

ПЛАНИРАЊЕ И РАКОВОДЕЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ

ВОВЕД

Здравството е систем со многу големи трошоци, бидејќи се состои од бројни услуги зад кои стои разновиден стручен и помошен персонал; тоа е меѓу најголемите вработувачи на работоспособно население во секоја земја. Сè почесто услугите ги обезбедуваат организирани групи здравствени работници кои во актуелните економски услови се обидуваат што поефикасно да ги користат расположивите средства. Начинот на функционирање на организациите е од големо значење за нивниот економски опстанок, но и од неизмерна важност за добросостојбата на пациентите и на здравствените работници.

Организација претставува две или повеќе лица кои работат заедно кон постигнување заедничка цел. Раководење претставува дефинирање на цели и ефикасно искористување на организацијата за постигнување на тие цели. Дури и најмалите организациски единици не можат да опстанат без менаџмент. Раководењето со кадровскиот потенцијал е од витално значење за успехот на една организација, со производна или услужна дејност. Здравствените системи се организирани од единечна структура до мрежа на повеќе организации. Без оглед како се финансираат или работат, сите организации имаат потреба од раководство.

Менаџментот во здравството треба да ги црпи своите искуства пред сè од менаџментот во другите индустрии. Дури и ако здравствената установа е непрофитна организација, на неа може да се применат теоријата и практиката на менаџментот на профитните дејности. Постои голема веројатност дека лекарите, медицинските сестри и другиот медицински кадар ќе бидат на некој начин вклучени во раководењето со здравствениот систем - во болнички оддел, систем за контролирана грижа, клиника, па дури и мал тим на здравствени работници. На кое било ниво, менаџментот подразбира работа со луѓе, користење средства, обезбедување услуги и работа кон одредени цели.

На здравствените работници им е потребна обука во теоријата и практиката на менаџментот; потребна им е менаџмент ориентација, со цел подобро да ги разберат пошироките импликации на клиничките одлуки и нивната улога вомагањето на здравствениот систем да ги постигне своите задачи и цели. Студентите и јавно-здравствените работници треба да бидат подготвени, со цел да можат да осознаат дека здравствениот систем е покомплексна структура од едноставно директно обезбедување индивидуални услуги. На сличен начин и раководството треба да биде запознаено со здравствените потреби на населението и поединецот, како и со други прашања од областа на здравствената заштита.

ЗДРАВСТВЕНАТА ПОЛИТИКА И ЗДРАВСТВЕНОТО ПЛАНИРАЊЕ КАКО КОНТЕКСТ

Здравството еволуира од индивидуални услуги (“еден-на-еден”) до комплексни системи, организирани најчесто во рамките на владини финансиски аранжмани. Како владин приоритет, здравството може да биде под влијание на политичката идеологија или да ги одразува општествените ставови на позицијата, кои секогаш не се во согласност со општата социјална политика. По воведувањето на националното здравствено осигурување за работниците и членовите на нивните семејства, на иницијатива на Бизмарк во 1881 година, чии трошоци ги сносат и работниците и работодавците, повеќето индустријализирани земји воведуваат национални здравствени планови. Во најголем број случаи ова е направено на иницијатива на социјалистите или либералите, но конзервативците ги задржуваат здравствените планови онаму каде што се воведени од претходната власт. Новиот конзервативизам на 90-тите години од 20-от век, со својата еминентна идеологија на наметнување позначајна улога на националните, регионалните и локалните власти во здравството, доведува до доминантно влијание на владата во финансирањето и целосната надлежност за здравствената заштита.

Здравствената политика се креира со цел да се постигнат националните, државните, локалните или институционалните потреби. Овие потреби се професионално и политички детерминирани во уставни, правни и финансиски рамки. Изборот на правецот во кој ќе се организираат здравствените услуги зависи од голем број фактори, меѓу кои секако и политичкиот став на владата, јавното мислење и рационалната процена на потребите, кои се дефинираат врз основа епидемиолошки податоци, анализа на исплатливост и препораки од стручни лица. Лобирањето и застапувањето на професионални или политички групи за одредени цели е дел од процесот на формулација на политиката и има важна улога во планирањето и раководењето со здравствените системи.

Секогаш постојат конкурентни интереси за однапред ограничени средства - некои во рамките, а други надвор од здравствената сфера. Политиката е вклучена во здравственото раководење во делот на одредување на вкупното процентно учество на здравството во владиниот буџет, како и во распределбата на средствата за конкурентните приоритети во здравствениот сектор. Со други зборови, здравствената политика е делумно одредена и од општествените услови и во ниту еден случај не претставува привилегија на владата, здравствените работници или поединечните институции.

Како резултат на долгата борба на униите и политичките или застапничките групи, во повеќето земји со добро развиена пазарна економија здравството е прифатено како национална обврска и неопходност за добро организирано општество, што доведува и до воведување системи на универзална здравствена заштита. Во основа, ваквите системи имаат на располагање големи финансиски средства, а воедно и релативно високи примања на здравствените работници. Во овие земји, здравствените трошоци претставуваат 7 до 14% од БНП. Во некои индустријализирани земји, особено оние во поранешниот советски блок, недостасуваат застапничките механизми, меѓу кои и потрошувачкото и професионалното мислење; во овие земји на здравството се гледа како на политичка цел за општествени придобивки, но и како на “непроизводна” гранка, наместо како на производител на нов капитал. Како резултат на ова, распределбата на буџетски средства и вкупните здравствени трошоци, како процент од БНП се пониски од другите индустријализирани земји. Личните доходи на здравствените работници се пониски одошто на индустриските работници во “производствениот сектор”. Исто така, индустрискиот сектор не го поттикнуваше воведувањето современи здравствени техники, како што беше случајот со воената и тешката индустрија. Повеќето од овие земји, за здравствениот сектор одвојуваат меѓу 3 и 5% од БНП; најголемиот број земји во развој одвојуваат помалку од 4% од БНП за здравството.

Во финансирањето на здравствената заштита и распределбата на средства потребно е воспоставување рамнотежа меѓу примарната, секундарната и терциерната заштита. Економската процена, следење и евалуација се дел од процесот на одредување на здравствените потреби на населението. Регулаторните органи се надлежни за дефинирање на приоритетите, целите и задачите на крајните услуги. Целите и методите за нивно постигнување лежат во основата на изведбените и евалуациските стратегии. Доброто планирање подразбира напишани планови, кои вклучуваат опис на визијата, цели на мисијата, стратегии, методи и координација во текот на имплементацијата на проектот. Распределбата и евалуацијата на одговорностите, средствата, учесниците и партнерите во целиот механизам се дел од континуираниот процес на раководење.

Опасноста од одење во “погрешна” насока може да биде погубна, не само во финансиски поглед, туку и во однос на прекумерен морбидитет

и морталитет. Здравствената политика, како и медицината, најчесто е непрецизна наука. Разликата е во тоа што водењето погрешна политика ги доведува во опасност животите и добросостојбата на голем број луѓе, наспроти индивидуалните штети што може да се случат поради грешка на еден лекар. Темата е обременета со голем број контроверзности и најверојатно не постои “вистински” одговор. Здравствената политика е повеќе “уметност”, одошто квантитативна и прецизна гранка на здравствената економија.

Здравствената политика, планирање и менаџмент се меѓусебно поврзани и зависни еден од друг. Секоја поставена цел бара планирање како таа ќе се постигне. Политиката ги дефинира вредностите на кои таа цел е заснована и ги одредува изворите на финансирање, планирање и раководење за нејзина изведба. Анализата на трошоци и придобивки од алтернативни форми на здравствена заштита е значаен фактор во донесувањето одлуки за структурата и содржината на здравствените услуги; меѓу нив, секако, внатрешната структура на една организација и меѓусекторската соработка со други организации. Одбраните методи за постигнување на целта стануваат дел од применетата здравствена политика.

Стратегијата на Светската здравствена организација, *Здравје за сите* е насочена директно кон политичкото ниво и има за цел да ја зголеми владината свест дека здравјето е клучна компонента на целокупниот развој. Во рамките на здравството, примарната заштита се потенцира како најефикасна инвестиција во подобрување на здравствената состојба на населението. Во 1993 година, *Извештајот за светскиот развој* на Светската банка ја усвојува стратегијата *Здравје за сите* и го промовира сфаќањето дека здравјето е важен инвестициски сектор за општиот економски и општествен развој. Сепак, економските стратегии кои ја промовираат приватизацијата и дерегулацијата во здравството, може да застанат на патот на оваа поширока цел.

Во Новото јавно здравство, клиничката и превентивната заштита се дел од јавното здравство, поради фактот што за добросостојба на поединецот и заедницата потребни се координирани напори на сите елементи на здравствениот сектор. Дефинирањето и постигнувањето на националните здравствени цели бара планирање, раководење и координација на сите нивоа.

ЕЛЕМЕНТИ НА ОРГАНИЗАЦИЈАТА

Проучувањето на организациите се јавува како дел од социологијата, но постепено станува мултидисциплинарна активност која вклучува многу други области, како што се економија, антропологија, политички науки и инженерство. Организациите, било да се во јавниот или приватниот сектор, постојат во рамките на надворешната околина, а корис-

тат сопствена структура, кадар и технологија за постигнување на своите цели. Тие мора да се приспособуваат кон животната, општествената, културолошката и економската средина.

Организациите кои учествуваат во здравствената заштита ги поврзуваат здравствените работници и потрошувачите, со единствена цел - подобро здравје за поединецот и заедницата. Технологијата на овој процес подразбира легислатива, регулатива, професионализам, инструментариум, лекови, вакцини, образование и други форми на превентивни и куративни интервенции. Општествената структура на организацијата може да биде “формална” (или структурирана стабилност), “природна” (или групирање според заеднички интереси) или “отворена” (или неформално поврзани, интерактивни системи кои користат материјали, енергија и информации и се приспособуваат за постигнување на целите).

Формалните системи се изградени за целите на постоењето на организацијата. Природните системи се помалку формални структури, каде учесниците заедно работат и придонесуваат кон постигнувањето на целта на организацијата. Отворените системи само делумно поседуваат елементи на организација и функционираат како коалиции на партнери во надворешна средина со заеднички посакувани цели. Социјалната структура на организацијата подразбира вредности и норми кои го запазуваат однесувањето на учесниците.

Со цел да можат да функционираат, на владините, комерцијалните и услужните организации, меѓу кои и здравствените системи, им е потребна организациска структура. Организациската структура треба да биде во согласност со големината, комплексноста и целите на формацијата. Организациската поставеност, всушност, претставува начин на кој организацијата го распределува својот кадар на различни задачи и го координира. Главните организациски модели, кои меѓусебно не се исклучуваат - напротив, може да бидат комплементарни - се пирамидалната (бирокаратска) и мрежната структура. Бирокаратскиот модел се заснова на хиерархиски синџир со јасно дефинирани улоги. Спротивно на тоа, матриксните или мрежни организации ги соединуваат стручниот и техничкиот кадар во работата на специфични програми, проекти или задачи.

НАУЧЕН МЕНАЏМЕНТ

Некои од класичните теориски концепти за организација служат во поставувањето основи на современиот менаџмент, применет во здравствениот сектор. Научниот менаџмент е творба на Фредерик Винслоу Тејлор (Frederick Winslow Taylor) (1856-1915).

Неговото дело е прагматично и се темели на емпириски инженеринг, кој се развива од набљудувачките студии, работени со цел за зголему-

вање на ефикасноста на работниците. Тејлоровите истражувања на индустриското инженерство или *Научен менаџмент* се засновани на концептот дека најдобар начин за подобрување на продуктивноста на работниците е креирањето подобрени техники или методи, што работниците ќе ги користат. Според оваа теорија, работниците се инструмент со кој менаџерите можат да манипулираат и дека ефикасните, рационално планирани методи ќе дадат подобри индустриски резултати и индустриски мир, бидејќи задачите на работникот и раководителот ќе бидат подобро дефинирани.

Во потрага по поефикасни методи, студиите за времето и движењата ги анализираа работните задачи. Максималната продуктивност може да се постигне со мотивација на работникот, која се поврзува со плаќање по единица извршена работа и економска задоволеност. Тејлор се обидува да ја подобри продуктивната ефикасност на секој работник и да го направи менаџментот научно ориентиран, со цел да ја зголеми заработувачката и на работодавците и на работниците. Тој доаѓа до сознание дека работникот е поефикасен и попродуктивен доколку е ориентиран кон целта, а не кон задачата. Овој пристап доминира во организациската теорија во првите децении на 20-от век.

Кон Тејлоровите идеи отпор покажуваат и менаџментот и работниците, првите поради фактот што овие идеи премногу се вмешуваат во нивните менаџерски приоритети, а вторите од причина што оваа теорија од работникот бара постојано работење со максимална ефикасност. Сепак, Тејлоровото дело имаше долгорочно влијание врз теоријата за работата и организациите.

БИРОКРАТСКИ ПИРАМИДАЛНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Традиционалната пирамидална организација, која се јавува уште од почетоките на човековото општество, е предмет на анализа на социологот Макс Вебер (Max Weber), во периодот 1904 до 1924 година. Класичен пример на оваа организациска форма се воените и цивилните служби, но исто така и големите индустрии, каде дисциплината, послушноста и лојалноста кон организацијата се неопходни, а индивидуалноста - минимизирана. Водството го презема највисоката власт, за која се смета дека има поголемо знаење од пониските рангови во структурата. Оваа организациска структура е ефикасна кога внатрешната и надворешната средина, а технологијата и функциите се релативно добро дефинирани, рутински и стабилни.

Во врвот на пирамидалниот систем (слика 12.1) се наоѓаат стратешки и извршни функции, во средината - раководен и помошен кадар, а во основата - луѓето во производниот процес. Дотекот на информации е главно во врвот на пирамидата, каде се донесуваат одлуки за деталните

работни задачи на сите нивоа. Проширувањето на информациските системи заради ширење на важните информации до средниот менаџмент или работниците во производниот процес, најчесто се обесхрабрува поради опасноста од децентрализирано, наместо централизирано раководење. Дури и овие типови на организации ги поттикнуваат лојалноста на мала група, иницијативноста на раководството и потпирањето на сопствените квалитети.



СЛИКА 12.1 Пирамидална структура на организација

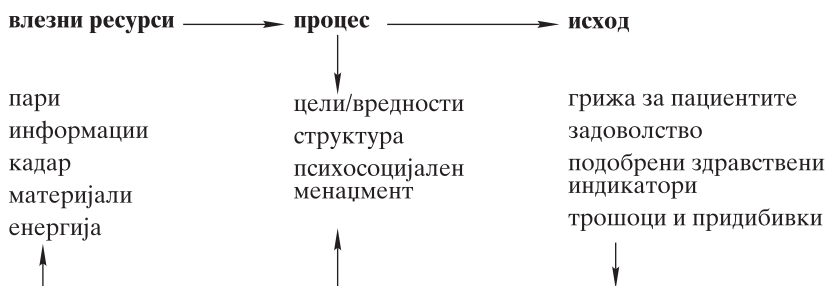
Бирократската организација ги има следните карактеристики:

1. Фиксна поделба на работната сила, со јасно дефинирана надлежност и задачи кои се предмет на промена од страна на врвот;
2. Хиерархија на оддели, каде пониските оддели се под надзор на повисоките од нив;
3. Документирана и стабилна група правила, според кои се донесуваат сите одлуки и се одредуваат сите активности;
4. Имотот и правата припаѓаат на одделот, а не на оној кој во моментот раководи со истите;
5. Раководниот кадар се избира врз основа на неговите способности, а личниот доход и бенефициите се одредуваат според техничките квалификации;
6. Вработувањето се смета за постојан статус, по одреден пробен период.

Бирократскиот систем заснован на формална рационалност, структура и дисциплина, е широко применуван модел во производните, услужните и владините организации.

ОРГАНИЗАЦИИТЕ КАКО ЕНЕРГЕТСКИ СИСТЕМИ

Здравствените системи, како и други организации, се динамични и бараат постојано раководење, приспособување и контрола на системот. Континуираното следење, фидбек, евалуација и менливост овозможуваат задоволување на потребите на поединецот и заедницата. Моделот влез-процес-излез (слика 12.2) зависи од системите на фидбек (повратна информација), со што ќе се олеснат административните и образовните промени потребни за постојано движење кон поставените цели. Овие системи ги процесираат влезните параметри за да добијат излезни параметри (резултат). Влезни параметри се: финансии, кадар, информации и потрошен материјал. Процес претставува збир на сите активности преземени за остварување на поставените цели. Излезни параметри или исход, се производот, маркетингот за него и профитот од него. Кај услужните дејности како што е здравството, излезните параметри или резултати може да се измерат преку морбидитет или морталитет, подобрена здравствена состојба или број на успешно излекувани или задоволни пациенти. Менаџментот обезбедува средства и го организира процесот со кој се надева дека ќе ги постигне поставените цели.



СЛИКА 12.2 Организациите како енергетски системи

За имплементација на одредена програма, односно за ефикасно функционирање на процесот, потребен е системски фидбек. Со поставени цели и дефинирана стратегија, средствата, било да се нови или веќе постоечки, се ставаат во функција на новата програма. Тогаш, раководството има задача да најде најефикасен начин за нивно користење кон постигнување на поставените цели. Добиените резултати, или “излезни параметри” се евалуираат, а евалуацијата служи како повратна информација до фазите “влезни параметри” и “процес”.

Здравствените системи имаат многу потсистеми, секој со организациска структура, раководство, цели, задачи и внатрешни информациски системи. Потсистемите имаат потреба од меѓусебна комуникација и од комуникација со макросистемот (здравствениот систем). Принципот на водство има централна улога во овој процес. Хирургот е водач на тимот

во операционата сала, но тој/таа зависи од поддршката и мислењето и на другите важни членови на тимот - анестезиолог, инструментар и друг помошен персонал, како патолог, радиолог и директор на лабораториската служба, кои исто така водат сопствени тимови. Директорот на болницата не може да ја врши својата работа, ако не постои високо децентрализирана распределба на одговорноста и креативен тимски пристап кон квалитетниот развој на установата.

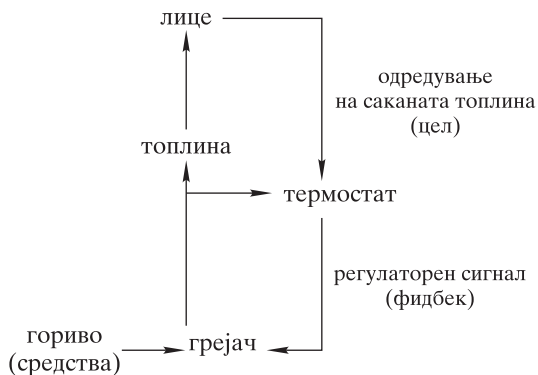
Раководењето со здравствените системи подразбира анализа на политиката, буџетот и донесувањето одлуки за услугите, како и нивното извршување, регулативи, надзор, снабденост, одржување, етички стандарди и легислатива. Формулацијата на политиката вклучува донесување одредени одлуки, во насока на постигнување на однапред дефинирани здравствени цели.

Кибернетика и менаџмент

Кибернетиката, чии основи ги поставува Норберт Винер (Norbert Wiener), зборува за организации или системи кои во своето функционирање зависат еден од друг и ваквата зависност бара флексибилност во нивната комуникација. Кибернетиката добива широка примена во инженерството во раните 50-ти години од 20-от век, а фидбек механизмите стануваат дел од стандардната практика на сите современи раководни системи. Нејзините подоцнежни трансформации се јавуваат во оперативните услужни системи, како информација за менаџментот. Овој концепт постепено започнува да навлегува во сферата на здравствената заштита; кон ова придонесува и брзиот напредок на компјутерската технологија, која овозможува пристап до интернет и огромни количества податоци. Во механистичките системи, однесувањето е дефинирано и ограничено; во органските системи постои поголема интеракција меѓу составните делови на системот. Примерот прикажан на слика 12.3 ја илустрира работата на термостатот за контрола на температурата и работата на грејачот, зависно од условите во собата. Ова претставува еден вид фидбек систем (систем на повратна информација).

Кибернетиката отвара нови хоризонти во употребата на здравствената информација во процесот на раководење со работата на здравствениот систем. Базата на податоци за секој регионален здравствен систем ќе овозможи анализа на актуелните епидемиолошки трендови и релевантна споредба со соседните региони, односно со националните, регионалните или локалните трендови.

Податоците од бројни здравствени индикатори во споредлива форма треба да се обработуваат на национално или државно ниво. Исто така, податоците треба да се подготват и презентираат он-лајн на локалните власти, во форма на актуелни здравствени профили. Со други зборови, податоците треба да може лесно да се сублимираат и прегрупираат за потребите на менаџментот и да може да се употребат за генерирање остварливи цели и мерење на направениот прогрес кон нивното



СЛИКА 12.3 Организација со кибернетска фидбек контрола

постигнување. Географскиот информациски систем може да покаже висока застапеност на некоја болест во одреден регион, како резултат на фактори на ризик на локалното население, што може да биде индикатор и основа за интервенирање со специјална програма.

Во областа на здравството, развојот на системи за известување за специфични болести или категории е оневозможен поради непостоењето интегрирачки системи и систем на известување по географски области. Новите технологии и интернет треба да се употребуваат за обработка на податоците во реално време и за креирање бази на податоци разбирливи за корисникот. Ова ќе им овозможи на локалните власти и здравствените работници да одговорат на актуелните здравствени проблеми во нивната заедница.

ЦЕЛНО-ОРИЕНТИРАН МЕНАЏМЕНТ

Располагањето со ресурсите за постигнување подобра продуктивност и мерлив успех во работата е придружено со воведување кадровска систематизација за изнаоѓање решенија на проблемите или воведување иновации за постигнување на дефинираните цели.

Операциско истражување

Операциското истражување е концепт кој го развиваат британските научници и воениот персонал во потрагата по решенија за специфични воени проблеми во текот на Првата и Втората светска војна. Пристапот се темели на формирање мултидисциплинарни тимови на научници и воен персонал. Формирањето на Комитетот за анти-подморничка детекција - за подводна детекција на подморници во текот на Првата светска војна - е пионерска активност на ваквиот вид истражување. Приказната на комитетот за камила која е коњ е интересна, но таквата

организација всушност функционира. Пример за ова е познатиот проект Менхетн, во кој Соединетите Држави направија моќен и успешен тим за производство на атомската бомба.

Тимски или целно-ориентираната работа дава драматични ефекти во решавањето проблеми под силен притисок на воените потреби, а исто така влијае на повоените пристапи кон развојните потреби на применетата наука во областите на астронаутиката и компјутерската индустрија. Компјутерската хардверска и софтверска индустрија се карактеризираат со иновации на индивидуални групи со висока компетенција, динамичност и посветеност за изнаоѓање проблемски решенија. Ова е начинот на кој хакерите на Мекинтош и Микрософт ги “победија” хакерите на ИБМ и успеаја во промовирањето на персоналниот компјутер. Слични групи го развија и концептот на Интернет, како и најголемиот дел од производите на калифорниската Силиконска долина и нејзините имитатори во земјата и во други делови на светот.

На полето на здравството, воведувањето осигурување преку претплатничка група, која подоцна прерасна во концепт на организации за одржување на здравјето, а потоа и во организации за контролирана грижа, денес е доминантен фактор во обезбедувањето здравствена заштита во САД. Постојат бројни примери на мултидисциплинарни тимови кои работат на вакцини или фармацевтици, во растечката мултидисциплинарна функција на болничките оддели и особено тесно меѓусебно зависните тимови за интензивна нега и домашно лекување.

Менаџмент според цел

Деловниот концепт на менаџмент според цел (МСЦ), роден во 60-тите години од 20-от век, стана заедничка тема на здравствениот менаџмент. МСЦ е процес со кој менаџерите во едно претпријатие здружено ги идентификуваат неговите цели, ја дефинираат одговорноста на секој поединец во однос на очекуваните резултати и употреба на овие мерки како патоказ на работните насоки на единицата и процена на придонесот на секој негов член.

Треба да се постават заедничките, а потоа и индивидуалните цели, како и да се модифицира организациската структура кон постигнување на тие цели. Целите може да бидат дефинирани во однос на излезните променливи, каков што е случајот со цели за намалување на стапките на смртност кај доенчиња и мајки. Тие, исто така, може да бидат дефинирани во поглед на влезните или процесните променливи, како на пример 95% реализација на предвидената имунизација, користење пренатална грижа или скрининг за рак на дојка и мамографија. Достигнувањата се мерат во поглед на нивната релевантност, ефикасност, влијание и исплатливост.

Пристапот на МСЦ беше предмет на критики од деловниот менаџмент, поради поместување на главниот фокус врз механичката примена на квантитативните мерки на исходот и поради фактот што го игнорира

прашањето на квалитет. Овој пристап имаше големо влијание врз процесот на усвојување на програмата Здравје за сите од страна на СЗО, како и на здравствените цели за 2000 година од страна на Одделот за здравство и човечки ресурси во 1979 година. Болестите што се предмет на искоренување може да придонесат за институционално зајакнување, преку растечкото искуство и техничка компетентност во проширувањето на организациските капацитети. Од друга страна, тесно специјализираните програми може да го нарушат развојот на посеопфатните пристапи. За постигнување прифатлива рамнотежа меѓу сеопфатните и специјализираните програми, потребно е многу вешто раководење.

МЕНАЏМЕНТ НА МЕЃУЧОВЕЧКИ ОДНОСИ

Менаџментот претставува координација и интегрирање на ресурсите на организацијата, кои вклучуваат кадар, финансиски и материјални средства, време и простор. Крајната цел е постигнување на зацртаните цели, на што поефикасен и поисплатлив начин. Бидејќи работниците се клучниот фактор за постигнување на целите и во производните и во услужните дејности, менаџментот се соочува со прашањето на нивната мотивација и однесување. Знаењето и мотивацијата на индивидуалниот корисник или заедницата се исто така неопходни за постигнување добра здравствена состојба, па затоа менаџментот, покрај мотивацијата на работниците во рамките на системот, треба да ги има предвид знаењето, ставовите, верувањата и навиките на корисникот.

На своевиден начин, и менаџментот и медицината претставуваат и наука и уметност. Примената на научни сознанија и технологија во медицината подразбира примена на теоријата и практиката. На сличен начин, раководната практика се заснова на организациската теорија, која од своја страна се заснова на општествените науки и квантитативните методологии. Социологијата, психологијата, антропологијата, политичките науки, историјата и етиката придонесуваат кон разбирањето на факторите како психосоцијални системи, мотивација, статус, групна динамика, влијание, моќ, авторитет и водство. Квантитативните методи вклучуваат статистика, епидемиологија, методи на анкетирање и економија, кои исто така се основа за развој на системски концепти. Споредбената институционална анализа овозможува развој на принципи за организација и менаџмент, додека филозофијата, етиката и законодавството се дел од разбирањето на индивидуалните и групните вредносни системи.

Организациската теорија е релативно нова дисциплина. Преточувањето на организациската теорија во раководна практика бара знаење, планирање, организација, обезбедување средства, мотивација и контрола. Историски гледано, здравствените организации стануваат многу скапи и сложени системи, во однос на нивните научни, технолошки и про-

фесионални активности. Организацијата и менаџментот се круцијални за успешна примена на принципите на Новото јавно здравство, кои подразбираат интегрирање на историски разделените видови здравствени услуги. Делегирањето одговорности во здравствените системи, како на пример оддели за интензивна нега, е фундаментално за нивниот успех во грижата за пациентите, особено кај лица со посебна нега и повеќекратни здравствени проблеми.

Хоторнов ефект

Во периодот 1927 до 1932 година, Елтон Мајо (Elton Mayo) од Харвардското училиште за бизнис, изведува серија набљудувања во фабриката на Вестерн Електрик во Хоторн, Илионис. Мајо и неговите двајца колеги - индустриски инженер и психолог - направија голем придонес кон поставувањето на теоријата за менаџмент. Мајо ги започнува своите набљудувања на индустрискиот инженеринг преку ефектот на осветленоста на работните простории врз продуктивноста на работниците. По ова, направени се и повеќе подобрувања на работните услови, како на пример скратување на работниот ден, подолги периоди на одмор, подобра осветленост, освежување на просторот со различни бои, музички фон и други фактори на средината. Овие истражувања покажуваат дека продуктивноста се зголемува со секое подобрување на работните услови. Сепак, на нивно изненадување, истражувачите дојдоа до сознание дека продуктивноста продолжува да се зголемува и по укинување на подобрените услови. Но, исто така, продуктивноста се зголемува и во контролната група која работи под константни работни услови. Ова го наведува Мајо на заклучокот дека продуктивноста на работниците се зголемува како резултат на нивната свесност дека раководството покажува интерес за нив.

Во минатото, индустрискиот менаџмент ги смета работниците за механички компоненти на производствениот систем. Според поранешната теорија, продуктивноста е функција на работните услови и финансиската стимулација. Она што денес се нарекува Хоторнов ефект укажува на важноста на општествените и психолошките фактори во зголемување на продуктивноста. Формалните и неформалните врски меѓу менаџментот и работниците се клучни елементи за продуктивноста, или т.н. индустриски хуманизам. Голем напредок во проучувањето на индустрискиот менаџмент е направен со адаптација и примена на истражувачките методи во областа на науката за однесувањето. Традиционалните теории на бирократскиот модел на организација и научен менаџмент се модифицирани со бихевиоралните науки. Ова доведува до појава на системски пристап, или научно анализирање на комплексните структури и организации, притоа земајќи ги предвид меѓусебно зависните елементи на активностите, интеракциите и меѓучовечките односи меѓу раководството и работниците.

Масловова хиерархија на потреби

Важен придонес кон теоријата за менаџмент има хиерархијата на човекови потреби на Абрахам Маслов (Abraham Maslow). Маслов (1908-1970) го дефинира приоритетот на потребите, од основни потреби за преживување (безбедност, засолниште, храна, затоплување) до потреби на социјална интеракција, поттик и задоволство од сопствените активности. Други потреби во хиерархијата се социјализацијата и самореализацијата.



СЛИКА 12.4 Хиерархија на потребите според Маслов

Овој концепт е важен за менаџментот, бидејќи ги идентификува човековите потреби над оние за физичка и економска добросостојба, поврзувајќи го социјалниот контекст на работната средина со потребата за препознавање, задоволство, самопоттик и самореализација. Овој пристап отвори нови хоризонти за истражување на менаџментот, не само од аспект на мотивација на работниците во производниот и услужниот сектор, туку и за мотивација на потрошувачите. Сликата 12.4 е илустрација на Масловова хиерархија на човекови потреби.

Хиерархијата на потреби според Маслов отвори многу прашања околу односите на менаџментот кон потрошувачите, како и кон вработените; таа игра важна улога во примената на социолошката теорија кај однесувањето на клиентите - исто како што индивидуалниот начин на живот добива централна улога во подобрување на здравјето, односно влијае на бројни фактори во јавното здравство и клиничката медицина.

Теорија Икс - теорија Ипсилон

Концептот теорија Икс - теорија Ипсилон, разработен во 60-тите години од 20-от век од страна на клиничкиот психолог Даглас Мекгрегор (Douglas McGregor), испитува две крајности на менаџментот во антиципирање на човековата природа, кои влијаат на работата на организацијата. Организациите со централизирано одлучување, хиерархиска пирамида и надворешна контрола се засноваат на одредени концепти за

човековата природа и мотивација. Мекгрегоровата теорија заснована на Маслоовата хиерархија на потреби, поставува алтернативни претпоставки според кои секој човек има способност за самонасочување.

Менаџмент врз основа на насока и контрола (теорија Икс) претпоставува дека работниците се мрзливи, неамбициозни, некреативни и мотивирани од основните физиолошки потреби или страв (табела 12.1). Теоријата Ипсилон има пооптимистички пристап кон човечкиот потенцијал и поаѓа од тоа дека, ако се правилно мотивирани, луѓето можат да ја најдат вистинската насока и да бидат креативни, и дека задачата на менаџментот е да го “разбуди” овој потенцијал кај работникот. Постојат многу други теории за мотивацијата и менаџментот кои го објаснуваат човековото однесување и употребата на вродените способности за создавање покреативна работна средина, намалување на отпорот кон промени, намалување на непотребните конфликти и конечно, за создавање поефикасна организација.

ТАБЕЛА 12.1 Теорија Икс - теорија Ипсилон

Теорија Икс	Теорија Ипсилон
1. работата им е природно одбивна на луѓето	1. работата е природна како игра во соодветни услови
2. најголемиот број луѓе не се амбициозни, немаат голема желба за одговорност и сакаат да бидат водени	2. самоконтролата е неопходна за постигнување на поставените цели
3. најголемиот број луѓе немаат голема креативност за решавање на организациските проблеми	3. креативноста за решавање на организациските проблеми постои меѓу луѓето
4. мотивацијата се јавува само за задоволување на физиолошките потреби и безбедноста	4. мотивацијата постои за задоволување на општествените потреби, самопоттикнување и самоостварување, како и задоволување на физиолошките потреби и безбедноста
5. најголемиот број луѓе треба да се контролираат и форсираат кон остварување на организациските цели	5. луѓето имаат способност за самонасочување и креативност на работното место, ако се соодветно мотивирани

Модификацијата на пристапот на човечката мотивираност го проширува неговото значење во менаџментот, преку испитувањето на индустриската организација во одредување на ефектите на раководната практика врз индивидуалното однесување и личниот напредок во работната средина. Според теоријата Икс, раководството предизвикува незрели постапки кај работниците: пасивност, зависност, површни интереси, краткорочна перспектива, подреденост и недостаток на самосвест. Од друга страна, на другиот крај на оската незрелост-зрелост стои зрелиот работник, со активен пристап и независно размислување, способен за поширок спектар активности, со подлабоки и посилни интереси, долгорочна перспектива и висок степен на свест и самоконтрола. Овој модел е тестиран во многу индустриски средини и резултатите покажуваат дека, ако на работникот му се овозможи да напредува и да

созрева на работното место, тој покажува поголем интерес отколку само за задоволување на основните физиолошки потреби и користи поголем дел од своите капацитети во постигнувањето на организациските цели.

Во делото *Мотивација за работа* (*The Motivation to Work*) (1959), американскиот клинички психолог Фредерик Херцберг (Frederick Herzberg) ја опишува својата теорија на мотивација-хигиена. Оваа теорија е разработена врз основа на опсежни студии на т.н. фактори на хигиена кај инженери и книговодители (на пр. административни, надзорни, финансиски, безбедносни, статусни). Неговите мотивациски фактори, за кои докажува дека имаат поголемо позитивно влијание врз задоволството од работата, се достигнување, признание за постигнатиот успех, предизвик на работното место и зголемена одговорност во работните задачи.

Овие теории на менаџментот за човечките ресурси овозможува промена на индустрискиот пристап кон мотивацијата од “збогатување на работата” на многу пофундаментално и тенденциозно зголемување на одговорноста, опсегот и предизвикот на работата, овозможувајќи им на работниците да развиваат сопствени начини за постигнување на целите. Дури и кога овие теории се применети на неквалификувана работа, како на пример хигиеничари во фабрика, работниците се менуваат од апатична, неефикасна група, во кохерентен, продуктивен тим, горд на својата работа. Овој пристап им дава можност на членовите на тимот да ја задоволат својата потреба за самореализација, но и да преземат поголема одговорност во наоѓањето решенија, што на крајот резултира во помалку отсуства од работното место, повисок морал и поголема продуктивност и квалитет.

Ренсис Ликерт (Rensis Likert), кој заедно со Мекдугал и Херцберг придонесува во воведувањето на концептот “Училиште за човечки односи” во 60-тите години од 20-от век, прв пат ја применува теоријата за човечки ресурси во различни системи и стилови на менаџмент. Тој ја класифицира својата теорија во четири различни системи, и тоа:

Систем 1. Менаџментот нема доверба во своите подредени и избегнува каква било нивна вклученост во процесот на донесување одлуки и поставување цели. Менаџментот е задача-ориентиран, високо структуриран и автократски. Главни методи на мотивација се страв, казна, закани и повремено наградување. Односот работник-раководител се заснова на страв и недоверба. Многу често во рамките на системот се формираат неформални организации, кои доведуваат до пасивен отпор кон менаџментот и се деструктивни кон целите на формалната организација.

Систем 2. Менаџментот има потценувачки однос кон подредените, но со одреден степен на доверба. Најголемиот број одлуки се централизирани, но дозволен е извесен степен на децентрализација. За мотивација се користат инструментите награда и казна. Неформалните организации добиваат поголемо значење во целокупната организација.

Систем 3. Менаџментот полага голема доверба во подредените, на кои им е дадена поголема одлучувачка моќ. Целокупната политика и во овој систем е централизирано функционирање.

Систем 4. Менаџментот има целосна доверба во своите подредени и меѓу нив протекнува двонасочна комуникација. Постигнувањето на целите и подобрувањето на методите за работа се финансиски наградени. Односите меѓу раководството и подредените се чисти и пријателски, во атмосфера на тимска работа и меѓусебно почитување.

Истражувањата покажуваат дека промената од систем 1 во систем 4, драстично ја менува продуктивноста, ги намалува производните трошоци, го намалува потребниот кадар и го зголемува моралот на вработените. Исто така, и работниците и менаџментот подеднакво се загрижени за квалитетот на производот или услугата, како и за конкурентноста и успехот на нивната дејност. Во здравствената индустрија се вклучени високо обучени професионални и помошни кадри кои функционираат како тим со висок степен на кохезија, меѓусебна зависност, но и автономија - на пример хируршки тим или тим за итна интервенција.

МРЕЖНА ОРГАНИЗАЦИЈА

Мрежната, или задача-ориентирана работна група, во основа претставува организација на односи, а не на моќ, и понекогаш се нарекува адхократија. Ова е повеќе органска форма на организација, замислена за брза и ефикасна адаптација во комплексна и динамична средина, со високо стручен персонал и со брзи промени на технологијата и системите. Комплексноста и технолошките промени бараат информации, стручност, флексибилност и инвентивност - вештини кои најмногу доаѓаат до израз при слободна размена на идеи во стимулирачка средина.

Во мрежните организации водството може да биде формално и неформално, доделено на одредена функција, со привремен, среднорочен или траен карактер, за извршување одредена задача или развој на меѓусекторска програма. Мисиите се најчесто за одредена краткорочна специфична задача; работна група се формира за среднорочни проекти, како на пример интегрирање одредени услуги во некој регион; комисија е тело кое се формира за извршување трајна задача, како што е мониторинг на програмата за имунизација.

Значајни предности на оваа форма на организирање се предизвикот, заедничката информираност и поделба на одговорноста, кои на професионалните работници им даваат поттик и задоволство од работата, поради можноста да се искаже сопствената креативност. Членовите на мисијата може да поднесуваат извештаи во рамките на нивната пирамидална хиерархија, но како група, тие работат кон постигнувањето на поставената цел. Тие, исто така, може да бидат дел од интердисциплинарни или меѓуагенциски работни групи за координација на активности,

ревизија на претходни работи или планирање идни програми. Постојана мрежна организација може да биде владина комисија за координација на владината политика и работата во одделни владини сектори. Овој пристап честопати се користи во случаи каде интердисциплинарни професионални тимови ги координираат функциите на болничките оддели или каде што има потреба од мултидисциплинарни групи за извршување одредена задача од техничка природа.

Претседавач/модератор/координатор

A	B	C	D
E	F	G	H
I	J	K	L

СЛИКА 12.5 Структура на мрежна организација. Во рамките на здравствената систематизација, со одборот за искоренување на сипаниците на локално ниво може да раководи заменикот на одговорниот за здравство во заедницата. Во тимот може да учествуваат главната медицинска сестра во заедницата, надлежниот за финансии, фармацевт, шефот на педијатриското одделение во регионалната болница, одговорниот за основно образование во заедницата, одговорниот за здравствена едукација, претставник на лекарската асоцијација, директор на клинички лаборатории, директорот на одделот за набавки, претставник на одделот за образование, претставник на доброволни организации кои се занимаваат со проблемот, како и други заинтересирани страни.

Активностите на мрежната организација се дел од редовните функции на здравствените работници. Неформалното поврзување е секојдневна активност на лекарот преку, на пример, консултации со колегите. Болничкиот оддел од повеќе причини треба да функционира како мрежна организација со различни стручни профили, кои тимски ќе работат поефикасно одошто во авторитарниот пирамидален модел. Може да се јави потреба од заедничка работна група меѓу министерството за здравство и министерството за транспорт, полицијата и надлежните органи за донесување стандарди за возила, со цел да се намали бројот на смртни случаи во сообраќајни незгоди. При започнување проект за искоренување на сипаници, ќе се јави потреба за формирање мултидисциплинарен или повеќеорганизационски тим, или мрежа за планирање и изведување на задачите кон постигнување на поставената цел (слика 12.5).

Организациската теорија и практика го инкорпорира мрежниот модел во пирамидалните системи како дел од целосниот менаџмент на квалитетот (ЦМК) или категоријата на СЗО “постојано подобрување на квалитетот”. Според ЦМК, работниците во една производна операција работат како тим, а контролата на квалитет е дел од производниот процес. Во програмите на здравствена заштита ова е соодветно на формирање мултидисциплинарни тимови за самоевалуација. Во секој болнички оддел потребни се мултидисциплинарни состаноци за

разгледување на грижата за пациентите и функционирањето на одделот, со цел услугите да се одржуваат и развиваат во професионална насока. Секој локален здравствен оддел треба да го запазува редовното одржување на состаноците, да развива комуникација и доверба, бидејќи тоа се клучните елементи за постигнување на програмските цели.

Повеќето организации имаат и пирамидална и мрежна структура. Честопати, за ригидната пирамидална структура е тешко да ги вклопи паралелните тела, поради што неопходен е мрежниот пристап за воспоставување работни односи со надворешни тела со кои има заеднички цели. Мрежата е демократско функционално групирање на оние професионални работници и организации кои се потребни за остварување на одредена цел, што понекогаш подразбира лица од многу различни организации. Со еволуцијата на здравствените системи кон контролирана грижа или регионални здравствени системи, овој концепт добива сè поголема примена во организациите за здравствена заштита. Тие се вертикално интегрирани раководни системи, кои вклучуваат високо специјализирани тимови и единици, чија меѓусебна зависност во грижата за пациентот и финансиската одговорност се централни елементи на Новото јавно здравство.

ЦЕЛОСЕН МЕНАЏМЕНТ НА КВАЛИТЕТОТ

Во САД, во текот на Втората светска војна, физичарот и статистичар Едвардс Деминг (Edwards Deming) развива систем на економски и статистички методи за контрола на квалитет во производната индустрија. По војната, Деминг е поканет да предава во Јапонија и се префрла од академскиот во производниот сектор, односно се занимава со индустриски менаџмент. Јапонските индустријалисти ги прифаќаат неговите принципи на раководење и воведуваат менаџмент на квалитетот во сите индустрии, постигнувајќи неверојатни резултати за само една деценија. Овој концепт, подоцна наречен целосен менаџмент на квалитетот (ЦМК), оттогаш е широко прифатен и во американската индустрија.

Според Деминговиот пристап на раководење на компаниите, квалитетот е на прво место и е клучна одговорност на менаџментот, а не на работниците. Ако менаџментот ги вклучи и работниците во контролата на квалитетот, квалитетот се зголемува, трошоците се намалуваат, а воедно се зголемуваат и задоволството и лојалноста на потрошувачот. Ова значи зајакнување на гордоста на работникот, сослушување на неговите идеи и избегнување на застрашувачкиот инспекторски пристап. Отстранувањето на стравот и градење атмосфера на двострано учество и заеднички интерес е обврска на раководството. Обуката е една од најважните инвестиции на компанијата. Разликите меѓу теоријата за менаџмент и ЦМК се прикажани во рамките 12.1 и 12.2.

РАМКА 12.1 СТАНДАРДНА ТЕОРИЈА НА МЕНАЏМЕНТ

1. Квалитетот предизвикува трошоци;
2. Инспекцијата е клучен фактор во контролата на квалитетот, а инспекторите и експертите - клучни личности во неговото одредување;
3. Системите ги креираат надворешни експерти - нема потреба од никакви вложувања од страна на работниците;
4. Стандардите, квотите и целите помагаат за подобрување на продуктивноста;
5. Треба да се вработува кадар кога има потреба за тоа, а да се отпушта кога таа потреба ќе се намали или изгуби;
6. Наградувањето и казнувањето ќе доведат до поголема продуктивност и креативност;
7. Треба да се купува по најниски цени/трошоци;
8. Треба често да се менуваат добавувачите, и тоа во зависност од понудената цена;
9. Профитот се заснова на работење со ниски трошоци и големи приходи;
10. Профитот е најважниот индикатор на компанијата.

ЦМК ги интегрира научниот менаџмент и менаџментот на човечки ресурси, давајќи им на работниците можност за употреба на сопствениот интелектуален капацитет во анализа и подобрување на задачите кои ги извршуваат. Што е уште поважно, овој пристап очекува од работниците поголем придонес кон квалитетот во процесот на креирање, производство, па дури и маркетинг на производот или услугата.

Овие идеи беа револуционерни и прифатени со голем успех при нивната примена на деловниот менаџмент во производната индустрија. Концептот на ЦМК е предмет на поголеми модификации во услужниот сектор. СЗО го адаптираше ЦМК моделот во модел на т.н. “постојано подобрување на квалитетот”, кој става фокус на заемните одговорности во здравствениот систем за квалитетот на грижата кон пациентот. Примената на моделите на ЦМК и постојано подобрување на квалитетот се подетално обработени во Поглавје 15, заедно концептите на ЦМК со надворешно управување и саморазвоен ЦМК.

МЕНУВАЊЕ НА ЧОВЕКОВОТО ОДНЕСУВАЊЕ

Човековото однесување е индивидуална појава која се случува во општествен контекст. Менувањето на однесувањето е неопходно за намалување на ризикот од одредени болести. Промената е опасна;

РАМКА 12.2 ЦЕЛОСЕН МЕНАЏМЕНТ НА КВАЛИТЕТ (ЦМК)

1. Квалитетот наметнува помали трошоци;
2. Инспекцијата е задоцнета реакција - работникот може навреме да алармира за квалитетот и недостатоците;
3. Квалитетот го диктира менаџментот;
4. Најголемиот број дефекти се случуваат како резултат на системот, а не на работникот;
5. Елиминација на сите стандарди и квоти во индустријата;
6. Стравот води кон катастрофа;
7. Поттикнување на чувството на безбедност на работниците на нивното работно место;
8. Процената, казнувањето и наградувањето влијае врз тимската работа, која е есенцијална за квалитетно производство;
9. Работење со добавувачите за подобрување на квалитетот и намалување на трошоците;
10. Профитот го чинат лојалните потрошувачи - водењето компанија само врз основа на профит е како возење со гледање само во ретровизорот.

подразбира измена, замена, трансформација или модификација на целите, процедурите, методите или стилот. Имплементацијата на плановите вообичаено бара измени, кои честопати наидуваат на отпор. Отпорот кон промените може да биде од професионални, технички, психолошки, политички, емотивни или мешавина од сите причини. Раководителот на здравствена установа или служба има задача да се справи со промените, да обезбеди поддршка од оние кои ќе учествуваат во ефикасното спроведување на измената.

Однесувањето на работникот во производствениот или услужниот сектор е витално за опстанокот на организацијата. Еднакво важно е и однесувањето на купувачот или корисникот на производот или услугата. Дијагностицирањето на организациските проблеми е важна вештина со која треба да се одликува менаџментот во здравствениот систем. Уште поважна способност на менаџментот е да ги препознае и измени оние променливи кои се клучни за подобрување на работењето на организацијата. Големите очекувања се суштински за подобро работење и усовершени стандарди на услугата или производот. Спротивно, малите очекувања не само што доведуваат до полошо работење, туку предизвикуваат и спирално надолен ефект. Ова важи не само за организацијата, туку и за поединците и заедницата што таа организација ги опслужува, без оглед дали е во поглед на купена стока или здравствена заштита.

Луѓето честопати покажуваат отпор кон промени поради стравот од непознатото. Учесството во процесот на дефинирање на проблемите, формулирање на целите и идентификување на алтернативите е неопходно за полесно објаснување и воведување на промената. Промените на организациското работење се сложен процес и тест за раководството. На сличен начин, промените на индивидуално ниво се есенцијални за постигнување на целите на групата, без оглед дали станува збор за функционирање на здравствена установа или личната одлука за престанок со пушење. Здравјето на поединецот и населението во голема мерка зависи од мотивацијата и работењето на секој поединец во здравствениот тим.

Однесувањето на поединецот е важно за неговото здравје, како и за здравјето на заедницата. Дури и мали чекори во насока на саканите промени на однесувањето треба да бидат соодветно наградени. Промената на однесувањето се темели на концептот дека промената започнува од ставовите и чувствата на поединецот. Промените се состојат од бројни елементи, кои треба да се дефинираат на следниот начин:

1. Знаење: кое е нивото на соодветна здравствена информација?
2. Ставови: каков е ставот на поединецот кон таа информација?
3. Однесување на поединецот: што всушност прави поединецот?
4. Однесување на групата: кои се општествените норми и закони?
5. Однесување на организацијата: што прави здравствениот систем за да ги измени овие фактори?

Промената на однесувањето е есенцијална во областа на здравството. Моделот на здравствено верување (Поглавје 2) има големо влијание врз психологијата и унапредувањето на здравјето на пациентот. Пристапот верување-интервенција подразбира програми за намалување на факторите на ризик или на јавно-здравствените проблеми. Ваквите програми честопати бараат промена во организацијата на работа, вклученост и фидбек на лицата надлежни за стратешки прашања, вклучени во раководењето со службите и заедницата која е директен корисник на тие услуги.

ОВЛАСТУВАЊЕ НА РАБОТНИЦИТЕ

Во 80-тите години од 20-от век, најголемите индустрии во САД не можеа успешно да се натпреваруваат со јапонските фирми за електроника и автомобилската индустрија. Разработувајќи го овој проблем, теоријата за менаџмент става поголем акцент на овластувањето како средство за раководење. Моделот ЦМК главниот фокус го става на тимската работа и вклученоста на работникот заради подобар квалитет на произведените стоки. Од друга страна, овластувањето похрабро го вклучува работникот во работењето, процената на квалитетот, па дури и во пла-

нирањето на процесот на производство. Во производствениот сектор овој пристап постигнува неверојатни резултати во зголемување на ефикасноста и мотивацијата на работниците во подобрување на квалитетот и ефикасноста на производството, намалување на отсутствувањата од работното место, при што работникот е активен учесник во процесот на раководење и производство.

Овој метод на овластување на работниците беше воведен и во услужниот сектор; за подобрување на квалитетот и ефикасноста на услугата, потребно е активно физичко и емотивно учество на работникот. Учесството во донесувањето одлуки е клучен елемент кај овој метод. За ова, потребно е менаџментот да прифати нови методи кои ќе му овозможат на работникот - физички или интелектуален - да се чувствува како активен учесник. Успешната примена на принципот на овластување во здравствената заштита ги опфаќа и пациентот, семејството и заедницата, потенцирајќи го правото на пациентот на информирано учество во донесувањето одлуки кои се однесуваат на неговото здравје и грижата што ја добива, како и заштитата на приватноста и дигнитетот.

Кај децентрализираниот менаџмент на услуги, се јавува дифузија на моќта. Распределбата на моќта на професионални, невладини и застапнички организации е дел од овластувањето во здравствениот систем. Владината моќ за заштита и унапредување на области како што се лиценцирање, акредитација, обука и истражување може да биде делегирана на локалните власти или невладиниот сектор, преку трансфер на овластувања или на финансиски средства. Организацииските промени може да подразбираат и децентрализација. Промените на локалните институции преку спојување или поврзување на болниците, установите за долгорочна грижа, амбулантното лекување и јавно-здравствените служби се неопходни за поефикасно искористување на ресурсите. За интеграција на услугите во рамките на заедницата, неопходно е поседување моќ за трансфер на средства од институционалниот сектор во сферата на заштита и поддршка на пациентите од страна на заедницата. Ваквите промени, кои се однесуваат и на здравствените работници и на пациентите, претставуваат тест за способноста на раководството и предизвик за промената во однесувањето.

СТРАТЕШКИ МЕНАЏМЕНТ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ

Стратешкиот менаџмент ја подвлекува важноста на позиционирањето на организацијата во нејзината околина, во однос на нејзините задачи, ресурси, потрошувачи и конкуренција. За постигнување на задачите и целите на организацијата, потребна е изработка на план за работа или имплементација на дефинирана стратегија. Во процесот на дефинирање на задачите и целите на организацијата, мора да се земе предвид надво-

решната и внатрешната средина, средствата и оперативните потреби на организацијата за постигнување на целите и евалуација на постигнатите резултати. Стратегијата на организацијата е спој меѓу нејзиниот внатрешен пристап и надворешните фактори, како на пример ставот на потрошувачите или конкурентските организации. Здравствениот менаџер треба да ги има овие квалификации и способности за да може да работи во насока на постигнување на целите на организацијата, меѓу кои и:

1. Обезбедување високо-квалитетна заштита;
2. Воведување нови методи за одење во чекор со времето;
3. Развој на добри внатрешни и надворешни професионални односи;
4. Ефикасно користење на човечките ресурси;
5. Запазување на одговорноста кон средината;
6. Унапредување на услугите за подобро учество на пазарот;
7. Ефикасно управување со финансиските средства;
8. Ефикасно и соодветно управување со физичките ресурси.

Применета политика претставува формулација на целите и приоритетите. Стратегијата се однесува на долгорочни планови за постигнување специфични цели, посочување на проблемите и начините за нивно решавање. Во стратегијата не се наведени сите активности кои треба да се преземат, туку евалуацијата на направениот напредок од почетната состојба во однос на поставената цел. Иако овој термин во минатото повеќе се употребува во воени цели, денес истиот стана основен концепт во индустрискиот, деловниот или здравствениот менаџмент. Тактика е метод кој се употребува за спроведување на стратегијата. Стратешкиот

ТАБЕЛА 12.2 Трансформација на парадигмата за здравствената заштита

Стара парадигма	Нова парадигма
фокус на болничко лекување	фокус на продолжена нега
фокус на лекување на болестите	фокус на унапредување и одржување на добросостојбата
одговорност за секој поединечен пациент	одговорност за дефинирана популација
лекарите специјалисти подобро платени од општите лекари	подобен економски паритет меѓу различните категории лекари
хируршките интервенции повеќе платени од другите услуги	превенцијата повеќе платена од хируршките зафати
пополнување на болничките капацитети	обезбедување соодветно ниво грижа и нега
поделеност на организацијата, финансирањето и давањето услуги	интегриран здравствен систем
менаџерот управува со организацијата, одделот	менаџерот го промовира пазарниот пристап
менаџерите ги координираат услугите	менаџерите поттикнуваат меѓусекторска соработка

Извор: модифицирано од Shortel and Kaluzny, 1994.

РАМКА 12.3 ПРОЦЕС НА СТРАТЕШКИ МЕНАЏМЕНТ

1. Политика и планирање
 - а. дефинирање на задачите и целите;
 - б. набљудување;
 - в. анализа на надворешната средина;
 - г. анализа на внатрешната средина;
 - д. процена на можностите;
 - ѓ. евалуација на стратешките алтернативи, краткорочно;
 - е. развој на стратешки планови, долгорочно;
 - ж. водење на процесот на имплементација;
 - з. информирање за насоките на политиката.
2. Имплементација
 - а. мотивација: јасно информирање за целите и плановите на организацијата;
 - б. разграничување меѓу краткорочните и долгорочните цели;
 - в. информирање на персоналот за нивните обврски и одговорност;
 - г. обезбедување соодветни ресурси;
 - д. поттикнување на чувството на инволвираност на кадарот;
 - ѓ. модифицирање на структурата за задоволување на потребите;
 - е. делегирање на надлежноста, распределба на одговорностите;
 - ж. поттикнување на меѓуодделенската координација и меѓучовечките односи;
 - з. унапредување на капацитетот за приспособување на промени;
 - с. ревизија на стратегиите за останување во чекор со поставените цели;
 - и. информирање за промените и омекнување на отпорот кон нив.
3. Следење
 - а. евалуација на ефикасноста;
 - б. евалуација на исходот, научени искуства;
 - в. ревизија на стратешките планови;
 - г. прераспределба на ресурсите, според новостекнатите искуства.

менаџмент е применлив и во здравствениот систем, бидејќи вклучува дефинирање на задачите и целите, како и методите за нивно постигнување (рамка 12.3).

Промените во здравствената организација може да предизвикаат значителна промена на големината или односите меѓу постоечките, и веќе добро дефинирани установи или програми (табела 12.2). Стратешкиот план за здравствени реформи, како одговор на потребата за намалување на здравствените трошоци, редефинирање на здравствените цели или незадоволството со статус кво ситуацијата, подразбира разработка на модел или визија за иднината на организацијата. Отпорот кон промените може да се јави како резултат на психолошки, социолошки или економски причини, или поради страв од загуба на работното место или промена на работните задачи, личниот доход, надлежностите, бенефициите или статусот. Редуцирањето на здравствениот сектор и надградбата на услуги и поддршка во заедницата се меѓу главните прашања на здравствените реформи во многу земји. Сепак, овој премин може да се изврши најбезболно со природно намалување на бројот на вработените поради пензионирање, или преквалификација пред промена во систематизацијата. За сето ова, сепак, потребно е способно и вешто раководство.

МОДЕЛИ НА ОРГАНИЗАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ

Новото јавно здравство претставува интеграција или координација на многубројни установи за здравствена заштита и програми за унапредување на здравјето. Новото јавно здравство еволуира во различни форми и на различни места како мрежа на административна и фискална интеракција меѓу неговите елементи. Секоја организација обезбедува точно одредени услуги или групи услуги. За менаџментот и исходите на здравствениот систем, важно е како тие внатрешно функционираат и како финансиски и функционално соработуваат меѓу себе. Здравствениот систем функционира како мрежа на формални и неформални односи; може да биде многу широка и лабаво поврзана, како во децентрализираните системи, со многу нишки на комуникација, исплата, регулатива, поставување стандарди и нивоа на надлежност.

Односите и меѓусебната размена меѓу здравствените работници имаат свои функционални и економски елементи. Ова најдобро може да се опише со примерот: здрава бремена жена која добива сеопфатна пренатална грижа има помалку шанси да развие некоја болест или компликации при породувањето, односно да има потреба од продолжен болнички престој и поголема здравствена нега, отколку бремена жена со запоставено здравје. Цената на добрата пренатална грижа е само еден дел од економските трошоци за лекување на потенцијалните компли-

кации и нарушувања на нејзиното и здравјето на новороденчето. Здравствениот систем е должен кај сите жени во бременоспособна возраст да наметне употреба на фолна киселина, да обезбеди советување во областа на планирање на семејството и соодветна пренатална грижа. Во пренаталната грижа треба да биде вклучен акушерскиот оддел, особено кај високоризичните случаи, а породувањето треба да биде извршено во хигиенски и професионално опремени услови.

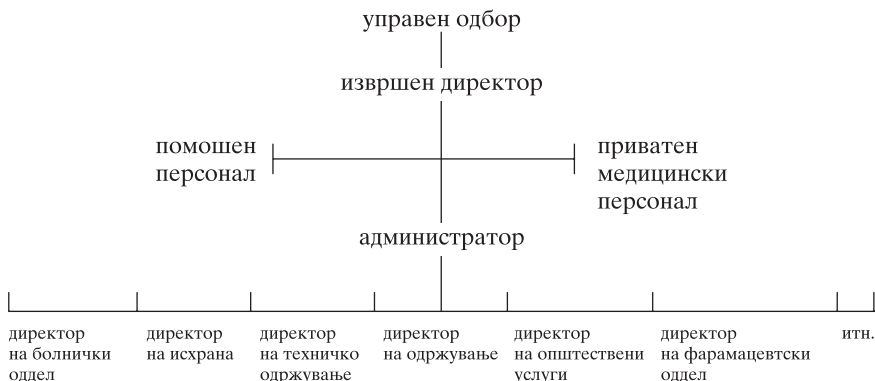
На сличен начин, за здравјето на децата и постарите лица, постојат широк спектар јавно-здравствени и индивидуални услуги кои сочинуваат соодветен и економски исплатлив пакет услуги или програми. Економскиот товар од грижата за болното дете го сноси болницата. Кога за еден регион се одобрува грант по глава жител, тогаш болниците и примарната заштита имаат заеднички интерес во намалување на морбидитетот, односно mortalitetot. Ова е принципот на кој работат организациите за одржување на здравјето и регионалните здравствени системи, за кои ќе стане збор на некое друго место во книгава. На овој принцип се заснова и Новото јавно здравство.

Организациите за здравствена заштита се разликуваат во однос на големината, комплексноста, сопственоста, меѓусебната поврзаност, видот на услуги и локацијата. Во минатото здравствените организации обезбедувале само еден вид услуги, како на пример, болнички оддел за итни случаи или агенција за домашно лекување. Со современите здравствени реформи, здравствените организации, како на пример организациите за одржување на здравјето или регионалните здравствени системи, обезбедуваат сеопфатна програма на голем број здравствени услуги. Секоја организација мора да има или да развива структура соодветна за постигнување на дефинираните цели, како за внатрешната, така и за надворешната средина. Заедничките елементи на секоја организација се запазување на применетата политика, производството или услугите, одржување, финансирање, односи со надворешната средина и адаптација кон менливите услови.

Функционален модел

Функционалниот модел на организација, кој веројатно е најпогоден за мали болници, е поделба на кадарот во специфични оддели - медицински, административен, финансиски, фармацевтски, одржување - кои за своите активности го известуваат извршниот директор (ЦЕО) (слика 12.6). Надлежната агенција, која може да биде локален непрофитен одбор или национален здравствен систем, има целокупна законска одговорност за работењето и финансиската состојба на болницата, како и за зголемувањето на средствата за подобрување на работата. Медицинскиот персонал може да работи и приватно, односно во болницата, но со свои пациенти, остварувајќи го правото на “присутен лекар” според неговите квалификации, или да биде вработен во болницата исто како и останатиот персонал. Медицинскиот персонал на платниот список мо-

же да вклучува лекари во администрација, на оддел за патологија, анестезиологија и радиологија - со други зборови, и во системите со приватна практика во болниците, сепак, голем дел од медицинскиот кадар е вработен во болничките установи.

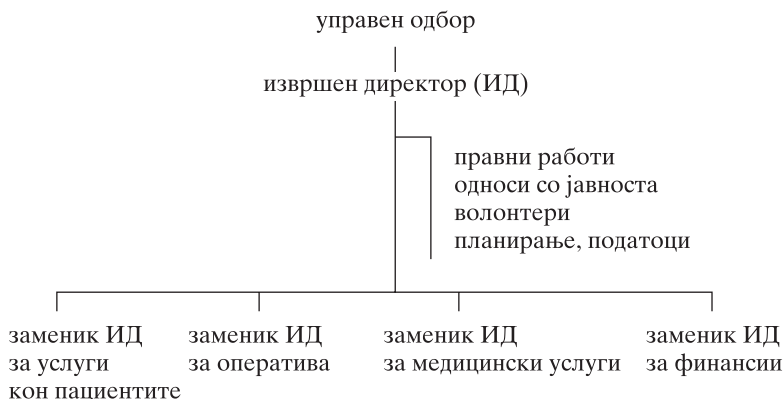


СЛИКА 12.6 Функционален модел на организација

Ова е вообичаена практика во северноамериканските болници. Надзорниот одбор составен од “волонтерски”, невладини и непрофитни организации со претставници од општината или заедницата, го назначува финансирачката организација, која може да биде со црковна, општинска или друга позадина.

Корпоративен модел

Корпоративниот модел на организации за здравствена заштита (слика 12.7) најчесто се применува во големите болници или во случаи на соединување на повеќе болници и други здравствени установи. За ова е потребен извршен директор (ЦЕО) да ја делегира одговорноста



СЛИКА 12.7 Корпоративен модел на организација на здравствената заштита



СЛИКА 12.8 Поделбен модел на организација на здравствената заштита

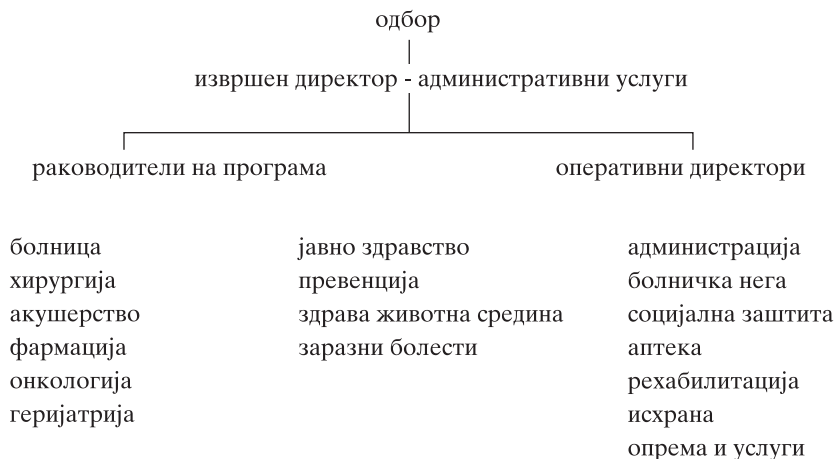
на другите членови од менаџерскиот тим, кои имаат оперативна одговорност врз поголемите сектори на болничкото работење.

Една варијација на корпоративниот модел е поделбениот модел на здравствените организации, кој се темели на внатрешна поделба на одговорностите на одделенија и поголема независност на средниот менаџмент (слика 12.8). Кај таквиот модел, распределбата на средства се врши на ниво на оддели кои функционираат како економски единици со обврска да го распределуваат сопствениот буџет. Секое одделение е одговорно за сопственото работење, кое се контролира преку стратешко и оперативно одлучувачко тело (раководство). Овој модел е најзастапен во големите приватни корпорации, како Џенерал Моторс во САД. Со зголемувањето на комплексноста на здравствените услуги, овој модел сè почесто наоѓа примена и во американскиот корпоративен здравствен систем, со внатрешна поделба на региони.

Матричен модел

Матричниот модел на здравствена организација е комбинација од пирамидална и мрежна структура (слика 12.9). Овој модел е најпогоден за јавно-здравствените оддели на ниво на држава, округ или населено место. Поединецот има обврска да известува за својата работа преку пирамидална хиерархија, но е дел и од мултидисциплинарни тимови кои работат на специфични програми или проекти. На пример, нутриционистот во еден геријатриски оддел одговара пред шефот на единицата за правилна исхрана на пациенти, но е дел од тимот кој работи на геријатрискиот оддел. Во латерално интегрирани здравствени организации или регионални здравствени системи, специјализираниот персонал може да работи и во институција (на пр. болница), и како дел од поддршката на заедницата.

Организациската структура која одговара во одредени околности, може да е сосема несоодветна во други. Дури и ако системот на наплата е од регионален или локален карактер, внатрешното работење на бол-



СЛИКА 12.9 Матриксен модел на организација на здравствената заштита

ницата ќе диктира соодветен модел на организација. Со еволуцијата на болничкото лекување и промените во економијата на здравствената заштита, болниците ќе мора да ја модифицираат својата организациска структура.

ВЕШТИНИ НА МЕНАЏМЕНТОТ

Водењето на една организација подразбира способност за дефинирање на целите или задачите на организацијата и развој на стратегија и постапен план за постигнување на овие цели. Водењето, исто така, подразбира способност за мотивирање и поттикнување на ентузијастичкиот пристап кај останатите, преку здружување на нивните идеи, поддршка и учество во напорите да се оствари таа визија. И во здравствената заштита, како и во други организации, формулирањето на плановите е многу полесно од нивното имплементирање. За промени, потребни се не само способности за формулирање на концептот на промените, туку и модификација на организациската структура, буџетските приходи, оперативната политика и, веројатно најважно - корпоративната култура на организацијата.

Раководењето бара вештини кои не се задолжително дел од вообичаеното образование на здравствените работници. Стручните клинички лекари честопати стапуваат на функции кои бараат способности за изградба или развој на здравствена инфраструктура. Во некои земји, раководителите на здравствени установи се задолжително лекари, и тоа најчесто од редовите на постарите и поiskusни хирурзи. Клиничкото искуство не значи способност за раководење со кадар, средства и финансии. Оттука и заклучокот дека менаџерската обука е витален дел од образованието на здравствениот работник.

Добриот менаџер треба да е обучен за истражување, согледување на фактите и да има способност за процена на луѓе, програми и прашања, како и вештина на поставување приоритети на краткорочен и долгорочен план. Една од постојаните активности на менаџерот е преговарањето со персоналот и надворешните агенции, каде припаѓа и одлучувањето - од најтривијални до клучни прашања за организацијата. Сепак, се чини дека главната карактеристика на менаџерот е комуникацијата: способност за примање и праќање вербални, пишани и непишани пораки и нивно разбирање во поширокиот контекст на комуникацијата.

Исто така важен дел од менаџерската практика е и способноста за одржување меѓучовечки односи. Добриот менаџер има способност да воспостави отворена и еднаква релација со персоналот на сите нивоа во организацијата. Ова е особено важно за поттикнување на чувството на секој вработен за неговата важност и вклученост во процесот на постигнување на поставените цели. Во исто време, менаџерот мора да добива информации за тоа како работи неговата организација кон постигнување на поставените цели.

ГЛАВЕН ИЗВРШЕН ДИРЕКТОР ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Во минатото, болничките директори се најчесто избирани од редовите на постарите лекари, кои се без обука за здравствен менаџмент. Во САД, во 50-тите години од 20-от век, функцијата главен извршен директор (ЦЕО) - менаџер, станува вообичаено во менаџментот во здравствената заштита - во тоа време функцијата ЦЕО е позната под името администратор. Тој/таа работи под инструкции на одбор на доверители кои обезбедуваат средства, ја поставуваат политиката на работа и честопати се вклучени во внатрешната администрација.

Кога ЦЕО е немедицински кадар, што е чест случај во северноамериканските болници, доаѓа до конфликт со клиничкиот персонал на болницата. Во некои случаи, ваквите ситуации се решаваат со поставување паралелно раководство од немедицински и клинички персонал. Во европските болници, со закон е утврдено дека ЦЕО е медицинско лице, поради што преовладува моделот на интеграција на менаџерската функција со улогата на шеф на клиничкиот персонал.

Со зголемувањето на трошоците и комплексноста на здравствениот систем, улогата на ЦЕО добива координаторска димензија. Денес ЦЕО повеќе се занимава со односите со надворешните агенции наместо со дневната динамика на организацијата. ЦЕО е партнер, но исто така и *иримум иншџер иарес*, или прв меѓу еднаквите, во менаџерскиот тим кој работи кон дефинирање на целите и решавање на проблемите. Ова ја ублажува авторитарната улога и за сметка на тоа ја потенцира интегративната функција.

ЦЕО е одговорно лице за финансиското раководење со оперативниот и капиталниот буџет на установата, што претставува интегрален дел од планирањето на нејзината работа и идниот развој. Буџетот се состои од четири главни фактори: приходи, фиксни или редовни трошоци, варијабилни или непредвидени трошоци и капитални трошоци - сите еднакво важни за опстанокот и развојот на организацијата.

Клучната улога на врвниот менаџмент е развој на визија, цели и задачи на институцијата, одржување и поттикнување на квалитетот на заштитата, финансиска стабилност и претставување на институцијата пред јавноста. Целокупната одговорност за постоењето и правилното функционирање на една програма ја снесат ЦЕО и одборот на заедницата.

УЧЕСТВО НА ЗАЕДНИЦАТА

Учеството на заедницата во менаџментот на здравствените установи има долга традиција. Традиционалниот болнички одбор служи како механизам за учество на заедницата во унапредувањето на развојот и управувањето со здравствената установа. Улогата на болничките одбори еволуира од филантропска и улога во обезбедување финансиски средства, до една посеопфатна улога во креирање стратегија и планирање, во блиска соработка со менаџментот и професионалниот кадар; оваа еволуција е резултат на растечките оперативни трошоци, воведувањето на национално здравствено осигурување и законската обврска на болниците во здравствените спорови. Централизираните здравствени системи, како британскиот Национален здравствен сервис, ги промовираат регионалните и окружните здравствени системи, кои се карактеризираат со голема застапеност на заедницата во раководењето, и на ниво на региони и на ниво на индивидуални услуги.

ИНТЕГРАЦИЈА - ЛАТЕРАЛНА И ВЕРТИКАЛНА

Рационализацијата на здравствените установи сè повеќе значи поврзување меѓу независни институции. Соединувањето на здравствените институции станува вообичаена практика во многу здравствени системи. Во САД, честа е практиката на соединување на болниците и други здравствени институции со организациите за одржување на здравјето или системите за контролирана грижа. Здравствената реформа во многу земји се заснова на слични поврзувања меѓу организациите.

Латерална интеграција е термин кој се употребува за поврзување меѓу слични установи. Слично како во хотелиерската практика, така и во здравството, поврзувањето на две или повеќе болници се практикува заради намалување на оперативните трошоци, подобрување на финансиската ефикасност и избегнување на дуплирањето на услуги. Градските

болници најчесто одговараат на пазарната конкуренција со купување други болници. За ЦЕО и менаџментот, оваа алтернатива е подобра за управување, но истата не ги опфаќа прашањата на редуцирање на болничките капацитети и интегрирање на услугите на поддршка од страна на заедницата.

Вертикалната интеграција означува организациско поврзување меѓу различни видови здравствени установи, кои формираат интегрирана, сеопфатна мрежа на здравствени услуги. Овој пристап овозможува поместување на фокусот од болничко кон домашно или амбулантско лекување. Истиот се нарекува и модел на контролирана грижа или регионален здравствен систем. Интересот на заедницата е фактор кој поттикнува интегрирање на услугите, што во иднина може да претставува главна промена на менаџерската култура, особено во раководењето со болниците.

Опстанокот на здравствената установа зависи од интеграцијата и соодветните промени во концептот на раководење. Во 90-тите години од 20-от век, голем број од жителите на Калифорнија се вклучија во програмите за контролирана грижа, пред сè поради високите премии на осигурувањето “наплата-за-услуга” и воведувањето на програмите Медикејд и Медикер за помагање на постарите лица и сиромашното население. На независните локални болници кои не беа поврзани со програмите за контролирана грижа им се закануваше опасност со финансиска дестабилизација. Посетеноста на локалните болници во САД се намалува од 75% во 1975, на 62% во 1996 година. Големите медицински центри одговорија со стратешки планови за купување на локалните болници и поврзување со програмите за контролирана грижа, со цел да го зајакнат своето место на “пазарот на услуги”.

Вертикалната интеграција не е значајна само за градските средини, туку претставува и основа за развој на здравствената заштита во селските заедници, и во развиените и во земјите во развој. Интегрирањето на регионална болница и центар за примарна заштита носи потенцијал за обезбедување квалитетна здравствена заштита. Болнички ориентираната здравствена заштита во индустријализираните земји го канализира најголемиот дел од средствата за институционално лекување, што оневозможува соодветно развивање на примарната заштита. За да се спречи ова, земјите во развој треба да го усвојат моделот на примарна заштита, кој лежи во основата на програмите за контролирана грижа, и да се обидат да го промовираат амбулантското и домашното лекување за сметка на големите болнички капацитети.

НОРМИ И ИНДИКАТОРИ НА РАБОТЕЊЕТО

Нормите се корисно средство за поттикнување ефикасна употреба на ресурсите и промовирање високи стандарди во здравствената заштита,

се разбира ако се засновани на емпириски, искусствено докажани стандарди и научно набљудување. Понекогаш, некои норми се користат без доволно докази, но со нивно тестирање преку набљудување, искуство и експеримент. За ова се потребни информации и обучен кадар, кој може слободно и без никакви ограничувања да собира, обработува и презентира податоци, кои подоцна ќе бидат употребени за отворена дискусија меѓу професионалниот персонал, медиумите и општата јавност.

Нормативните стандарди на планирање значат одредување на единична услуга, соодветно за потребите на населението, на пример, број легла или лекари на 1000 жители, или должина на болнички престој. Многу организации со бирократски модел на уредување, користат норми за ресурсите како основа за планирање и финансиските услуги (Поглавје 11). Ова наметнува платежен систем кој поттикнува поголема употреба на таа услуга. На пример, ако на фабриката ѝ се плаќа според бројот вработени, а не според бројот квалитетно произведени возила, тогаш раководството нема да има никаква мотивација да воведо мерки за подобрување на ефикасноста или квалитетот на производот. Ако на регионалната болница ѝ се плаќа според бројот болнички легла или според бројот болнички денови, тогаш не постои мотивација за воведување алтернативни услуги, како на пример амбулантска хирургија или домашно лекување.

Индикаторите на работењето се мерка за извршување специфични активности на превентивната заштита, како имунизација, мамографија, Папаниколау тестови и скрининг за дијабет или хипертензија. Овие индикатори претставуваат индиректна мерка на економичноста, ефикасноста и исплатливоста на услугата и се прифатени како подобар метод за следење и исплата за услугата. Општите лекари во Велика Британија добиваат дополнителни средства за целосно извршување на имунизацијата. Одобрувањето блок грантови или средства по глава жител може да биде врзано за индикаторите на доброто работење, како на пример намалени стапки на смртност на доенчиња, деца или мајки. Стимулативната исплата на средства на болниците може да го поттикне воведувањето на амбулантски услуги како алтернатива на болнички прием или долг болнички престој. Ограничувањата на финансиските средства во индустријализираните земји, а уште повеќе и во земјите во развој, наметнува неопходно следење на индикаторите на работењето за правилен менаџмент со расположивите ресурси.

НОВИ ОРГАНИЗАЦИСКИ МОДЕЛИ

Во многу земји рапидно се појавуваат и развиваат нови модели на здравствени организации. Делумно, ова е резултат на потрагата по економични методи за обезбедување здравствени услуги, а исто така и на целно-ориентирианиот пристап во здравственото планирање, кое бара

најсоодветни начини за постигнување на дефинираните здравствени цели. Развиените земји бараат начини за намалување на здравствените трошоци, додека земјите во развој се во потрага по ефикасни начини за подигнување на здравствените стандарди во покус можен рок и со помалку трошоци. Во новите организациски модели кои се обидуваат да ги постигнат овие цели, припаѓаат регионалните здравствени системи и системите за контролирана грижа, кои се подетално опишани во Поглавјето 11.

МЕНАЏМЕНТОТ И НОВОТО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Менаџментот во здравството има за цел да работи во насока на подобрување на здравствената состојба, а не само економски да ја одржи организацијата. Во минатото, одделеноста на менаџментот од здравствените установи во една заедница е резултат на бројни историски настани. Според Новото јавно здравство, сите услуги се дел од една мрежа на меѓусебно зависни делови, кои на свој начин придонесуваат во задоволувањето на здравствените потреби, било да се работи за болничко лекување или воведување јавно-здравствена регулатива во прехранбената индустрија.

Одделното раководење и финансирање на оваа сложена структура резултира во диспропорција на средства, кадар и фокус врз традиционалните болнички услуги, односно занемарување на поевтините алтернативи, како што се домашното лекување и превентивната заштита. Ефектите на стимулативните методи во рамките на финансиските системи се централно прашање во одредувањето на начините со кои менаџментот пристапува кон решавање на проблемите, односно планирање на програмите, и поради тоа, претставуваат важен елемент во унапредувањето на здравјето.

Менаџерскиот пристап кон решавање на оваа дилема е професионален пристап кон промовирање на сеопфатното Ново јавно здравство. Менаџерот кој строго се држи до старата структура и норми, може да се соочи со застарување и неконкурентност на неговата болница во новите услови, каде што економските стимулативни методи поттикнуваат редуцирање на болничките капацитети и унапредување на здравјето. Дефанзивното, затворено раководство ќе излезе од играта во која наметливиот прогресивен менаџмент ќе биде носител на Новото јавно здравство.

РЕЗИМЕ

Здравствената заштита е една од најголемите и најважни индустрии во секоја земја, која потрошува меѓу 3 и 14% од БНП. Здравството е

услугна, а не производна индустриска гранка, која е витална за здравјето и добросостојбата на поединецот, населението и економијата. Поради фактот што здравството вработува голем број стручен кадар и помошен персонал, истото претставува витален елемент за економскиот опстанок на малите заедници, како и за добросостојбата на целата заедница.

Менаџментот подразбира планирање, водство, контрола, организација, мотивација и одлучување; менаџментот претставува соодветна примена на средствата и кадарот кон постигнување на поставените цели. Оттука, менаџментот вклучува следење на користењето на ресурсите, мотивацијата и функцијата на учесниците (производителот, односно здравствениот работник и клиентот, односно пациентот). Се разбира, се работи за процес на постојано следење на информациите и нивното дисеминирање до сите засегнати страни. Овие функции се задача на сите раководни нивоа на организациите во производниот или услужниот сектор. Креативноста на менаџментот во здравствениот сектор е суштински фактор за негово функционирање, како на генерално, така и на индивидуално ниво. Ова наметнува ефикасна употреба на ресурсите за постигнување на целите и задоволување на заедницата, пациентот и здравствениот работник. Предизвикот е голем, не само кога финансиските средства се во изобилство, туку и кога нивната расположивост е ограничена и треба да се донесат важни одлуки за нивна приоритетна распределба.

Спектарот на Новото јавно здравство е многу широк. Во него влегуваат традиционалните јавно-здравствени програми, но исто така и прашањата на раководење и планирање на сеопфатните услужни системи и мерење на нивната функционалност. Изборот на цели и приоритети често пати се прави од исплатлива, а помалку од идеалистичка гледна точка. Здравствениот менаџер, на генерално (систем) или индивидуално (клиника) ниво треба да го задржи фокусот на реалните можности за постигнување на целите со актуелни и соодветни методи. Доброто раководство подразбира дизајнирање на целите како рамнотежа на желбите и можностите. Ова, со други зборови значи “непријател на доброто е - совршеното”. Новото јавно здравство не е само концепт; тоа претставува менаџерски пристап за подобрување на здравјето на поединецот и населението.

ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

- Kirsch, T. 1988. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly*, 41:19-25.
- McMahon, R., Barton, E., Piot, M., Gelina, N., Ross, P. 1992. *On Being in Charge: A Guide to Management in Primary Health Care*, Second Edition. Geneva: World Health Organization.
- Scott, R. W. 1992. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Woodall, J. P. 1988. Epidemiological approaches to health planning, management and evaluation. *World Health Statistics Quarterly*, 41:2-10.

БИБЛИОГРАФИЈА

- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1993. *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Adier, P. S. 1993. Time-and-motion regained. *Harvard Business Review*, January-February: 97-108.
- Aguiayo, R. 1990. *Dr. Deming: The American Who Taught the Japanese About Quality*. New York: Simon & Schuster.
- Cohen, J. 1990. Health policy, management and economics. In Lambo, T., Day, S.B. (eds). *Issues in Contemporary International Health*. New York: Plenum.
- Darr, K., Rakich, J. S. 1989. *Hospital Organization and Management*, Fourth Edition. Owings Mills, MD: National Health Publishing.
- Donabedian, A. 1976. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Boston: Harvard University Press.
- Duncan, W. J. P., Ginter, P. M., Swayne, L. E. 1995. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Business.
- Dutton, D. B. 1979. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care*, 17:221-243.
- Ellencweig, A. Y. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Ezioni, A. 1964. *Modern Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Glynn, J. J., Perkins, D. A. (eds). 1995. *Managing Health Care: Challenges for the 90s*. London: W. B. Saunders.
- Griffith, J. R. 1993. *The Moral Challenges of Health Care Management*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Katzenbach, J. R., Smith, D. K. 1993. *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press.
- Maslow, A. 1954. *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- May, E. 1945. *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Boston: Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Mintzberg, H. 1994. The fall and rise of strategic planning. *Harvard Business Review*, January-February: 107-114.
- Mooney, G. 1987. What does equity in health mean? *World Health Statistics Quarterly*, 40:296-303.
- Reinke, W. A. (ed). 1988. *Health Planning for Effective Management*. New York: Oxford University Press.
- Robbins, S. P. 1990. *Organization Theory: Structure, Design and Applications*, Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Shortell, S. M., Kazlun, A. D. (eds.). 1994. *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, Third Edition. Albany, NY: Delmar Publishers.
- Sloan, M. D., Chmel, M. 1991. *The Quality Revolution and Health Care: A Primer for Purchasers and Providers*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.
- Tarimo, E. 1991. *Towards a Health District: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- Taylor, C. E. 1992. Surveillance for equity in primary care: Policy implications from international experience. *International Journal of Epidemiology*, 21:1043-1049.
- Taylor, F. W. 1947. *Scientific Management*. New York: Harper & Brothers, reprint.
- Vaughn, J. P., Morrow, R. H. 1989. *Manual of Epidemiology for District Health Management*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1994. *Information Support for New Public Health Action at the District Level*. Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series 845. Geneva: World Health Organization.

