатеља који се односе на квалитет здравствене заштите деце и омладине на примарном нивоу здравствене заштите, посебно се пажња обраћа на акутне инфекције горњих дисајних путева које су лечене антибиотицима. Посебно се обраћа пажња на лечење антибиотицима које је ординирано ампуларним терапијама. О гојазној деци којој су дата посебна упутства која се тичу здравој исхрани, води се посебна евиденција. Деца која су обухваћена комплетном имунизацијом до своје 15. године морају бити уредно уписана у посебну евиденцију.

Показатељи квалитета који се односе на здравствене делатности које обавља избрани лекар и специјалиста гинекологије се утврђује на основу процента пацијенткиња старости између 25 и 69 година старости, које су превентивно прегледане на потенцијалну индикацију карцинома грлића материце, као и процента пацијенткиња старости између 45 и 69 година живота, које су упућене на превентивни мамографски преглед.

Показатељи који се односе на стоматолошку здравствену заштиту се утврђују на основу исхода показатеља квалитета посебно код деце и трудница. Показатељи квалитета патронажних служби у домовима здравља се утврђује на основу параметара као што су просечан број патронажних посета код новорођенчади, број новорођенчади које је патронажна служба обишла, просечан број патронажних посета одојчади и просечан број патронажних посета старијим лицима од 65 година живота.

У фармацеутској служби као показатељи квалитета прате се проценат лекова и медицинских средстава који су расходовани због истека рока употребе у односу на укупно требовану количину. Прати се и број рецепата које је Републички завод за здравствено осигурање оспорио због апотекарских грешака у односу на укупан број издатих рецепата. Такође се прате рецепти код којих је било апотекарске интервенције и просечан број рецепата по фармацеуту. Посебна пажња се даје рецептима из приватне праксе реализованим у апотеци и лековима који нису на Листи лекова обавезног здравственог осигурања. По фармацеуту се прати и просечан број налога за медицинска средства, магистралне и галенске лекове, као и број паковања галенских лекова произведених у апотекарским лабораторијама.

Нови показатељи квалитета укључују проценат лекова и медицинских средстава који су расходовани због истека рока употребе, проценат рецепата оспорених при наплати због апотекарских грешака, проценат рецепата са апотекарским интервенцијама, као и показатеље који се односе на безбедност пацијената у апотекама.

Показатељи који се односе на безбедност пацијената у апотекама укључују и оне у специјалистичко-консултантским службама, где се прати просечно време чекања за први заказани преглед, укупан број радних сати у поподневним сменама и број дана у месецу када су специјалистичко-консултативни прегледи доступни. Прати се и проценат заказаних посета, као и број случајева када је преглед код лекара трајао најмање пола сата дужи од заказаног термина.

За целу здравствену установу, показатељи укључују стопу легалитета, проценат пацијената који умру у року од 48 сати од пријема, трајање болничког лечења, број медицинских сестара и техничара по болесничкој постељи, проценат обдукција, подударност клиничких и обдукционих дијагноза, проценат поновних пријема пацијената на одељење интензивне неге током једне хоспитализације, проценат пацијената који су под праћењем у систему здравствене заштите и проценат сестринских отпусних писама упућених патронажним службама.

Показатељи који се прате у целој здравственој установи обухватају стопу смртности, проценат пацијената који умру у року од 48 сати од пријема, трајање болничког лечења, број медицинских сестара и техничара по болесничкој постељи, проценат обдукција, подударност клиничких и обдукционих дијагноза, учесталост поновних пријема пацијената на интензивну негу, проценат пацијената под праћењем у здравственом систему и проценат сестринских отпусних писама која се шаљу патронажним службама.

У интернистичким службама прате се слични показатељи, али и специфични за кардиоваскуларне болести, као што су стопа смртности од инфаркта миокарда и цереброваскуларног инсульта, просечно трајање лечења за те болести, број поновних хоспитализација и поновних пријема на интензивну негу.

За хирургију се прате стопа смртности, дужина боравка у болници, број дана пре операције, рад у операционој сали, број медицинског особља по постељи, обдукције, подударност дијагноза, поновни приједи на интензивну негу, као и број смртних случајева после одређених хируршких захвата и појављивање сепсе.

У гинекологији и акушерству показатељи укључују стопу смртности, број умрлих породиља и новорођенчади, трајање лечења, број сестара по постељи, проценат повреда приликом порођаја, учесталост царских резова, подударност дијагноза, коришћење епидуралне анестезије, време боравка у породилишту, поновне хоспитализације, као и учешће породичних чланова током порођаја и интеграцију у програм „Болница пријатељ беба“.

За педијатрију се прате слични општи показатељи, као што су стопа смртности, трајање лечења, број сестара по постељи, обдукције, подударност дијагноза и поновни приједи на интензивну негу.

Показатељи квалитета везани за вођење листа чекања обухватају број нових пацијената који су уписани на листу за сваку појединачну интервенцију, проценат извршених интервенција у односу на укупан број пацијената на листи, просечно време чекања за одређену интервенцију, као и проценат упутних дијагноза за компјутеризовану томографију и магнетну резонанцу ендокранијума које се поклапају са резултатима након обављене дијагностичке процедуре.

Листе чекања нису више дефинисане процедуре или интервенције, садржи ревидиране показатеље и имају пет обавезних показатеља. Безбедност пацијената садржи тринаест показатеља, од чега је четири показатеља који се односе на безбедност пацијената у апотекарским установама, а уместо генеричких су уведене стопе и проценти. Сама безбедност пацијентата се врши кроз идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја, а све са циљем да се здравствена услуга учини безбедном, а ризик по пацијента сведе на најмању могућу меру.

Показатељи који се односе на безбедност пацијената, као и здравствене установе су успостављане формуле и процедуре за регистрацију нежељених догађаја уз опис процедура, успостављање формалних процедура за регистрацију нежељених ефеката по питању дејстава лекова, стопу падова пацијената, стопа пацијената са декубитима, стопа компликација насталих услед употребе анестетика, стопа поновљених операција у истој регији, стопа механичких јатрогенских оштећења насталих при хируршким интервенцијама, стопа тромбоемболијских компликација, број хируршких интервенција урађених на погрешном пацијенту, на погрешној страни тела или погрешном органу, контрола стерилизације, стопа инцидената насталих услед инфекција у здравственој установи и инцидената насталих услед инфекције оперативног места.

Апотекарске здравствене установе прате квалитет преко показатеља као што су број пријава нежељених реакција на лекове, проценат рецепата који имају административне грешке у односу на укупан број издатих рецепата, број рецепата са стручним грешкама у прописивању лекова и број лекова који су погрешно издати на рецепт.

У здравству Републике Србије су узети показатељи квалитета који важе на простору Европске уније. Они су уподобљени на основу домаћих националних показатеља за одређена стања и програме скрининга који се односе на хронична обољења, као и друге важеће норме које се односе на здравствену заштиту Републике Србије.

Квалитет здравственог система у Републици Србији се прати мерењем дефинисаних показатеља квалитета у здравственим установама, где се посебно указује на потребу адекватног избора показатеља на основу установљених критеријума, који се односе на све аспекте који утичу и доприносе квалитету рада здравствених установа. Најзначајнији критеријуми за избор показатеља су важност и значај онога што се мери. По питању релевантности параметара, они се утврђују с обзиром на здравствену политику, као и њихову могућност утицаја на здравствени систем, уз сагледавање свих проблема. Показатељи морају бити научно утврђени, чиме се доказује њихова валидност, поузданост и заснованост на доказима.

Критеријуми за избор показатеља квалитета који се утврђују са аспекта онога шта се мери су следећи:

- Значај болести, односно ризика по здравље пацијената или корисника, као и трошкова по здравствени систем;
- Релевантност за здравствену политику;
- Могући утицаји здравственог система на решавање проблема.

Научна утврђеност показатеља подразумева:

- Валидност;
- Поузданост;
- Доказивост.

Упоредне могућности се утврђују на основу:

- Постојање прототипова;
- Доступност упоредивих података на националном или интернационалном нивоу;
- Трошкови мерења.

Показатељ квалитета је дефинисан као статистичка мера која обрађује податке о неком стању, о извршењу одређеног процеса у току неког времена или о постизању одређених резултата. Индикатор представља бројчану вредност која показује квалитет и увек се изражава бројем. Он може бити и знак, сигнал, или нека врста ознаке која указује на квалитет.⁷⁶

У индикаторе су убрајају:

- Појединачни значајни догађаји који захтевају хитно истраживање узрока. Често се у ове догађаје убрајају несреће и смртни исходи лечења.
- Стопа нежељених догађаја чији праћење се врши рутински, а на периодичном нивоу се анализирају. Тек ако се уоче драстичнија одступања, предузимају се неопходне активности.

Остварени квалитет се одржава и побољшава тако што се прати и дефинише преко претходно утврђених параметара квалитета, који произилазе из анализе критеријума за квалитет услуга, процеса и саме здравствене установе.⁷⁷ Параметри се одређују циљаним вредностима и границама толеранције, што једнозначно везује за одређене процесе. Такође, они могу да буду везани и за одређене услуге, као и систем цњлокупне установе.

Показатељи се, према различитим критеријумима могу поделити на:

- Стопе у односу на стражарне догађаје;
- Показатеље структуре, процесе и исходе у здравственој установи;
- Генеричке показатеље и
- Специфични показатељи у односу на одређена обољења.

Показатељи засновани на стопама прате појаву бактеријемја које настају током хоспитализације. Показатељи везани за стражарне догађаје показују број пацијената који су преминули током хируршких операција. Показатељи структуре односе се на број специјалиста у односу на остало лекарско особље и доступност напредних технологија. Показатељи процеса мере стопу пацијената са дијабетесом који су прошли саветовање и проценат оних који су лечени према стандардима добре праксе. Показатељи непосредног исхода укључују вредности крвног притиска код хипертензивних пацијената и липидног статуса код пацијената са хиперлипидемијом. Крајњи исходи, као што су стопа смртности, обољевања, функционални

⁷⁶ Симић, С. (2020) *Показатељи квалитета рада и показатељи безбедности пацијената у болницама у Европи и свету – критички осврт и предлози нових показатеља*, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду, стр. 128.

⁷⁷ Живаљевић А., Врцељ Н. (2020) “Управљање квалитетом здравственог система праћењем и мерењем параметара квалитета”, *Пословна Економија*, Година IX, број II, стр. 297- 320.

статус и задовољство пацијената, такође се прате. Генерички показатељи укључују болнички легалитет, непланирани повратак у операциону салу и проценат пацијената са преломом кука код којих је неопходна поновна операција.

Квалификовани показатељи се односе на ниво пружених услуга здравствене заштите и ти показатељи су превенција, акутна здравствена заштита, здравствена нега и третман.

Карактеристике идеалног показатеља квалитета су:

- Показатељи који су конципирани на усаглашеним дефиницијама уз детаљно прецизирање и описивање;
- Показатељи треба да буду оптимални, специфични и сензитивни;
- Показатељи морају бити веродостојни и поуздани;
- Помоћу показатеља се ствара разлика између квалитетне и некавалитетне услуге;
- Показатељи треба да се односе на јасно одређен догађај који је значајан за корисника;
- Показатељ треба да буде упоредан, што значи да даје могућност компарације са услугама пруженим у другим установама;
- Показатељи морају почивати на јасним доказима.

5.3. Показатељи квалитета

Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, објављен у „Службеном гласнику РС“ 2010. године, дефинише показатеље квалитета као квантитативне мере које служе за праћење и процену квалитета неге и лечења пацијената, као и за подршку активностима у здравству. Показатељи укључују оне који се односе на рад здравствених установа, комисија за унапређење квалитета, стручни развој запослених, вођење листа чекања, безбедност пацијената, задовољство корисника здравствених услуга и задовољство запослених. Такође, показатељи се прилагођавају различитим нивоима здравствене делатности, врстама установа и медицинским гранама.

Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите је претрпео значајне измене. Сада постоје само прави показатељи квалитета, без поделе на обавезне и препоручене. Уведени су нови упитници за мерење задовољства пацијената и унапређено испитивање професионалног задовољства запослених. Такође, промењен је начин извештавања о медицинској едукацији и раду комисија за квалитет.

За примарни ниво здравствене делатности одређени су показатељи за службе здравствене заштите одраслих, гинекологију и педијатрију, као што су проценат посета изабраном лекару, однос првих и поновних прегледа, проценат превентивних прегледа и др.

У служби опште медицине прате се показатељи као што су вакцинација старијих особа против грипа, контрола крвног притиска, преглед очног дна код шећерне болести, вредности гликозилираног хемоглобина, као и проценти регистрованих корисника са унетим параметрима у здравствени картон.

За децу се прате показатељи везани за употребу антибиотика, статус исхране и комплетну имунизацију у 15. години.

У гинекологији се прате показатељи ране дијагностике рака грлића материце и упућивања на мамографију.

Стоматолошка здравствена заштита прати 10 показатеља квалитета за различите групе пацијената.

Патронажна служба прати број и обухват патронажних посета новорођенчадима, одојчетима и старијим особама.

Фармацеутска здравствена делатност прати показатеље као што су проценат истека рока лекова, оспорени рецепти, интервенције фармацеута, број издатих рецепата и магистралних лекова.

За специјалистичко-консултативне службе утврђени су показатељи везани за дужину чекања, број радних сати, заказивање прегледа и тачност времена пријема пацијената.

Квалитет на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите процењује се кроз показатеље на нивоу целе установе и по медицинским гранама (интернистичка, хирургија, гинекологија, педијатрија), укључујући стопу леталитета, дужину болничког лечења, број медицинских сестара по постељи, проценат обдукција и поновних пријема.

За вођење листа чекања прате се број пацијената на листи, проценат урађених интервенција, просечно време чекања и тачност дијагностичких налаза.

Безбедност пацијената је обухваћена кроз низ показатеља који мере инциденцију падова, декубитуса, компликација од анестезије, хируршких грешака, инфекција и других ризичних догађаја, са циљем побољшања сигурности у здравству.

Апотеке прате и додатне показатеље као што су број пријава нежељених реакција, административних и стручних грешака у издавању лекова.

Ове измене имају за циљ прецизније праћење квалитета и безбедности здравствене заштите на свим нивоима.

5.4. Критеријуми за избор показатеља квалитета

При одабиру показатеља квалитета здравствене заштите важно је да се мери оно што има стварну вредност и значај. То значи да треба узети у обзир колико је болест или ризик важан за здравље пацијената, као и какви су трошкови за здравствени систем. Такође, показатељ мора бити релевантан за здравствену политику, односно да његови резултати могу утицати на одлуке и побољшања у систему. Важно је и да здравствени систем има могућност да утиче на проблем који се мери.

Што се тиче научне основе, показатељ мора бити валидан (да мери оно што треба), поуздан (да даје стабилне резултате) и заснован на доказима, односно да постоје научни разлози за његову употребу.

Такође, важна је и могућност поређења показатеља, што значи да треба постојати прототип или стандарди, као и да подаци буду доступни за национално или међународно поређење. При томе треба узети у обзир и трошкове мерења како би праћење било одрживо.

Показатељ или индикатор за процену квалитета је дефинисан као “Статистичка мера која обезбеђује индикације о одређеном стању, о извршавању дефинисаног процеса током одређеног временског периода или достизању дефинисаног исхода”, и као “Индикатор је квантитет који указује на квалитет и увек је изражен као број; индикатор је знак, заставица, сигнал, поглед на граничну линију. Може бити: Стражарни догађај, који представља појединачан, изузетно значајан догађај (као што је смртни исход, несрећа, судски процес...) и који захтева непосредно истраживање узрока; и Стопа (учесталост инфекција, повреда, царског реза...) која се рутински

прати и периодично анализира, а када значајно одступи од својих просечних вредности предузимају се одговарајуће акције”.

Идеалан показатељ квалитета има неколико важних особина. Прво, он је заснован на јасној и договореној дефиницији, која је детаљно и прецизно описана. Показатељ мора бити врло специфичан и сензитиван, односно да тачно открива оно што треба. Поред тога, показатељ мора бити валидан (да мери исправно) и поуздан (да даје стабилне резултате).

Такође, он треба да разликује добре од лоших резултата, односно да јасно показује разлику између квалитета и неквалитета. Показатељ треба да се односи на јасан и прецизно дефинисан догађај који се односи на корисника здравствених услуга.

Важно је и да такав показатељ омогућава поређење између различитих установа или територија. На крају, идеалан показатељ је заснован на научним доказима, што значи да је проверен и потврђен у пракси (евиденце-басед).

Показатеље квалитета можемо поделити по различитим основама. Један начин је да их делимо према стопама у односу на важне (стражарне) догађаје. На пример, стопа бактеријемije која се појави током болничког лечења је показатељ заснован на стопама, док је број пацијената који умре током операције пример стражарног догађаја.

Друга подела је према томе на шта се показатељ односи — структура, процес или исход здравствене заштите. Показатељ који се односи на структуру може бити, на пример, проценат специјалиста у односу на друге лекаре или доступност савремене технологије. Показатељи процеса су, на пример, проценат дијабетичара који су добили савет за негу стопала или проценат пацијената који су лечени према прописаним стандардима. Показатељи исхода се односе на резултате лечења, као што су вредности крвног притиска или липидног статуса, док крајњи исходи могу бити морталитет, морбидитет, функционални статус или задовољство пацијената.

Коначно, показатеље делимо и на генеричке, који се могу применити опште (нпр. болнички леталитет или непланирани повратак у операциону салу), и специфичне, који се односе на одређена обољења, као што је проценат пацијената са преломом кука који су морали да имају поновну операцију.

6. ИСТРАЖИВАЊЕ УТИЦАЈА ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ НА МЕНАџМЕНТ И КВАЛИТЕТ УСЛУГА

6.1. Методе истраживања

Приликом реализације истраживања, коришћено је више различитих комплементарних метода, које су прилагођене предмету истраживања и хипотетичким оквиром дисертације. Коришћене су методе узорковања, прикупљања и обраде података и метод посматрања и испитивања појава помоћу којих се уочавају разлике у квалитету пружања медицинских услуга и начина функционисања здравствених установа у државној и приватној својини.

Помоћу аналитичких и синтетичких метода, омогућује се проучавање одређених појава у контексту појава које су у окружењу. Поред појава, предмет истраживања могу још бити трендови и тенденције понашања здравствених установа. Документациона анализа полази од анализе извештаја и показатеља квалитета здравствених услуга. Такође, врши се упоређивање годишњих извештаја здравствених установа које раде на простору Републике Србије. Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић – Батут“ сакупља годишње извештаје о раду свих здравствених установа, као и анкетне листове помоћу којих се добијају информације о квалитету пружених здравствених услуга, како на нивоу државних, тако и здравствених установа у приватној својини.⁷⁸

Индуктивно – дедуктивне методе омогућују доношење закључака кроз анализу конкретних случајева из праксе.

Метод генерализације омогућује доношење уопштених закључака за све случајеве под одређеним околностима.

У временском интервалу од септембра 2024. до јануара 2025. године, анкета је спроведена у укупно педесет здравствених установа које раде на простору Републике Србије. Анкетни упитник је садржао тридесет питања, а питања су била конципирана најпре од генералних питања и података који су се односила на власничку структуру и опште податке, док су се остала питања тичала конкретне параметре значајне за тестирање хипотеза рада. Анкетирани су лица у радном односу у здравственим установама, лица која су директно одговорна за квалитет пружања услуга и носиоци руководећих функција. Ова лица су значајни

⁷⁸ Томанић, Б; Милетић, М; Јовановић, В. (2024) *100 година за здравље: Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић – Батут”*, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, Београд, стр. 117.

извори релевантних информација, на основу којих се може стећи слика о начину рада здравствених установа и начину обезбеђења квалитета.

Здравствене установе у којима су спровођене анализе се могу поделити у две групе: установе у својини државе и установе у приватној својини. Овде се обухватају установе примарне и секундарне здравствене заштите. Терцијалне здравствене установе су изузете, јер оне делују само у оквиру установа у државној својини, док их у приватној својини још увек нема.

Структурни приказ здравствених установа класификован с обзиром на власничку структуру обухвата укупно 25 установа у државној и 25 у приватној својини. Од тога, анализа је вршена у 16 здравствених установа у државној својини на примарном нивоу здравствене заштите, док је анализа обављана у 22 установе примарног нивоа у приватној својини. Кад се ради о здравственим установа на секундарном нивоу, анализа је вршена у девет установа у државној својини, док је анализа вршена у три установе у приватној својини.

6.2. Ток истраживања

Истраживање полази од две групе здравствених установа: у државној и приватној својини. Ове две групе здравствених установа су обрађиване и третиране на различит начин, док је израчуната просечна вредност података на основу одговора добијених у поступку анкетирања.

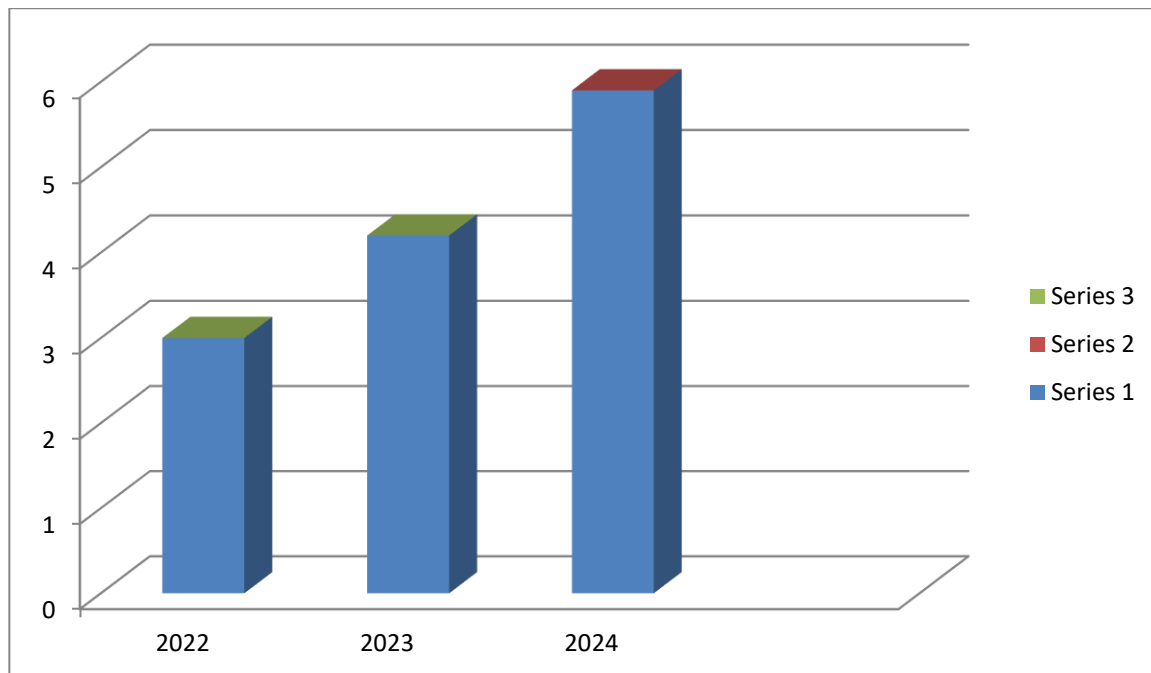
Истраживањем је обухваћено 34,3 процента медицинског особља у државном здравственом сектору, који је био упућен и који је прошао одређену врсту медицинских обука, док је проценат медицинског особља у приватном здравственом сектору који је прошао ове додатне медицинске обуке износио 97,4 процента. Немедицинско особље које је ишло на додатне медицинске обуке у државном здравственом сектору је износио 9,3 процената, док немедицинско особље у приватном здравственом сектору није уопште ишло на медицинске обуке.

Мотивација запослених да се додатно усавршавају и подижу квалитет свог рада је већа у приватном здравственом сектору и она износи 96 процената, док у државном сектору та врста мотивације није регистрована овом анализом. Самостимулација као вид мотивације запослених је уочена код 64 процента здравствених установа у приватној својини, а у државној у свега 8 процената установа. Подизање квалитета међуљудских односа, услова за рад и за

професионалним напредовањем и унапређењем је забележено у 72 процената здравствених установа у приватној својини, док је код установа у државној својини ова појава забележена код свега четири процента. Задовољство запослених се ретко прати и у приватним и у државним здравственим установама, што само доказује да менаџменти ових установа недовољно пажње посвећују питању задовољства запослених. Ова појава се прати само у четири процената установа у државној својини, док не постоје подаци о установама у приватној својини.

Статистика јасно доказује да се на додатној едукацији и слању запослених у здравственим установама како државне, тако и приватне структуре у последње време доста урадило. На графикону два је приказан ниво медицинског особља запосленог у државном здравственом сектору, који је у периоду 2022 – 2024. ишао на додатне обуке и усавршавања:

Графикон 2: Медицинско особље запослено у државним здравственим установама, које је похађало додатне обуке и усавршавања.⁷⁹

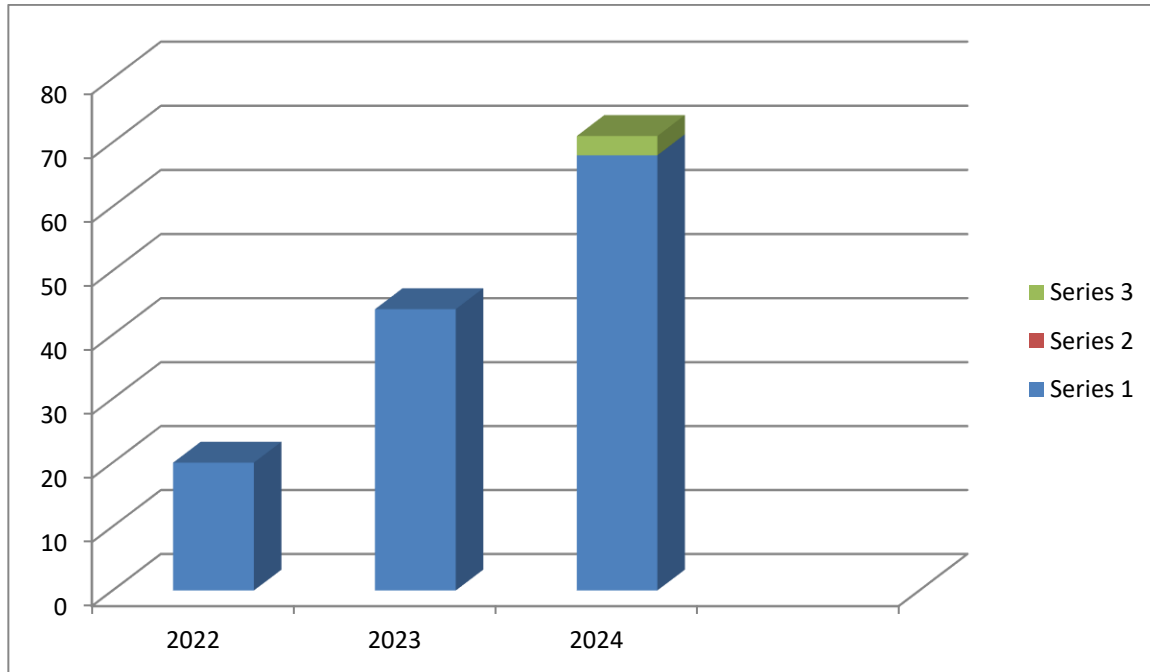


Дакле, на графикону 2 се јасно види да је у периоду од 2022. до 2024. године далеко већи број медицинског особља у државној својини био упућен на одређену врсту додатног усавршавања и обуке. То је показатељ који јасно указује на очигледну жељу и потребу за подизање нивоа квалитета услуга у здравственим установама у државној власничкој структури.

⁷⁹ Извор: https://www.batut.org.rs/index.php?category_id=142, посећено дана 11.01.2025. године.

На графикону 3 је приказано учешће немедицинског особља државних установа у поступку додатних обука и усавршавања:

Графикон 3: Немедицинско особље запослено у државним здравственим установама, које је похађало додатне обуке и усавршавања.⁸⁰

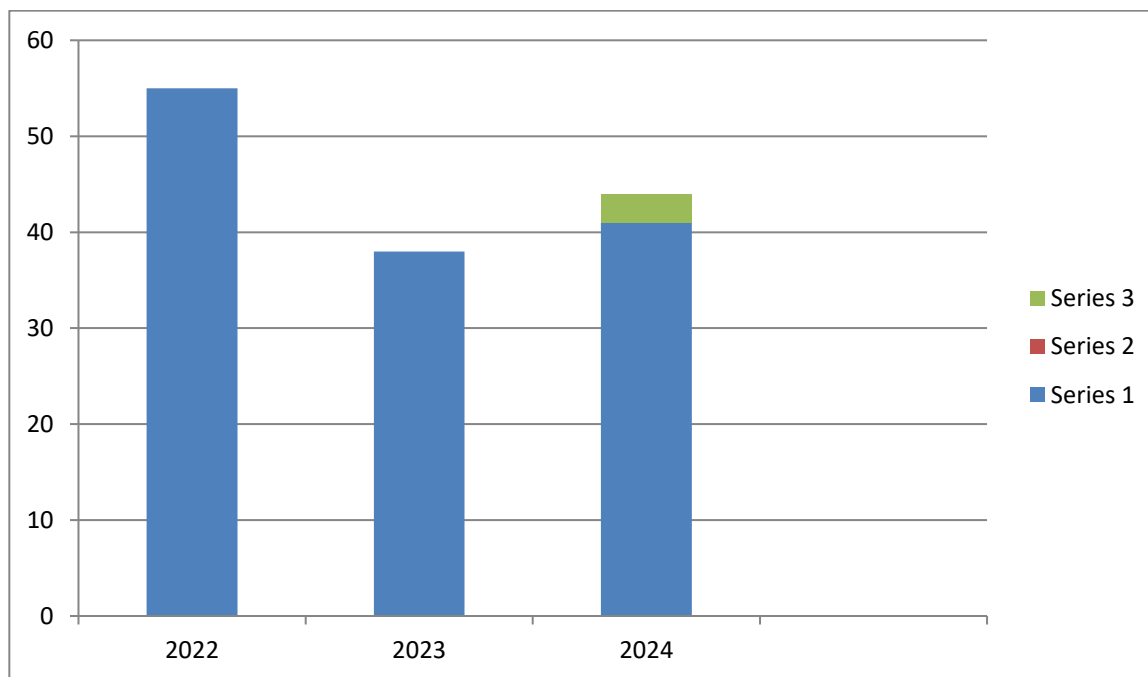


Такође, уочава се тренд додатног усавршавања и код немедицинског особља запосленог у државним здравственим установама.

⁸⁰ Извор: https://www.batut.org.rs/index.php?category_id=142, посећено дана 11.01.2025. године.

За потребе израде дисертације, у истраживачком поступку, квантификован је и однос личног задовољства запослених у државном здравственом сектору.

Графикон 4: Задовољство запослених у државним здравственим установама:

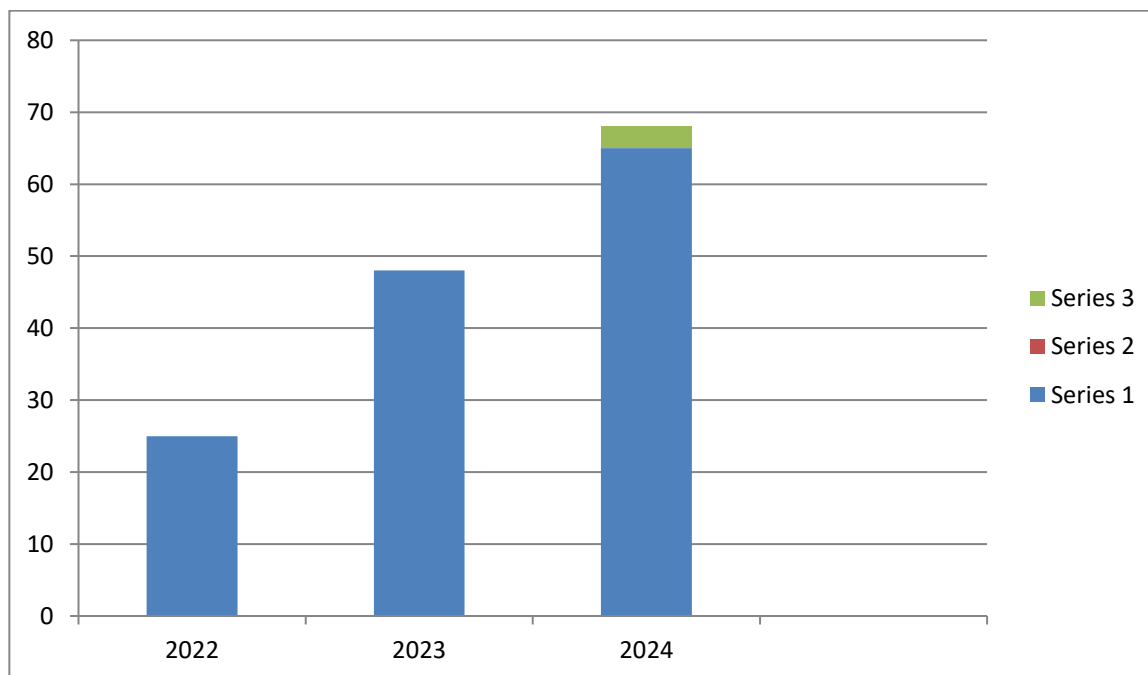


Из наведеног графика, уочава се да је на страни запослених у државном здравственом сектору ниво личног задовољства имао једну осцилирајућу амплитуду опадајућег низа, што ће рећи да је задовољство из 2022. године имало тенденцију пада. Разлог свакако треба тражити у катастрофалним последицама постпандемијског удара на здравство генерално, уз узимање у обзир чињенице да се на удару постпандемијског шока нарочито нашло државно здравство.

Као последица израженог опадања стопе задовољства запослених у државном здравственом сектору, треба узети у везу податке о напуштању здравствених радника државни здравствени сектор. Велики број запослених из државног здравственог сектора је радно ангажовање нашао ван граница Републике Србије, посебно ако се у обзир узме висока тражња за медицинским и немедицинским особљем на територији Европске уније, а део некад запослених у државним здравственим установама се запослио у приватним здравственим установама.

На графикаону 5 је приказана тенденција одлива квалификованог здравственог кадра из медицинских установа које су у државној својини:

Графикон 5: Одлив запослених у државним здравственим установама.⁸¹



Уочава се растућа тенденција одласка висококвалификованог медицинског кадра, а као један од најчешћих разлога њиховог одласка се наводи миграција у земље западне Европе због бољих услова рада и бољег третмана. Према подацима Републичког завода за статистику и информатику и Националне службе за запошљавање, претежно се за миграцију у земље Европске уније одлучују незапослени и тек дипломирани медицински радници. Такође, структура лекара који се одлучују за одлазак из државног здравственог сектора је претежно у лекарима опште праксе, док се специјалисти на такав корак ређе одлучују. По питању старости, претежно се млађи лекари, у старости између 35 и 55 година живота опредељују да потраже боље услове за рад ван граница Републике Србије.

По питању ванредних едукација и усавршавања медицинског и немедицинског особља у приватном здравственом сектору, уочава се знатно мањи проценат учешћа медицинског и немедицинског особља из ових установа. Оне едукације које се спроводе, посвећене су само и искључиво медицинском особљу, док немедицинско особље овим едукацијама није обухваћено.

⁸¹ Детаљније на: <https://www.batut.org.rs/download/novosti/2015SeptembarNalaziMigracijeRadnika.pdf>

Кад се говори о оцени квалитета пружених услуга у здравственим установама, као параметар који пресудно говори о ефикасности пружања услуга је дужина чекања на пружање здравствене услуге. На табели 15 је приказана дужина чекања пацијената на одређене здравствене услуге, уз компаративни приказ стања у медицинским установама у државној и приватној својини. Време чекања на пружање конкретне услуге, изражено је у минутима:

Табела 15: *Време чекања пацијената на пружање медицинске услуге:*

Врста услуге	Време чекања у државним установама	Време чекања у приватним установама
Преглед лекара опште праксе	8,67	1,00
Преглед лекара специјалисте без употребе медицинских уређаја	101,6	144
Преглед лекара специјалисте са употребом медицинских уређаја	201,87	723,75
Преглед лекара специјалисте уз лабораторијске анализе	201,84	727,50
Чекање на пружање терапије	43,38	14,40
Чекање за заказивање прегледа код лекара	100,88	12
Кашњење у пријему пацијента у заказаном термину на преглед	10,75	8,57

Као показатељ квалитета рада здравствених установа треба узети и број жалби које су поднесене на њихов рад. Број жалби је далеко већи у установама у својини државе, док жалби по питању чекања пацијената на пружање здравствене услуге у приватним здравственим установама није било. Због чекања на пружање услуге у државним здравственим установама, из године у годину се подноси све већи број жалби, те се може констатовати да је дужина чекања на пружање услуга у државном здравственом сектору један од водећих проблема.

Љубазност медицинског и немедицинског особља и њихова посвећеност пацијенту, представљају такође суштински важан параметар квалитета пружања услуга. У табели 16 је приказан квалитет у пружању медицинских услуга у државним и приватним здравственим установама на основу параметра љубазности и посвећености медицинског и немедицинског особља, на основу личног става пацијената који су анкетирани.

Табела 16: *Љубазност и посвећеност медицинског и немедицинског особља према пацијентима у установама у државној и приватној својини:*

Разлог незадовољства пацијената	Здравствене установе у државној својини	Здравствене установе у приватној својини
Незадовољство са условима у којима се лече пацијенти	8%	4%
Нељубазност особља	16%	8%
Проблем са паркингом за пацијенте	0%	100%
Проблем доступности ординације пацијентима	0%	100%
Проблем због услова у чекаоницама	0%	100%
Оцена љубазности и посвећености особља коју су дали пацијенти	1,25	5
Оцена уређености чекаоница коју су дали пацијенти	1,75	5

Интересантан и врло значајан податак да на љубазност и посвећеност особља у здравственим установама у приватној својини од стране пацијената није уложена ниједна жалба у периоду од 2022. до 2024. године. Са друге стране, на рад здравствених установа у државној својини је било жалби по питању љубазности и посвећености особља, али се уочава тенденција опадања тих жалби у последње време. Такође, постоје и жалбе које се односе на услове лечења у здравственим установама у државној својини, а које се односе на хигијену, квалитет соба и

опреме, тоалете, чекаонице и друге битне елементе који се односе на боравак у здравственој установи.

Код компарације квалитета пружених услуга здравствених установа у државној и приватној својини, од значаја су и организациони показатељи у тим установама. На табели 17 је приказан показатељ вредности на основу степена организованости здравствених установа у државној и приватној својини.

Табела 17. Организациони показатељи у здравственим установама у државној и приватној својини:

Организациони параметри	Установе у државној својини	Установе у приватној својини
Број засполених	44,19%	4,38%
Установе са примењеним акредитационим стандардима	88%	12%
Установе које примењују моделе изврности	0%	0%
Установе које примењују властите моделе	4%	24%
Установе које заказивање врше искључиво на шалтерима уз упут на специјалистички преглед	12%	0%
Установе које заказивање врше искључиво на шалтерима, али без упута на специјалистички преглед	12%	0%
Установе код којих се заказивање врши телефонским путем, или на шалтеру уз обавезан упут на специјалистички	20%	0%

преглед		
Установе код којих се заказивање врши телефонским путем или на шалтеру, без обавезног упута на специјалситички преглед	12%	36%
Установе код којих се заказивање врши путем меила, сајта, телефона или на шалтеру уз обавезан упут на специјалистички преглед	76%	0%
Установе код којих се заказивање врши путем меила, сајта, телефона или на шалтеру, без обавезног упута на специјалситички преглед	4%	60%
Установе у којима заказивање није потребно и код којих пацијент одмах добија услугу	4%	0%
Установе које имају прописане процедуре код жалби пацијената	92%	24%
Установе које имају прописане процедуре код утврђивања грешака при пружању услуга, независно од жалбе	84%	12%
Установе у којима се врше обуке запослених	64%	84%
Установе које имају	28%	100%

ефикасне мере обука запослених		
Установе које имају одређено лице из реда запослених за мерење ефеката обука	8%	0%
Установе које планирају одржавање медицинске опреме	56%	88%
Установе које имају дефинисане параметре квалитета	88%	12%
Установе које имају одређено лице из реда запослених за мерење параметара квалитета	32%	12%
Установе које су дефинисале временски интервал за праћење и мерење	32%	12%
Установе које истражују потребе пацијената	12%	100%
Установе које истражују развој здравствених установа у окружењу	12%	50%
Установе које истражују и прате светске трендове	4%	64%

Просечне вредности показатеља ефикасности у раду здравствених установа су приказани у табели 18.

Табела 18. Показатељи ефикасности рада здравствених установа:

Показатељ	Установе у државној својини	Установе у приватној својини
Лекарске грешке по питању давања и одређивања терапије	14%	0%
Лекарске грешке услед кварова на уређајима	7%	0%
Лекарске грешке услед замене података или узорака пацијената	40%	0%
Грешке код лабораторијских анализа услед неадекватних реагенаса	16%	0%
Грешке услед неких других разлога	11%	0%
Чекање на преглед лекара опште праксе	101 минут	14 минута
Чекање на преглед лекара специјалисте без коришћења медицинских уређаја	201 минут	72 минута
Чекање на преглед лекара специјалисте уз коришћење медицинских уређаја	201 минут	72 минута
Чекање на лабораторијске анализе	43 минута	14 минута
Чекање на пружање терапије	102 минута	12 минута
Време које је потребно за	17 минута	8 минута

заказивање прегледа		
Кашњење у пријему заказаних пацијената	46 минута	15 минута
Број пацијената по лекару примљених за један дан	43	12
Број компликација изазваних услед лекарских пропушта	3,6%	0%
Број поновљених хируршких интервенција	33%	11%
Број болничких инфекција	9%	0%
Компликације проузроковане интервенцијама	11%	0%
Кашњење у опоравку пацијента након интервенције	8%	0%
Изненадни кварови на опреми током године	26%	1%
Дужина кварова на опреми током године	67 дана	0 дана

Као показатељ квалитета рада здравствених установа у државној и приватној својини, морају се узети дијагностичке методе, анализе, као и број обављених превентивних прегледа. У циљу утврђивања овог показатеља, у обзир се морају узети параметри попут подмлађивања запосленог кадра, укључивање нових иновативних и напредних метода, куповина нових медицинских уређаја и апарата, пружање подршке процедурама лечења и примена нових метода код различитих медицинских и дијагностичких метода.

На табели 19. су приказане дијагностичке методе и анализе и контролни прегледи.

Табела 19: Дијагностичке методе, анализе и контролни прегледи:

Параметар	Установе у државној својини	Установе у приватној својини
Процент новозапосленог медицинског и немедицинског кадра	6,5%	0%
Примена нових метода у процесу лечења и дијагностиковања	0%	0%
Нови медицински уређаји који су коришћени у поступку лечења и дијагностиковања	5,4%	0%
Нови начини примене и одвијања процеса који су подршка лечења и дијагностиковања	1,7%	0%
Различите медицинске службе које су ангажоване	12,8%	2,6%
Употреба различитих дијагностичких апарата	15,7%	3,6%

Питање трошкова пословања је за сваки менаџмент, посебно здравствених установа у приватној својини суштинско питање и питање од пресудне важности. Логично је да сваки менаџмент тежи рационализацији трошкова, с тим што се мора водити рачуна о томе да рационализација трошкова не буде на штету квалитета пружених здравствених услуга.

На табели 20. су приказани механизми рационализације трошкова у раду здравствених установа.

Табела 20: Рационализација трошкова:

Параметар	Установе у државној својини	Установе у приватној својини
Установе које су приступиле смањењу броја запослених ради рационализације трошкова	12%	0%
Рестриктивно издвајање средстава за додатно обучавање медицинских радника ради рационализације трошкова	100%	0%
Рестриктивно издвајање средстава за набавку нових медицинских уређаја ради рационализације трошкова	100%	0%
Промена избора добављача по принципима давања најнижих цена ради рационализације трошкова	100%	4%
Оптимизација излишних и непотребних активности ради рационализације трошкова	0%	88%
Ограничење броја дијагностичких прегледа и анализа ради рационализације трошкова	100%	0%
Смањење зараде запосленима ради рационализације трошкова	12%	16%

Питање информисаности пацијената и поступање по жалбама пацијената је исто један од параметара који много говори о квалитету пружања услуга.

На табели 21. приказани су подаци о пружању значајних информација пацијентима, као и подаци о жалбама и ефикасности у поступању са њима.

Табела 21: Информисање пацијената и поступање по жалбеним поступцима:

Параметар	Установе у државној својини	Установе у приватној својини
Број жалби на годишњем нивоу на услове у којима се лечење спроводи	104.860 ⁸²	1.033
Број жалби на годишњем нивоу због нељубазности запослених	145.246	2.660
Број жалби на годишњем нивоу због чекања на пружање услуге	137.366	0
Број жалби на годишњем нивоу услед кршења права пацијената	34.545	0
Број жалби на годишњем нивоу због нетачних лабораторијских испитивања	4.819	0
Број жалби на годишњем нивоу услед неког другог разлога	53.266	0
Потребно време (у данима) за поступање по жалби	161	2
Установе које су донеле и	92%	24%

⁸² Коришћени доступни параметри на 2023. годину. Доступно на <https://www.zdravlje.org.rs/index.php/prava-pacijenata>, посећено 05.02.2025. године.

примениле процедуру за поступање са жалбама пацијената у процентима		
---	--	--

На крају, али и не најмање значајно питање је питање личног задовољства пацијената пруженом медицинском услугом. Према анкети која је спроведена, а која обухвата период од 2022. до 2024. године, резултати су следећи:

Табела 22: *Задовољство пацијената пруженим услугама:*

Година	Установе у државној својини	Установе у приватној својини
2022.	3,7%	4,7%
2023.	3,5%	4,7%
2024.	3,5%	4,7%

6.3. Резултати истраживања

Хипотеза Х1: „Власничка структура у здравственој установи може да утиче на ниво мотивације који постоји код запослених медицинских радника у здравственој установи“ је испитивана методом упитника и анкетања запослених у здравственим установама у државној и приватној својини. Просечне вредности које су из оваквог начина анкетања добијене, утврђиване су на основу значајнијих различитости утврђених на релацији здравствених установа које су у државној и приватној својини, а базирају се на питања унутрашње мотивисаности запослених. Варијансном анализом, уочене су значајније разлике на релацији здравствених установа у државној и приватној својини.

Резултати добијени варијансном анализом, који се односе на X_1 , приказани су у табели 23:

Табела 23: Резултати за X_1 :

Број група	k	2
Број података у једној групи	n	6
Број података у свим групама	$N = k * n$	12
Број степена слободе међу групама	$k-1$	1
Средња вредност свих података	$\bar{X}_T = \frac{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n X_{ij}}{N}$	25.7375
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n (X_{ij} - \bar{X}_T)^2$	10670.07092
Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^k (X_i - \bar{X}_T)^2 * n$	6597.184308
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n (X_{ij} - \bar{X}_T)^2}{N-k}$	1067.007092
Вредност узорка	$F = \frac{\sigma^2}{\sigma^2}$	6,18

Хипотеза H_2 : „Власничка структура у здравственој установи може да утиче на ниво задовољства пацијената пруженом здравственом услугом“ су коришћене просечне вредности које су добијене испитивањем из анкете спроведене међу пацијентима у здравственим установама које су у државној и приватној својини. У табели 24. су дате резултати варијансне анализе којом се уочавају разлике на релацији здравствених установа у државној и приватној својини по питању личног задовољства пацијената пруженим здравственим услугама.

Табела 24: Резултати за X2:

Број група	к	2
Број података у једној групи	н	7
Број података у свим групама	$N = k * n$	14
Број степена слободe међу групама	к-1	1
Средња вредност свих података	$\bar{X}_T = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n X_{ij} / N$	4338.080565
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n (X_{ij} - \bar{X}_i)^2$	437588055.8
Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^k (X_i - \bar{X}_T)^2 * n$	267256247.3
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma^2 = \sum_{i=1}^k (X_i - \bar{X}_T)^2 * n / (k-1)$	267256247.3
Варијанса унутар групног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{j=1}^n (X_{ij} - \bar{X}_i)^2 / (N-k)$	36465671.32
Вредност узорака	$F = \sigma^2 / \sigma_i^2$	7.328981962

Хипотеза X3: „Власничка структура у здравственој установи може утицати на одлуке менаџмента и доприносити бољој ефикасности у његовом раду“. Коришћене су просечне вредности добијене кроз упитник, а приказане у Табели 25:

Табела 25: Резултат за X3:

Број група	к	2
Број података у једној групи	н	7
Број података у свим групама	$N = k * n$	14
Број степена слободe међу групама	к-1	1
Број степена слободe	Н-к	12

унутар групе		
Средња вредност свих података	$11 \ 26 \ X_T = \sum_{i=1} \sum_{j=1} X_{ij} / N$	24.92857143
Унутрашња варијабилност	$11 \ 26 \ \sum_{i=1} \sum_{j=1} (X_{ij} - X_T)^2$	15538.48214
Међугрупни варијабилитет	$11 \ \sum_{i=1} (X_i - X_T)^2 * n$	6216.071429
Варијанса међугрупног варијабилитета	$11 \ \sigma^2 = \sum_{i=1} (X_i - X_T)^2 * n / (k-1)$	6216.071429
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$11 \ 26 \ \sigma_i^2 = \sum_{j=1} (X_{ij} - X_T)^2) / N - k$	1294.873512
Вредност узорак	$\Phi = \sigma^2 / \sigma_i^2$	4.800524045

Хипотеза Х4: „Ефикасност и квалитет здравствених услуга у једној здравственој установи се мери кроз начин заказивања прегледа, пријем пацијената, примене медицинских процедура ни метода, дијагностике лечења, као и жељених исхода медицинских третмана“ је проверена кроз просечне вредности добијених из упитника, подељених у две групе и то на показатеље који се односе на начине заказивања прегледа, пријема пацијената и оне који се односе на медицинске процедуре и методе, дијагностику и лечење.

Прва група показатеља, исказани су у Табели 26:

Табела 26: Резултат за Х4, прва група показатеља:

Број група	к	54
Број података у једној групи	н	27
Број података у свим групама	$N = k * n$	1458
Број степена слобода између група	к-1	53
Средња вредност свих података	$11 \ 26 \ X_T = \sum_{i=1} \sum_{j=1} X_{ij} / N$	31.01055556
Унутрашњи варијабилитет	$11 \ 26 \ \sum_{i=1} \sum_{j=1} (X_{ij} - X_T)^2$	55555.41233

Међугрупни варијабилитет	$11 \sum_{и=1} (X_{и} - X_T)^2 * n$	667.18215
Варијанса међугрупног варијабилитета	$11 \sigma^2 = \sum_{и=1} (X_{и} - X_T)^2 * n / (к-1)$	667.18215
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$11 \sigma_{и}^2 = \sum_{и=1} (\sum_{j=1} (X_{иj} - X_{иj})^2) / N-к$	39.569382
Вредност узорака	$\Phi = \sigma^2 / \sigma_{и}^2$	16.86107076

Табела 27: Резултат за X4, друга група показатеља:

Број група	к	2
Број података у једној групи	н	20
Број података у свим групама	$N = к * н$	40
Број степена слободe између група	к-1	1
Број степена слободe унутар групе	Н-к	38
Средња вредност свих података	$11 \sum_{и=1} \sum_{j=1} X_{иj} / N$	1746.195701
Унутрашњи варијабилитет	$11 \sum_{и=1} \sum_{j=1} (X_{иj} - X_{иj})^2$	831547751.8
Међугрупни варијабилитет	$11 \sum_{и=1} (X_{и} - X_T)^2 * n$	93214877.81
Варијанса међугрупног варијабилитета	$11 \sigma^2 = \sum_{и=1} (X_{и} - X_T)^2 * n / (к-1)$	93214877.81
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$11 \sigma_{и}^2 = \sum_{и=1} (\sum_{j=1} (X_{иj} - X_{иj})^2) / N-к$	21882835.57
Вредност узорака	$\Phi = \sigma^2 / \sigma_{и}^2$	4.259725734

7. ЗАКЉУЧАК

Све здравствене установе које раде и послују на територији Републике Србије имају јасан циљ, а то је стицање поверења од стране корисника здравствених услуга које оне пружају. Поверење корисника се стиче на основу квалитета и сигурности услуга које оне пружају по основу свих квалитативних и професионалних стандарда. Квалитет услуга зависи од резултата који се постижу на основу стручности и компетентности запослених, квалитета организације послова и менаџмента услуга, добре опремљености, добрих услова рада, посвећености пацијентима и њиховим потребама, као и нивоу мотивације на страни запослених у здравственим установама.

Менаџмент здравствених установа је питање од посебног значаја, јер квалитетан менаџмент и доношење квалитетних менаџмент одлука играју виталну улогу у раду и функционисању здравствене установе. У оквиру менаџмента здравствених установа, између осталог, предмет интересовања су и квалитет и унапређење квалитета. Квалитет у здравству се мора константно проучавати, како би се могао унапређивати. Зато се на побољшању квалитета рада здравствених установа ради стално.

Питање власничке структуре здравствених установа се показало као врло значајно питање при изучавању квалитета пружања здравствених услуга. Власничка структура утиче на бројне менаџмент одлуке, а и на усмерење ка подизању нивоа и квалитета стручности кадра, опремљености и других релевантних питања.

Докторска дисертација је конципирана шест поглавља, од којих су пет торијских и једно садржи практични истраживачки рад. У првом поглављу, даје се теоријски концепт, заснован на утврђивању предмета, циља и значаја рада, постављају се полазне хипотезе (основна и помоћне), даје се методолошки оквир и указује се на научни допринос.

У наставку, указује се на однос менаџмента и квалитета, дају се основни подаци о здравственом систему Републике Србије, образлаже се питање акредитовања здравствених установа према позитивним правним прописима и даје се осврт на питање квалитета пружених медицинских услуга.

У истраживачком делу дисертације, посебна пажња је посвећена утврђивању различитих утицаја по питању власничке структуре у здравственим установама на менаџмент и квалитет у

пружању услуга. Анализирани су начини управљања, начини управљања квалитетом уз утврђивање разлика које постоје код установа у државној и приватној својини. Анализе су рађене само код здравствених установа на примарном и сенударном нивоу, јер терцијалне установе у Републици Србији делују само у оквиру здравствених установа у државној својини. Научни циљ истраживања се огледа у стварању спознаје о разликама које постоје на релацији здравствених установа у државној и приватној својини. Такође, циљ је да се разлике које постоје између установа у државном и приватном власништву сведу на најмању могућу меру.

У дисертацији су потврђене следеће хипотезе:

X0: Власничка структура у здравственој установи може утицати на ефикасност менаџмента, као и на квалитет пружених услуга.

X1: Власничка структура у здравственој установи може да утиче на ниво мотивације који постоји код запослених медицинских радника у здравственој установи.

X2: Власничка структура у здравственој установи може да утиче на ниво задовољства пацијената пруженим здравственим услугама.

X3: Власничка структура у здравственој установи може утицати на одлуке менаџмента и доприносити бољој ефикасности у његовом раду.

X4: Ефикасност и квалитет здравствених услуга у једној здравственој установи се мери кроз начин заказивања прегледа, пријема пацијената, примене медицинских процедура и метода, дијагностике и лечења, као и жељених исхода медицинских третмана.

Резултати истраживања су, ради боље видљивости, табеларно приказани и они представљају допринос, које је ово истраживање дало у развоју менаџмента квалитета у здравственим установама које се налазе у државном и приватном власништву. У истраживању су уочене суштинске разлике које постоје код установа у државној и приватној својини, као и разлози који урокују те разлике.

8. ПРИЛОЗИ

Прилог 1

Анкетни листић

Анкета која је пред Вама је део истраживања који спроводи докторандкиња Јелена Баудер у оквиру завршне докторске дисертације на Факултету за менаџмент у Сремским Карловцима Универзитета „Унион Никола Тесла“, Београд. Како Ваша здравствена установа представља врло значајан део здравственог система Републике Србије, најљубазније Вас молим да својим искреним одговорима и попуњавањем анкетног листића, учествујете у истраживању и дате допринос мом истраживачком раду.

Унапред Вам се захваљујем.

ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

- Назив: _____
- Град и адреса установе: _____
- Власничка структура: _____
- Број запослених лекара у установи: _____
- Број запосленог немедицинског особља: _____
- Заокружите шта установа од капацитета има:
 - а. Мамограф;
 - б. Скенер;
 - в. Ултразвучна резонанца;
 - г. Магнента резонанца;
 - д. Апарат за конвенционалну радиолошку дијагностику;
 - ђ. Спирални компјутерски томограф;
 - е. Апарат за рендгоскопију;
 - ж. Дигитални ангиоапарат.
- Наведите организационе јединице и службе којима располаже Ваша установа:

- Наведите моделе организовања који се примењују у Вашој здравственој установи:

- Наведите начине како пацијент може да закаже преглед у Вашој здравственој установи:

- Да ли у Вашој здравственој установе постоје начини праћења и мерења квалитета услуга које пружате Вашим пацијентима?

- Наведите вредности које се измерене на основу параметара којима се прати и мери квалитет услуга које пружате Вашим пацијентима:

- Да ли у Вашој здравственој установи постоји евиденција о грешкама насталим у раду?

- Наведите колико је било грешака у раду Ваше здравствене установе и о каквим грешкама је реч:

- Да ли у Вашој здравственој установи постоји евиденција о жалбама пацијената?

- Наведите колико је било жалби пацијената у Вашој здравственој установи и на шта су се оне односиле:

- Да ли се у Вашој здравственој установи прати задовољство пацијената?

- Молим Вас да наведете начине праћења задовољства пацијената:

- Опишите процедуру поступања са жалбом пацијената:

- Опишите процедуру поступања код постојања грешака у раду:

- Како и на који начин се врше додатне обуке запослених у Вашој установи?

- Који су механизми мотивације запослених у Вашој установи?

- Да ли се у Вашој установи прати задовољство запослених?

- Опишите начине праћења задовољства запослених:

- Како и колико често вршите сервисирање опреме коју Ваша установа поседује?

- Колико су чести кварови на медицинској опреми коју Ваша установа поседује?

- Колико дана у просеку сте чекали на поправку покварене медицинске опреме у Вашој установи?

- Да ли су и на који начин идентификовани сви токови кључних и критичних процеса?

- Да ли се у Вашу здравствену установу уводе нови процеси лечења и дијагностиковања?

- Какав је третман пацијената током пријема у Вашу установу?

- Да ли су Ваше ординације добро опремљене?

- Да ли су Ваше чекаонице добро опремљене?

9. СПИСАК ТАБЕЛА И ГРАФИКОНА

9.1. Табеле

- Табела 1: Буџетски приказ прихода, примања, расхода и издатака за 2024. годину;
- Табела 2: Ограничење расхода по делима и годинама;
- Табела 3: Извори финансирања малих и средњих предузећа у различитим фазама развоја;
- Табела 4: Стандард лечења пацијената;
- Табела 5: Стандард интензивног лечења;
- Табела 6: Стандарди лечења у служби ургентне медицине;
- Табела 7: Стандард управљања информацијама;
- Табела 8: Стандард људских ресурса;
- Табела 9: Стандард контроле ширења инфективних болести;
- Табела 10: Стандард масовних несрећа и акцидентата;
- Табела 11: Стандарди стерилизације;
- Табела 12: Стандарди руковођења здравственом установом;
- Табела 13: Стандарди управљања здравственом установом;
- Табела 14: Критеријуми за оцењивање критеријума;
- Табела 15: Време чекања пацијената на пружање медицинске услуге;
- Табела 16: Љубазност и посвећеност медицинског и немедицинског особља према пацијентима у установама у државној и приватној својини;
- Табела 17. Организациони показатељи у здравственим установама у државној и приватној својини;
- Табела 18. Показатељи ефикасности рада здравствених установа;
- Табела 19: Дијагностичке методе, анализе и контролни прегледи;
- Табела 20: Рационализација трошкова;
- Табела 21: Информисање пацијената и поступање по жалбеним поступцима;
- Табела 22: Задовољство пацијената пруженим услугама;
- Табела 23: Резултати за Х1;
- Табела 24: Резултати за Х2;
- Табела 25: Резултати за Х3;
- Табела 26: Резултат за Х4, прва група показатеља;
- Табела 27: Резултат за Х4, друга група показатеља.

9.2. Графיקони

- Графикон 1: Извори финансирања малих и средњих предузећа у РС;
- Графикон 2: Медицинско особље запослено у државним здравственим установама, које је похађало додатне обуке и усавршавања;
- Графикон 3: Немедицинско особље запослено у државним здравственим установама, које је похађало додатне обуке и усавршавања;
- Графикон 4: Задовољство запослених у државним здравственим установама;
- Графикон 5: Одлив запослених у државним здравственим установама.

10. КОРИШЋЕНА ЛИТЕРАТУРА И ИЗВОРИ

- Арандаренко, М. и др. (2008) Реформе у Србији – достигнућа и изазови, Центар за либерално – демократске студије, Београд;
- Бјелица, З. (2017) Ризик, безбедност информација, здравство, Национална организација правне заштите и осигурања у здравству, Београд;
- Вукотић, М. (2010) “Криза и здравствени систем“, Криза и развој, Центар за економска истраживања, Београд;
- Деминг, Е; W. (1996) Како изаћи из кризе?, Грмеч – Привредни преглед, Београд;
- Диздаревић, М. (2021) “Подстицање малих и средњих предузећа у Европској унији“, Економски факултет Универзитета „Демал Биједић“, Мостар;
- Дондеиан, А; Басхур, Р. (2002) “An Introduction to Quality Assurance in Health Care”, Охфорд Университи Пресс;
- Ђекић, М. (2019) Улога, значај и перспективе алтернативних извора финансирања у развоју малог бизниса, Привредна академија, Нови Сад;
- Ђоковић, Г; Пушара, А; Павићевић, А. (2021) „Нове технологије у циљу повећања квалитета на тржишту рада“, Одитор, Београд;
- Ђуричић, М. (2007) Менаџмент квалитета, Факултет за индустријски менаџмент, Издавачки центар Факултета за индустријски менаџмент, Крушевац;
- Ерић, Д; Бераха, И; Ђуричин, С; Кеџман, Н; Јакшић, Б. (2012) Финансирање малих и средњих предузећа у Србији, Институт економских наука, Београд;
- Ерић, И; Вучинић, М. (2023) Менаџмент, Београдска академија пословних и уметничких струковних студија, Београд;
- Живаљевић, А. (2012) Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система, Факултет организационих наука, Универзитета у Београду;
- Живаљевић А., Врцел Н. (2020) “Управљање квалитетом здравственог система праћењем и мерењем параметара квалитета”, Пословна Економија;
- Живковић, Н; Глоговац, М. (2015) Управљање квалитетом, Факултет организационих наука, Београд;
- Зајић, М. (2018) *Мере за побољшање квалитета здравствене заштите у Републици Србији*, Медицински факултет Универзитета у Нишу;

- Ивовић, С. (2003) Менаџмент квалитета производа, Факултет за трговину и банкарство “Јањићије и Даница Карић“, Београд;
- Јовичић, К. (2014) Систем здравствене заштите и здравственог осигурања – упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије, Градска организација Београд, Институт за упоредно право, Београд;
- Јовићевић – Бекић, А; Божанић, В; Милетић, Д. (2002) „Квалитет здравствене услуге“, Менаџмент у новом окружењу, Златибор;
- Каварић, Н. (2020) Систем здравствене заштите, Факултет политичких наука Универзитета у Подгорици;
- Качавендић, Ј. (2011) Утицај тимског рада на квалитет здравствене заштите, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду;
- Костић – Бабић, Н; Пинтер, С. (2013) „Праћење квалитета здравствене заштите у Србији“, *Хрватски часопис за јавно здравство*, Загреб;
- Лазић, С. (2018) “Билансирање финансијске имовине буџетских корисника“, *Одитор*, вол. 4, бр. 1, Београд;
- Љутић, Б. (2016) “Финансирање малих и средњих предузећа“, *Пословна политика*, Београд;
- Максимовић, Ј. (1998) “Историјски развој рационалне медицинске мисли као основе модерне научне медицине“, *Свеске Матице српске*, Нови Сад;
- Манић, С. (2010) *Шта је акредитација?*, Мегатренд Универзитет, Београд, одељење за специјалистичке студије
- Марковић, А. (1990) *Југослав Цхангес*, Југословенски преглед, Београд;
- Марковић, Д. (2009) *Демократија и партократија*, Институт за политичке студије, Београд;
- Марковић – Петровић, Г. (2016) *Акредитација здравствених установа као доприносни фактор квалитета рада у болничкој заштити*, Медицински факултет Универзитета у Београду;
- Медојевић, К. (2021) *Кризни менаџмент, јавна управа и одговор на пандемију КОВИД 19*, Факултет политичких наука Универзитета у Београду;
- Мета, М; Елфић, Е; Бајрамовић, Џ. (2013) “Организација и менаџмент у историјском контексту“, *Економски изазови*, Интернационални Универзитет у Новом Пазару;
- Миленковић, М. (2018) *Заштита личних података у информационим системима здравствених установа*, Факултет безбедности Универзитета у Београду;

- Милисављевић, М. (2000) “Тржишна оријентација и маркетинг функција“, Директор, Београд;
- Милутиновић, Д; Симин, Д; Брестовачки, Б. (2012) “Показатељи квалитета здравствене неге и безбедности пацијената у клиничко – болничкој пракси“, Часопис здравствених радника Војводине, Нови Сад;
- Миљковић, А; Миљковић, Љ. (2010) “Креирање буџета државе“ Економика, бр. 3, Ниш;
- Миногуе, М; Полидано, Ц; Хулме, Д. (1998) *Beeyond the New Public Management*, Едвард Елгар, Цхелтенхам;
- Мишковић, З. (2017) Утицај власничке структуре на систем за менаџмент квалитета здравствених установа Републике Србије, Универзитет “Дон Незбит“, Факултет за пословне студије, Београд;
- Нешков, Д. (2008) “Системи здравственог осигурања“, Право и политика, Београд;
- Николић, М. (2018) Улога лекара примарне здравствене заштите у превенцији, дијагностици и третману пацијената, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду;
- Ожеговић, Л; Павловић, Н. (2012) “Менаџмент малих и средњих предузећа носилац развоја привреде“, Школа бизниса, Висока пословна школа струковних студија, Нови Сад;
- Павић, Ж. (2007) *Здравство и здравствени систем*, Српско лекарско друштво, Београд,
- Перко – Шепаровић, И. (2003) “Нови јавни менаџмент – британски модел”, Политичка мисао, Загреб;
- Плојовић, Ш; Бушатлић, С. (2012) *Менаџмент квалитета*, Универзитет у Новом Пазару;
- Радишић, Ј. (2008) *Медицинско право*, Правни факултет Универзитета “Унион“ Београд;
- Радишић, Ј. (2010) „Појам лекарске грешке“, Правни живот, Београд;
- Радовић, В. (2019) *Усклађивање пословног права са правом Европске уније*, Центар за издаваштво и информисање Правног факултета Универзитета у Београду;
- Ранђеловић, Д. (2018) *Здравствени информациони систем*, Медицински факултет Универзитета у Нишу;
- Ристић, Ж; Петровић, Д. (2011) *Јавни сектор и фискална политика*, Гама студио, Београд;
- Родић, Р. (1994) “Подстицајна или репресивна функција вредновања и оцењивања“, *Настава и васпитање*, Београд;
- Рорбах, В. (2007) “Нови хоризонти приватног здравственог осигурања“, *Усклађивање осигурања Србије са системом осигурања у Европској унији*, Удружење за право осигурања;

- Росенблум, Б; Дупуис, М. (1995) “Да ли су ниска цена , ниски трошкови, висок квалитет услуге нова парадигма за глобалну малопродају?”, Трговина, дистрибуција и потрошач;
- Ружић, О; Голубић, Х; Латин, М; Клопотан, И. (2014) “Јавни менаџмент”, Технички гласник, Свеучилишни центар, Вараждин;
- Сала, Л; А. (2020) “Тхе Релатионсхип Бетвеен Популацион Агеинг анд Медицал Ехпендитурес ин Романиа”, Фацта Университатис, Вол. 17, Но. 2, Ниш;
- Симић, С. (2020) Показатељи квалитета рада и показатељи безбедности пацијената у болницама у Европи и свету – критички осврт и предлози нових показатеља, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду;
- Стојановић, И. (2000) “Својинска трансформација у СР Југославији“, Међународни проблеми, Београд;
- Стојковић, Ј; Тричковић, Н. (2017) “Побољшање процеса у српском здравству према захтевима стандарда ИСО9001“, Виртуелни коштано – зглобни систем човека и његова примена у предклиничкој и клиничкој пракси, Министарство здравља Републике Србије;
- Томанић, Б; Милетић, М; Јовановић, В. (2024) *100 година за здравље: Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић – Батут“*, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, Београд;
- Тмушић, М. (2022) Приватизација у Србији: институционална анализа економских ефеката, Филип Вишњић, Београд;
- Филиповић, Ј; Ђурић, М. (2023) Основе квалитета, Факултет организационих наука, Београд;
- Хусеинспахић, Н. (2011) “Квалитет као претпоставка за задовољство пацијента”, Соутх Еастерн Еуропа Хеалтх Сциенцес Јоурнал, Упхиллс Публицхерс ЛЛЦ, Схеридан;
- Цросбу, П. (1989) Квалитета је бесплатна: умијеће осигурања квалитете, Привредни вјесник, Загреб;
- Шофранац, Р; Шофранац, М. (2011) „Дефиниција квалитета здравствене заштите“, Квалитет 2011, Неум;
- Шофранац, Р; Шофранац, М. Савовић, З. (2023) “Стандарди добре праксе за болнице и синергија“, Медицал ЦГ, Подгорица;
- Шућур, З. (2007) “Здравље и квалитета здравствених услуга”, Квалитета живота у Хрватској, Програм Уједињених народа за развој у Хрватској, Загреб.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора Јелена Баудер

Број индекса Д001/2020

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

УЛОГА И ЗНАЧАЈ МЕНАЏМЕНТА И ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ У ЗДРАВСТВЕНИМ
УСТАНОВАМА

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, 28.4.2026.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Јелена Баудер

Број индекса Д001/2020

Студијски програм Пословни менаџмент – Докторске студије

Наслов рада: УЛОГА И ЗНАЧАЈ МЕНАѢМЕНТА И ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ У
ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Ментор Проф. др Митар Лутовац

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у **Дигиталној библиотеци** Факултета за менаџмент, Универзитет Унион – Никола Тесла.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, 28.4.2026.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку Факултета за менаџмент, Универзитет Унион – Никола Тесла да у Дигиталној библиотеци Факултета за менаџмент, Универзитет Унион – Никола Тесла унесе моју докторску дисертацију под насловом:

**УЛОГА И ЗНАЧАЈ МЕНАЏМЕНТА И ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ У
ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА**

која је моје ауторско дело.

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

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталној библиотеци Факултета за менаџмент, Универзитет Унион – Никола Тесла и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Цреативе Цоммонс) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (ЦЦ БУ)
2. Ауторство – некомерцијално (ЦЦ БУ-НЦ)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (ЦЦ БУ-НЦ-НД)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (ЦЦ БУ-НЦ-СА)
5. Ауторство – без прерада (ЦЦ БУ-НД)
6. Ауторство – делити под истим условима (ЦЦ БУ-СА)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци. Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, 28.4.2026

УНИВЕРЗИТЕТ „УНИОН – НИКОЛА ТЕСЛА“ Београд

ФАКУЛТЕТ ЗА МЕНАџМЕНТ

Сремски Карловци

Биографија Јелена Баудер

Јелена Баудер, рођена 28.6.1983. године у Београду. Своје академско образовање започела на Факултету за менаџмент, где је стекла темељна знања из области менаџмента, организације и управљања процесима. Интересовање према здравственом систему и жеља за доприносом његовом унапређењу усмерили су је ка даљем усавршавању у области здравственог менаџмента.

Своје академско напредовање наставила је на Медицинском факултету Универзитета у Београду, где је завршила мастер студије у систему здравствене заштите. Током студија стекла је знања из области организације здравствених установа, здравствене политике, управљања људским ресурсима у здравству и оптимизације процеса у здравственој заштити.

Посебан фокус њеног стручног развоја представља повезивање знања из области менаџмента и здравствене заштите, са циљем да допринесе ефикаснијем функционисању здравствених институција у приватном и државном сектору, побољшању квалитета услуга и усмеравању здравствених система ка европским стандардима.

Објавила је научне и стручне радове, затим је учествовала на Пројектима Министарства здравља, радила је стратегији и развоју сва 4 Клиничка центра у Србији. Поседује диплому Мини МБА, као и сертификате ИСО и сертификате компетенције. Запослена у Универзитетском клиничком центру Србије, као шеф Канцеларије за маркетинг и пословну сарадњу са фармацеутским и другим компанија.

Проглашена три године узастопно за **“Female Business Leaders”** - Награда која се додељује **најуспешнијим пословним женама на руководећим позицијама у Србији.**

KLJUČNA DOKUMENTACIJSKA INFORMACIJA

Redni broj: RBR	
Identifikacioni broj: IBR	
Tip dokumentacije: TD	Monografska dokumentacija
Tip zapisa: TZ	Tekstualni štampani materijal
Vrsta rada (dipl., mag., dokt.): VR	Doktorska disertacija
Ime i prezime autora: AU	Jelena Bauder
Mentor (titula, ime, prezime, zvanje): MN	Prof. dr Mitar Lutovac – redovni profesor, uža naučna oblast: Inženjerski menadžment, Fakultet za menadžment, Univerzitet Union – Nikola Tesla
Naslov rada: NR	Uloga i značaj menadžmenta i vlasničke strukture u zdravstvenim ustanovama

Jezik publikacije: JP	Srpski
Jezik izvoda: JI	srp. / eng.
Zemlja publikovanja: ZP	Srbija
Uže geografsko područje: UGP	Beograd
Godina: GO	2026
Izdavač: IZ	autorski reprint
Mesto i adresa: MA	Njegoševa 1a, Sremski Karlovci
Fizički opis rada: FO	(10 poglavlja / 154 stranica /4 slike /5 grafikona /65 referenci, priloga 5)
Naučna oblast: NO	Menadžment
Naučna disciplina: ND	Poslovni menadžment
Predmetna odrednica, ključne reči:	menadžment, zdravstvo, vlasnička struktura,

PO	kvalitet, pružanje usluga
UDK	
Čuva se: ČU	ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНУ, Biblioteka
Važna napomena: VN	
Izvod: IZ	<p>Menadžment je posebna disciplina koja proučava načine upravljanja poslovnim aktivnostima, projektima i društvenim sistemima. Predstavlja multidisciplinarnu nauku, jer se menadžment javlja u skoro svim segmentima društva i u skoro svim društvenim sferama. Pod menadžmentom treba podrazumevati planiranje, organizovanje, vođenje kadrovske politike i vršenje kontrole nad radom. Dakle, menadžerski poslovi se vezuju za sva ključna pitanja funkcionisanja i rada jedne ustanove. Fokus ove disertacije se nalazi na izučavanju menadžmenta u zdravstvenim ustanovama u Republici Srbiji. Pored pitanja menadžmenta, izučava se i vlasnička struktura zdravstvenih ustanova. U našoj državi, deluju više vrste zdravstvenih ustanova primarnog, sekundarnog i tercijarnog tipa, a njihova podela se vrši uprave prema vlasničkom kriterijumu. Zdravstvene ustanove mogu biti državne, ako su osnovane i finansirane od strane države, ili privatne,</p>

ukoliko su nastale i finansirane sredstvima privatnog kapitala. U ovoj disertaciji se govori o različitostima i sličnostima u menadžerskoj strukturi zdravstvenih ustanova u državnom i privatnom vlasništvu, vrši se komparacija ovih ustanova, sa namerom utvrđivanja koje ustanove su efikasnije i kvalitetnije u vršenju i pružanju zdravstvenih usluga korisnicima istih. Polazna pretpostavka je da su zdravstvene ustanove u privatnom vlasništvu bolje organizovane i da su korisnici njihovih usluga zadovoljniji od korisnika usluga zdravstvenih ustanova u državnom vlasništvu. Razlog za to treba tražiti u finansijskoj osnovi, načinu finansiranja i motivisanja zaposlenog medicinskog osoblja u državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama. Takođe, finansijski osnov se odnosi i na način opremljanja i nabavljanja medicinske opreme i neophodnih uređaja za pružanje zdravstvenih usluga.

Pitanje na koje odgovor treba da da ova disertacija je koliko vlasnička struktura može uticati na kvalitet menadžmenta u jednoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno, koliko može da utiče na kvalitet pruženih usluga. Na kraju se iznose preporuke i predlozi usmereni ka unapređenju i poboljšanju zdravstvenog sistema u Republici Srbiji, bez obzira na to da li se odnose na ustanove u državnom ili privatnom vlasništvu.

	Ključne reči: menadžment, zdravstvo, vlasnička struktura, kvalitet, pružanje usluga.
Datum prihvatanja teme od strane NN veća: DP	NN veće: 16.12.2025. - 357/2-5-1 Odluka UN: 18.12.2025. - 5305/1
Datum odbrane: DO	
Članovi komisije: (ime i prezime / titula / zvanje / naziv organizacije / status) KO	<p>6. Prof. dr Mitar Lutovac – redovni profesor, uža naučna oblast: Inženjerski menadžment, izabran 01.10.2021. godine, Fakultet za menadžment, Univerzitet Union – Nikola Tesla, mentor;</p> <p>7. Prof. dr Dejan Vukosavljević, vanredni profesor, uža naučna oblast: Ekonomsko-finansijski menadžment, izabran 1.10.2021. godine, Fakultet za menadžment, Univerzitet Union – Nikola Tesla - predsednik komisije</p> <p>8. Prof. dr Aleksandra Pušara, redovni profesor, uža naučna oblast: Ekonomsko-finansijski menadžment, izabran 01.9.2023. godine, Fakultet za menadžment, Univerzitet Union Nikola Tesla</p> <p>9. Doc. dr Sreto Aleksić, docent, uža naučna oblast: Proizvodno – poslovni menadžment, izabran 26.12.2022. godine,</p>

	<p>Fakultet za menadžment, Univerzitet Union Nikola Tesla</p> <p>10. Prof. dr Miljan Adamović, vanredni profesor, uža naučna oblast: Finansije i računovodstvo, izabran 16.1.2026., Farmaceutski fakultet Beograd, Univerzitet Edukons</p>
--	--

University of Union-Nikola Tesla

Faculty of Management

Key word documentation

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Document type: DT	Monograph documentation
Type of record: TR	Textual printed material
Contents code: CC	Doctoral dissertation
Author: AU	Jelena Bauder
Mentor: MN	Prof. Mitar Lutovac, Ph.D. - full professor, narrower scientific field: Engineering Management, Faculty of Management, Union University - Nikola Tesla
Title:	The role and importance of management and

TI	ownership structure in healthcare institutions
Language of text: LT	Serbian
Language of abstract: LA	eng. / srp.
Country of publication: CP	Serbia
Locality of publication: LP	Belgrade
Publication year: PY	in 2026
Publisher: PU	author's reprint
Publication place: PP	Njegoševa 1a, Sremski Karlovci
Physical description: PD	(10 chapters / 154 pages / 4 pictures / 5 charts / 65 references, contribution 5)
Scientific field SF	Management
Scientific discipline SD	Business management

Subject, Key words SKW	management, healthcare, ownership structure, quality, service provision
UC	
Holding data: HD	FACULTY OF MANAGEMENT, Library
Note: N	
Abstract: AB	<p>Abstract</p> <p>Management is a special discipline that studies the methods of managing business activities, projects and social systems. It represents a multidisciplinary science, because management occurs in almost all segments of society and in almost all social spheres. Management should be understood as planning, organizing, conducting personnel policy and exercising control over work. Therefore, managerial tasks are related to all key issues of the functioning and work of an institution. The focus of this dissertation is on the study of management in healthcare institutions in the Republic of Serbia. In addition to management issues, the ownership structure of healthcare institutions is also studied. In our country, there are several types of healthcare institutions of primary, secondary and tertiary types, and their division is carried out by the administration according to the ownership</p>

criterion. Healthcare institutions can be state-owned, if they were established and financed by the state, or private, if they were established and financed by private capital. This dissertation discusses the differences and similarities in the management structure of state-owned and privately-owned health institutions, and compares these institutions with the aim of determining which institutions are more efficient and of higher quality in providing and delivering health services to their users. The starting assumption is that privately-owned health institutions are better organized and that users of their services are more satisfied than users of services in state-owned health institutions. The reason for this should be sought in the financial basis, the method of financing and motivating medical staff employed in state-owned and private health institutions. The financial basis also refers to the method of equipping and purchasing medical equipment and necessary devices for providing health services.

The question that this dissertation should answer is how much the ownership structure can influence the quality of management in a health institution, that is, how much it can influence the quality of services provided. Finally, recommendations and proposals are presented aimed at advancing and improving the health system in the Republic of Serbia, regardless of whether they relate to institutions in state or

	<p>private ownership.</p> <p>Key words: management, healthcare, ownership structure, quality, service provision.</p>
<p>Accepted on Scientific Board on:</p> <p>AS</p>	<p>NN veće: 16.12.2025. - 357/2-5-1</p> <p>Odluka UN: 18.12.2025. - 5305/1</p>
<p>Defended:</p> <p>DE</p>	
<p>Thesis Defend Board:</p> <p>DB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prof. Dr. Mitar Lutovac – full professor, narrower scientific field: Engineering Management, elected on October 1, 2021. year, Faculty of Management, Union University - Nikola Tesla, mentor; 2. Prof. Dr. Dejan Vukosavljević, associate professor, narrower scientific field: Economic and financial management, elected on October 1, 2021. year, Faculty of Management, Union University - Nikola Tesla - chairman of the commission 3. Prof. Dr. Aleksandra Pušara, full professor, narrower scientific field: Economic and financial management, elected on 01.9.2023. year, Faculty of Management, Union Nikola Tesla University 4. Asst. Sreto Aleksić, Ph.D., assistant professor, narrower scientific field:

	<p>Production - business management, elected on 26.12.2022. year, Faculty of Management, Union Nikola Tesla University</p> <p>5. Prof. Miljan Adamović, Ph.D., associate professor, narrower scientific field: Finance and accounting, elected on 16.1.2026, Faculty of Pharmacy, Belgrade, Edukons University</p>
--	--