

Здравствени менаџмент

П. Мићовић¹

Увод

Развој здравственог менаџмента

Здравствени менаџмент, односно менаџмент здравственог система и здравствених установа, мада је био готово све време под „окриљем“ развоја општег менаџмента, није у потпуности пратио нити прихватио све идеје, принципе и теорије које су се развијале током деветнаестог и двадесетог века.

Та разлика, односно карактеристике развоја здравственог менаџмента биле су пре свега последица неких специфичности здравственог система у односу на класичне велике корпорације и комерцијална предузећа.

Међу карактеристикама у развоју здравственог система (по П. Мићовићу, 1996.) најзначајније су:⁵

1. Здравствени систем није имао своју „индустријску револуцију“;
2. Значајна медицинска открића почела су да се дешавају тек крајем 19. и почетком 20. века;
3. Овај систем постао је значајнији подсистем друштвеног система тек после Првог светског рата (20-их година), а нарочито после Другог светског рата (40-их и 50-их година);
4. У почетку свог развоја није био ни компликован ни комплексан;
5. Није био подесан за развој менаџмента због његове претежно друштвене а не комерцијалне делатности;
6. Здравствени систем данас је један од компликованих „подсистема“ који се развијао полако током столећа доприносом људи, веровања, науке, комерцијалних фактора и других социјалних снага, али обично и најчешће без детаљног проучавања или систематског планирања;
7. Здравствени систем мора бити виђен као једна кохерентна целина која се састоји од много

повезаних делова, компонената (секторских и међусекторских), као и саме заједнице – комуне и комбинованим ефектом утиче на здравље популације;

8. Здравствени систем треба да буде креиран тако да сви његови делови раде заједно и да се прилагоде један другом. Ово се може учинити кроз сталну комуникацију и поделу рада;
9. Здравствени информациони систем (ЗИС), а посебно здравствени менаџмент информациони систем (ЗМИС), развио се релативно касно и још се развија;
10. Рад на унапређењу здравља и здравствена заштита људи имају своје специфичности у односу на класичан рад других организација и установа;
11. Процену успешности рада овог система, односно његову ефикасност и ефективност, није једноставно и лако мерити;
12. За успех неких мера и акција у развоју здравственог система (сем неких код којих су резултати видљиви скоро одмах после акције), потребан је дужи период временски период.

Све побројане карактеристике здравственог система указују да управљање и руковођење њиме, поред прихватања *општих принципа менаџмента*, захтева и посебан „*људски/хумани приступ*, разумевање *људског понашања, хуманост и одрицање у раду са људима*, посебно кад су болесни, али и читав низ *планерских и руководећих вештина* које су неопходне за његово успешно функционисање

Данас, када је тај систем доста развијен, нарочито у развијеном делу света, када је неопходан друштву за његов социјално-економски, али и здравствени развој, када је постао систем који „троши“ добар део укупног националног дохотка, када је све сложенији и комплекснији и када у њему ради велики број високостручних кадрова, управљање и руко-

¹ Проф. др Предраг Мићовић.

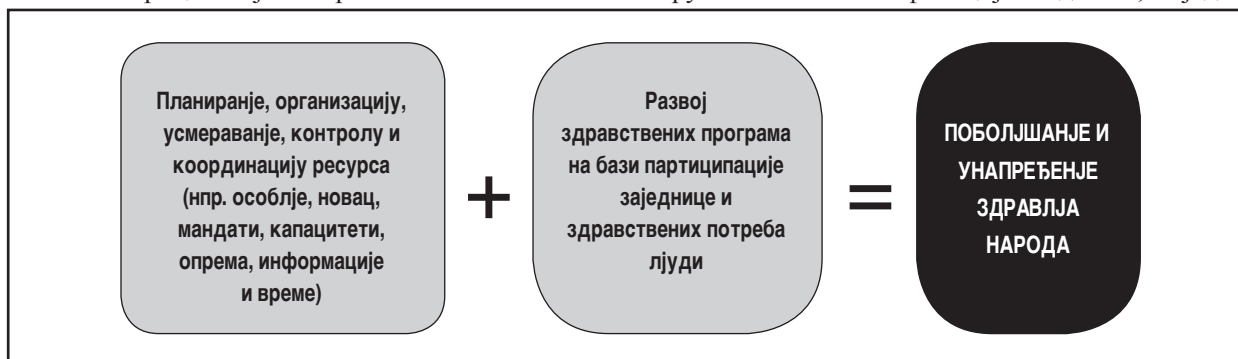
вођење њиме се не може и не сме оставити, односно спроводити, без јасног концепта развоја, одговарајућих принципа и доброг менаџмента.

У неким развијеним земљама здравствени систем се све више третира као здравствена индустрија, пре свега имајући на уму неке његове сличности са индустријом (велики комплекс зграда, концентрација кадрова, опреме итд). У таквим условима менаџмент здравственог система, односно здравствених установа, све више поприма и примењује принципе и ставове менаџмента. У таквим системима, главни менаџери здравствених установа најчешће нису лекари, нити здравствени радници, сем уколико нису едуковани за ту манему.

За праћење развоја здравственог менаџмента потребно је, поред праћења развоја општег менаџмента (мисли, теорија, принципа, школа), који је индиректно или директно утицао на његов развој, пратити све оно што је утицало на развој здравственог система, као што су: схватање здравља, схватање и развој здравствене заштите, развој здравствене технологије, место и улога здравствених радника и сарадника у доношењу одлука итд.

Да би праћење развоја здравственог менаџмента било што адекватније, корисно је поћи од његове дефиниције, циљева, функције и свега оног што га чини значајним за здравствени систем.

Здравствени менаџмент се може дефинисати као процес који покрива:



У овом контексту, *здравствено руковођење, администрација* у основи је систем административних правила, функција и задатака које

спроводе појединци, на различитим нивоима администрације у циљу побољшања здравља народа.

Ако се пође од поменуте дефиниције здравственог система, ако се узму у обзир побројани предуслови за његово праћење, као и карактеристике и специфичности здравственог развоја и здравственог система, онда се може рећи да је здравствени менаџмент у свом развоју прошао кроз многобројне фазе.

Претече планирања и здравственог менаџмента (од 17. до 19. века)

Иако постоје индиције да су чак стари народи почели да размишљају како да мере здравље својих популација (Хипократов опис 460. године пре нове ере о „дешавању оболевања у популацији“ тј. о природи, времену и месту дешавања промена), вероватно је John Grount био први човек који је, иако није био лекар, дошао на идеју да помоћу извесних показатеља (најчешће морталитета) процењује здравствену ситуацију и покуша да реши проблем „нумеричког представљања здравственог стања становништва“.

Енглески лекар *William Farr*, који се сматра првим здравственим статистичарем, почео је 1839. године да се бави проучавањем морталитета у Енглеској и Велсу и да публикује анализе те појаве. На бази његовог прикупљања, груписања и класификације података, заједно

са *Marc D'Espine*-ом поставио је принципе класификације узрока смрти и болести 1855. године.

Планирање здравствене заштите

Као зачеци здравственог планирања претежно на бази морталитета могу се сматрати покушаји појединих земаља почетком 20. века да предложе планове здравствене заштите који ће им омогућити да спроводе предложене активности плански и да их евентуално прате.

У бившем Совјетском Савезу се већ 20-их година почело се са планирањем и програмирањем здравствене заштите и здравствене службе. Тај тзв. „Гос план“ био је типичан централизован план, који је припреман од страна Министарства за здравље и његових органа и примењиван у целој земљи. Он је, поред осталог, укључивао листу индикатора (најшира листа имала је чак 300 индикатора) и служио је за праћење његовог извршења, али и за контролу и предузимање неопходних мера.⁸

Индикатори и процена здравственог стања

Индикатори и процена здравственог стања добијају све већи значај. Средином 30-их година почиње озбиљнији рад на идентификовању здравствених индикатора и њиховој употреби за процену здравственог стања (Лига народа).

Ове процене служиле су за анализу нађене ситуације, али и за предузимање неопходних мера за решавање уочених проблема и слабости.

Рад на даљем развоју здравствених индикатора и процени здравственог стања добио је посебан замањ после Другог светског рата, 50-их година, када су поред великог броја аутора истраживача велики допринос дале УН и СЗО преко својих група и комитета.

Здравствено планирање као део функције здравствене администрације (1960–1970)

У овом периоду скоро све развијене здравствене администрације припремају планове и

програме. У нашем систему велики допринос у том периоду дали су В. Ђукановић и Ђ. Јаковљевић.⁹

Све више се осећа потреба за бољом проценом здравственог стања, изградом планова, њиховим применама, бољом организацијом здравствене службе и контролом предузетих акција, те се овај период (1965–1970) може сматрати зачетком здравственог менаџмента.

Примена систематског прилаза у планирању и менаџменту (1970–1980)

Овај период је карактеристичан по примени системског прилаза у планирању и менаџменту, са све већим нагласком потребе посматрања целог здравственог система (укључујући његове нивое и делове) и управљања и руковођења њима.

Међу техникама које се све више употребљавају јесу и компјутери и разна компјутерска моделирања, симулације и анализе пројекта система (PSA).

Велики допринос у оваквом прилазу и употреби поменутих метода дала је група наших стручњака у пројекту „Регионална организација здравствене заштите у Србији“.¹⁰

Овај се период карактерише такође озбиљним и студиозним планирањем и програмирањем здравственог сектора (СНР) и почетком иницирања МРNНD (1975–1980). Долази до све већег утицаја и примене специјализованог планирања програма и њиховог руковођења (меенаџмент, контрола, еволуација итд). И у овом периоду здравствени планови Србије дали су свој допринос овом приступу, припремањем петогодишњих планова и програма здравствене заштите у Србији (на пример, план и програм 1975–1980).

Менаџментски процес за национални здравствени развој – МРNНD (1980–1985)¹¹

Овај процес, који је био изузетно пропагиран од стране СЗО 80-их година, јесте један

континуирани процес систематског планирања и програмирања који се спроводи у сарадњи са другим секторима значајним за здравље. Процес руковођења (менаџмент) националног здравственог развоја укључује:

1. формулацију политике и дефинисање приоритета,
2. широко програмирање, са јасно одређеним специфичним и непосредним циљевима,
3. буџетирање програма,
4. припрему планова акције,
5. израду детаљних програма за сваки програм и план акције,
6. примену програма и њихово спровођење кроз здравствену инфраструктуру,
7. припрему ревидираних програма, уколико је потребна (репрограмирање),
8. обезбеђење потребних информација за све фазе процеса.

Кад год је то практично могуће, било би пожељно да се овај национални процес развоја децентрализује путем преноса ауторитета и средстава на средњи и локални ниво и израде планови акција за те нивое.¹²

Смањење значаја здравственог планирања и јачање здравственог менаџмента (1985–1990)

Због доста компликоване процедуре МРNHD, нарочито детаљног планирања и програмирања и потребе јачања самог здравственог система (планирање, организација, контрола, евалуација итд), у овом периоду долази до смањења значаја планирања здравственог система, сем за ниво среза.

Све већи значај у управљању и руковођењу системом, здравственом службом, здравственим установама итд., даје се мониторингу и евалуацији програма и прогреса, према достигнућима циљева стратегије “Здравље за све до 2000. године”.¹³

Јачање примене управљања и руковођења (од 1990. до данас)

Имајући на уму да здравствени систем постаје већи, сложенији и комплекснији, све више „кошта“ и не сматра се више „слабим/секундарним“ подсистемом укупног друштвено-економског система, осећа се потреба да се њиме што боље и ефикасније управља и руководи.

У последњих неколико година, због транзиције читавог друштвеног система, укључујући и здравствени систем са неопходним реформама овог система, здравствени менаџмент постаје не само потреба већ и неопходност.

Укратко, овај период развоја могао би да се сумира на следећи начин:

- неопходност едукације руководећег здравственог кадра,
- даље јачање примене евалуационих метода,
- све већа потреба решавања проблема на нивоу среза, на периферији система, односно примарној здравственој заштити,
- усредсређивање менаџерске пажње и фокус на једнакост за здравље и здравствену заштиту,
- бољи подаци о здрављу и здравственој заштити,
- све већа одговарајућа примена иновационих метода и прилаза: трендови, предвиђања, динамичко моделирање, истраживање здравља у будућности итд,
- одговарајућа примена менаџмента као:
 - помоћ,
 - потпора,
 - интервенција,
 - при одлучивању,
 - - за праћење и контролу реализације планова и програма,
 - - за добијање ефективнијих резултата итд.

Ради лакше оријентације у наредној табели дат је историјски развој планирања и менаџмента.

Планирање и менаџмент у здравственом систему и здравственој заштити (Историјски развој)

Периоди/фазе развоја	Карактеристике планирања и менаџмента
XVII век (1662)	Праћење и анализа Мт (John Grant).
XIX век (1839)	Почетак рада на МКБ (William Far).
Почетак XX века (пре I светског рата)	Први зачеци здравственог планирања на бази Мт.
После I светског рата (20-те године)	Централизован приступ здравственом планирању (СССР).
Пре II светског рата (30-те године)	Идентификовање индикатора за здравствено планирање (League of Nations i Stouman i Falk).
Пре 1965.	Здравствено планирање као рутинска функција здравствене администрације.
1965-1970.	Развој специфичних концепата и метода планирања (као PAHO-CENDES и национално здравствено планирање NHP).
1970-1975.	Примена систематског прилаза, почетно истраживање компјутерског моделирања и почетак планирања и менаџмента здравственог пројекта (истраживање у епидемиологији и науци комуникације - RECS и Системска анализа пројекта - PSA).
1975-1980.	Почетак програмирања здравственог сектора - национално здравствено програмирање (СНР) и иницирање менаџерског процеса за национални здравствени развој (MPNHD).
1980-1985.	Менаџерски процес за национални здравствени развој, као подршка здрављу за све, путем примарне здравствене заштите и специјализовано планирање програма (на пример у имунизацији - EPI и болести дијареје - CDD).
1985-1990.	Смањење значаја здравственог планирања (сем за ниво среза). Нагласак на мониторинг и евалуацију примене програма и прогреса према достигнућу здравља за све.
1990-1995.	Јачање методе евалуације; мала пажња здравственом планирању, сем у вези здравља будућности, методологија размишљања о дугорочној - даљој будућности.
<ul style="list-style-type: none"> • од 1995. до данас • Извесна подршка стратешком здравственом планирању, • Даље јачање примене евалуационих метода, • Прилаз решавању проблема на нивоу среза, • Менаџерска пажња и фокус на једнакост за здравље и здравствену заштиту, • Јачање ЗИС - бољи подаци о здрављу и здравственој служби, • Иновационе методе и прилази (трендови, предвиђања, динамичко моделирање, здравље будућности - истраживање), • Примена менаџмента као помоћ - потпора, интервенција, у одлучивању, добијању ефективнијих резултата итд. 	Мала примена здравственог планирања (сем кооперација),

Здравствени менаџмент и стратегија „Здравље за све до 2000. године“

После усвајања стратегије “Здравље за све до 2000. године”, 1981. године, путем примар-

не здравствене заштите, и њеном применом током осамдесетих и деведесетих година, укључивање заједнице и људи у менаџментски процес постало је неопходност и правило за све.

Постизање циљева “Здравља за све до 2000. године“, општих, специфичних и непосредних, путем бољег здравственог менаџмента, није само процес или техника већ више од тога.

Ова стратегија је омогућила, како на глобалном и регионалном нивоу, тако и на националном нивоу, чак и испод њега, да се коришћењем менаџментског процеса за национални здравствени развој унапреде: формулација здравствене политике, планирање и анализа здравствене ситуације, идентификација проблема и приоритета, анализа ограничења и предложе стратегије, циљеви програма и активности које треба спровести ради реализације постављених специфичних и непосредних циљева.

Она је такође омогућила да се унапреди здравствени информациони систем, примена, контрола и евалуација програма, рада установа итд., као и да се предложе неопходне мере/корекције за репрограмирање.

Све ове, добрим делом, планерско-менаџерске активности, на свим нивоима (глобалном, регионалном, националном и субнационалном), довеле су до унапређења рада и

функционисања здравственог система, побољшања здравствене заштите и консеквентно и најважније – до побољшања здравственог стања становништва.

Стратегија „Здравље за све до 2000. године“ Светске здравствене организације је мисао водила, мотивација људи, здравственог и других сектора, њихова жеља да све што се ради на унапређењу здравља ради за људе, ка људима, са људима, кроз људе, од стране људи, а све са циљем побољшања њиховог здравственог стања. Побољшање здравља становништва води ка здравственом развоју и општем развоју, што је и општи циљ заједница (држава) и целог света.

У томе и јесте вредност и значај здравственог менаџмента и његова посебна карактеристика. То и јесте оно што га разликује од општег менаџмента.

Из тих разлога, здравствени менаџмент је једна посебна врста менаџмента која, због све већег значаја, тражи даља истраживања и начине спровођења који би позитивно утицали на његов даљи развој на бази стратегије “Здравље за све до 2000. године”.

Литература

1. Milija Zečević: Menadžment, Fakultet za internacionalni menadžment, Beograd, 1994.
2. James Stoner, Charles Wankel: Management, 3rd Edition, PHI, USA, 1986.
3. Lillian M. Gilberth, The Psychology of Management, New York: Walton, 1914.
4. Mary P. Follett: The New State (Gloucester, Mass: Peter Smith, 1918).
5. P. Mićović: Lični materijali, 1996.
6. Report of consultation on the Interacional programme for Training in Health Management, Geneva, WHO Doc. HMO/MSD/77.10, Octyober 1977.
7. John Grount, Natural and Political Observations Made Upon the Bills of Mortality, London 1662.
8. G. A. Popov: Principi zdravstvenog planiranja u SSSR-u, PHP No 43, Geneva, WHO, 1971.
9. V. Đukanović i Đ. Jakovljević: Elementi za procenu zdravstvenog stanja stanovništva i metodologija planiranja, Narodno zdravlje, Beograd 1963.
10. P. Mićović, V. Tomić. Ž. Đorđević, D. Mladenovski i drugi: Regional Organization of Health Services and Health Insurance in Serbia, Beograd, 1973.
11. WHO 1981, Guiding Principales for MPNHD in Suport of Strategies for HFA by the Year 2000, Document, MPNHD/81.1.
12. Glossary of Terms Used in the HFA Series, No 1-8 WHO, Geneva 1984.
13. Stephen A. Sapirie, WHO and Health Planning - Past, the Present and the Future, World Health Forum, Vol. 19, Geneva 1996.
14. Global Strategy for Health for All by the Year 2000, WHO Geneva 1981.
15. S. George, Jr.: The History of Management Throught, 2nd ed. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall 1972.
16. Daniel A. Wren, The Evolution of Nenagement Thought, 2nd ed. New York: Wiley 1979.