

ПРИМЉЕНО:			
ОРГ.ЈЕД.	БРОЈ	ПРИЛОГ	ПРИЈЕДНОСТ
13/1	657/2	30	



ИЗВЈЕШТАЈ о оцјени урађене докторске тезе

ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ

На основу члана 141. Закона о високом образовању („Службени гласник Републике Српске“, број : 67/20, члана 54. Статута Универзитета у Бањој Луци и члана 20. Статута Економског факултета, Научно-наставно вијеће, Економског факултета на VII сједници одржаној 16.05. 2022. године донијело је Одлуку број: 13/3.547- VII-4.4/22 од 16.05.2022. о именовану Комисије за оцјену урађене докторске дисертације кандидаткиње мр Вање Кењић под називом: „Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел“:

1. Др Јово Атељевић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област *Менаџмент*, предсједник
2. Др Зоран Лукић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област *Менаџмент*, члан и
3. Др Бранислав Машић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Источном Сарајеву, ужа научна област *Менаџмент*, члан.

Датум и орган који је именовао комисију. Састав комисије са назнаком имена и презимена сваког члана, звање, назив уже научне области за коју је изабран у звање и назив универзитета и факултета у којој је члан комисије запослен.

1. УВОДНИ ДИО ОЦЈЕНЕ ДОКТОРСKE ТЕЗЕ

Тема докторске дисертације под називом: „Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел“ кандидаткиње мр Вање Кењић, прихваћена је од стране Научно-наставног вијећа Економског факултета Универзитета у Бањој Луци, Одлуком број: 13/3.150-III-6/16 године којом је за ментора именован др Јово Атељевић, редовни професор Економског факултета Универзитета у Бањој Луци. Сенат Универзитета у Бањој Луци је Одлуком број 02/04-3.220-48/16 од 17.02.2016. године дао сагласност на Извјештај о оцјени подобности теме за израду докторске

дисертације кандидаткиње мр Вање Кењић на Економском факултету Универзитета у Бањој Луци.

Докторска дисертација је написана на српском језику и латиничним писмом, коришћени формат текста је „Times New Roman“, величина фонта 12, коришћени проред 1,1. Дисертација је написана на укупно 249 страна компјутерски сложеног и форматираног текста формата А4, од чега је 209 страница чистог текста, 15 страница литературе, 25 страница прилога, 5 страница које се односе на попис слика, табела и графикона, а преостале странице односе се на наслов дисертације (на српском и енглеском језику), информације о ментору и докторској дисертацији (на српском и енглеском језику), сажетак дисертације (на српском и енглеском језику), посвету, захвалнице и садржај дисертације. Докторска дисертација садржи 19 слика, 37 табела, 40 графикона и прилог са широм верзијом резултата и једним примјером анкетних упитника. Укупан фонд коришћене литературе састоји се од 483 референце.

Садржај докторске дисертације је изложен је у сљедећим поглављима:

1. Увод (стр.7-30)
2. Теоријски приступ досадашњих истраживања (стр. 31-78)
3. Стратешко управљање здравственим установама (стр. 79-114)
4. Израда синергетско-холистичког (СХ) модела (стр. 115-142)
5. Анализе истраживања (стр.143-190)
6. Дискусија и Закључак (стр.191- 209)

Структура докторске дисертације, поред Увода, Закључка, пописа литературе, прилога и пописа слика, табела и графикона, садржи шест међусобно логички повезаних дијелова. Свако поглавље је подијељено у неколико потпоглавља.

Увод се састоји од резимеа, дефиниција и појмова на којима се базира рад, описа проблема истраживања и предмета истраживања, сврхе и циљева истраживања, генералне и помоћних хипотеза, независних и зависних варијабли и подваријабли, методолошког приступа кроз опис метода рада и истраживања, те образложење структуре докторске дисертације. Такође образложен је допринос истраживања и очекивани резултати. На крају уводног дијела дат је преглед структуре рада.

Друго поглавље дисертације, под називом *Теоретски приступ досадашњих истраживања* бави се теоретским приступом досадашњих истраживања у подручју стратешког менаџмента и система управљања квалитетом базираног на процесном моделу, у складу са захтјевима међународне норме ISO EN BAS 9001 и 9000ff. Дат је преглед термилошких одредница и историјског развоја стратешког менаџмента, као и истраживања о томе која су потребна знања и вјештине лидера, те је предочен и систематизован приказ функција стратешког менаџмента. Такође, ово поглавље обухвата основе норме ISO 9000ff кроз термилошке одреднице, норму 9001:2015, као и остале комплементарне документе и смјернице. У овом поглављу представљен је и модел изврности темељен на EFQM моделу, као једном од најраспрострањенијих и најобухватнијих генеричких управљачких модела.

Треће поглавље под називом *Стратешко управљање здравственим установама* даје кратак осврт на тренутну ситуацију у Европи и свијету, утицају пандемије COVID-19, глобалне економске кризе, као и трендова у здравственом сектору. Детаљно обрађује дио који се односи на успоставу и структуру здравственог система у Босни и Херцеговини, са посебним акцентом на Федерацију БиХ, кроз организациони и правни оквир дијела здравственог система у Босни и Херцеговини. У овом дијелу је представљен развој и структура програма континуиране професионалне едукације, која чини основни захтјев за стицање позиције лидера на топ, средњем или оперативном нивоу унутар здравственог система ФБиХ. У наставку поглавља детаљно су приказане захтјеви тачака норме ISO 9001:2015, овај пут у директној корелацији са захтјевима свих тачака (4-10), која објашњава примјену норме на здравствене установе примарног, секундарног и терцијарног нивоа. С циљем објашњења све три помоћне хипотезе, представљен је и Донабедијанов модел (ДМ) као систем побољшања квалитета здравствене услуге, на којем се темељи досадашњи систем квалитете здравствених установа у свијету. Унутар ДМ модела представљене су знање, вјештине неопходне за имплементацију система, али и елементи који недостају.

У четвртном поглављу под називом *Израда синергетско-холистичког модела* представљени су структура и фазе новог модела, те везе и утицаји елемената модела. У првом дијелу, представљен је програм КПЕ, захтјеви норме ИСО 9001:2015, те захтјеви ДМ модела, а у другом дијелу поглавља 4. тј. 4.2. фазе модела: везе и утицаји испитују се и упоређују захтјеви КПЕ, СУК ISO 9001:2015, ДМ са захтјевима и функцијама стратешког менаџмента. Четврто поглавље представља постепену декомпозицију поменутих дијелова, с циљем касније изградње новог теоретског синергетско-холистичког модела (СХМ), који обједињује КПЕ, СУК и ДМ функције стратешког менаџмента у јединствени оквир. Испитивање веза и утицаја елемената модела са функцијама стратешког менаџмента чини кључни дио изградње новог модела.

Пето поглавље, под називом *Анализе истраживања* укључује детаљно представљање карактеристика одабране популације и узорка, те приказ и анализу свих резултата истраживања проведених прикупљањем примарних података. Даља анализа фокусира се на садашње стање два подручја: имплементација система управљања квалитетом на здравственим установама и имплементација функција стратешког менаџмента. На основу изведених анализа даје се приједлог новог теоријског синергетско-холистичког модела (СХМ), те валидације саставних дијелова елемената модела путем анализе коефицијента корелације ранга Спирмана.

Поред предочених и обрађених резултата структурисаних анкетних упитника, али и дубинских интервјуа, у закључним разматрањима истраживач даје дубљи увид у разумијевање истраживачког проблема, те у складу са обављеним примарним истраживањима (кроз структурисане анкетне упитнике за три подручја, те неструктурисане дубинске интервјуе са топ-менаџерима здравствених установа)

креира нови теоријски синергетско-холистички модел СХ уважавајући политички, економски, друштвени, технолошки оквир у којем здравствени систем дјелује. Квантитативним методама је тестирана корелација између више подручја управљачког процеса. Будући да се закључци изводе на основу проведене анализе, гдје је и истраживач основни инструмент, посебна пажња се обратила на избјегавање три могуће грешке: а) холистичка (међузависност); б) елитистичка пристрасност и ц) урођеничка објашњења.

Посљедњи дио дисертације односи се на дискусију резултата истраживања са аспекта главне и помоћних хипотеза, укупни преглед претходно анализираних подручја у којем се испитују помоћне хипотезе, те се у складу са претходним налазима и обављеним истраживањима потврђује главна хипотеза. Новокреирани теоретски модел обухвата све неопходне функције стратешког менаџмента, као и све функције и захтјеве система управљања квалитетом, као и управљачке компетенције које подржавају функције стратешког менаџмента.

У настојању предвиђања најбољег пута за Босну и Херцеговину, али и шире, дефинишу се импликације истраживања и садржаја дисертације за теорију, политике и даља истраживања. Додатно, наводе се и ограничења студије која сужавају простор сагледавања свих аспеката комплексности проблематике.

Босанско-херцеговачки здравствени систем, здравствени професионалци, те укупна јавност треба имати прилику критички сагледати нове конструкте и дискурсе, који већином потичу глобалну примјену ДМ, те се одредити о адекватности и друштвеној прихватљивости промовисаних и често наметаних реформи здравства. Радам се даје допринос деконструкцији приступа и утицаја појединих модела на креирање новог генеричког модела, примјењивог за све здравствене установе.

У складу са чланом 3. Правилника о поступку провјере оригиналности завршних радова I и II циклуса студија Универзитета у Бањој Луци, докторска дисертација кандидаткиње мр Вање Кењић прошла је провјеру оригиналности докторске дисертације, о чему постоји званична потврда.

а) Истаћи основне податке о докторској тези: обим, број табела, слике, број цитиране литературе и навести поглавља.

2. УВОД И ПРЕГЛЕД ЛИТЕРАТУРЕ

Кандидаткиња сматра да је финансијска криза која је почела у САД-у септембру 2008. године, прерасла у глобалну економску кризу (Patel, 2010) и проширила се на практично све међународне организационе структуре и нивое одлучивања (G-7, G-20, ММФ, Свјетска банка, OECD, Свјетска здравствена организација, Европска унија), те да је управо интензивна дерегулација финансијских тржишта, идеолошки и практично заснована на неолибералном учењу, омогућила предуслове за неодговорно пословање и злоупотребу основних постулата процјене ризика од стране водећих финансијских институција који су у коначном и довели до развоја кризе (Mirowski & Plehwe, 2009). Идентификује неолиберализам и глобализација кључним процесима који утичу на слабљење јавне сфере, заједно са пратећим

процесима приватизације и тржишне оријентације (маркетизације), те повећањем конкуренције (Hammerschmid & Meyer 2005).

Под утицајем неолиберализма настаје и приступ Новог јавног менаџмента (НПМ), који се у првом периоду имплементирао управо у Енглеској, те у Шведској крајем '70-их година 20-ог вијека (Bleiklie, 2018). Политички развој који је водио снажењу неолиберализма у Шведској настао је као последица економских тешкоћа деведесетих година, које су довеле и до промјене свијести о јавном сектору. Неолиберализам и глобализација идентификовани су кључним процесима који утичу на слабљење јавне сфере, заједно са пратећим процесима приватизације и тржишне оријентације (маркетизације), те повећањем конкуренције (Hammerschmid & Meyer 2005). Самим тим, различити механизми и поступци иманентни приватном сектору трансферисали су се и проводили у јавним институцијама. Кандидаткиња напомиње да је БиХ прошла низ шокова у временском периоду од три деценије, процесима започетим увођењем вишепартијског парламентарног система, који су настављени проласком кроз ратно и постратно искуство. Постратно искуство се временски поклапа са транзиционим и глобализацијским ефектима који су на социо-економску слику земље имали снажан утицај.

Будући да посебно мјесто унутар реформи јавног сектора заузима здравствени сектор, потребно је имати у виду чињеницу да је здравље основа добробити те кључни предуслов за повећање продуктивности једне земље (Todaro & Smith 2015). Како би се оствариле користи развоја модерних технологија и повећања продуктивности, земље у транзицији обавезне су првенствено реформисати образовни и здравствени систем (Baig, 1996). Кандидаткиња сматра да образовање и здравство представљају основне циљеве развоја земаља у транзицији.

Међузависности и интеракције стратегије (или стратешког менаџмента) и квалитета у процесима реформи могу донијети многоструке користи за јавни сектор (здравство), социјалну и демографску слику земље (становништво), те економију земље (кроз повећање продуктивности радно способног становништва). Кандидаткиња у раду истражује интеракције стратегије и квалитета као важан задатак са становишта научне, али и практичне примјене. Значај здравља на укупан раст, развој те благостање и продуктивност државе постаје јасно и кроз сагледавање последица пандемије вирусне респираторне болести узрокована новим коронавирусом САРС-ЦоВ-2 (WHO, 2020) крајем 2019. године, која још увијек није завршена.

У раду је представљен прегледи и анализа неких од најважнијих мислилаца за развој стратешког менаџмента као и саме дисциплине менаџмента (Henry Fayol, Igor Asnoff, Peter Drucker, Henry Mintzberg i Michael Porter и др). Alfred Chandler (1962) фокусира се на анализу три димензије стратегије: потребе дефинисања циљева, дефинисања плана акције или концепције, Steiner (1979) наглашава да се стратегија односи на кључне одлуке о правцима дјеловања, Michael Porter (1996) истражује разлике стратегије и оперативне ефективности, наглашавајући да оперативна ефективност не може бити сама стратегија. Аутор примјећује да су менаџерски алати (TQM, бенчмаркинг, аутсорсинг, реинжињеринг) заузели мјесто стратегије, те да менаџери последично (бављењем унапређењима, а не стратегијом) удаљавају фирме од одрживе конкурентске позиције. Ефикасно управљање јавним сектором данас, захтијева од јавних установа развој капацитета за примјену

стратешког менаџмента као централног менаџерског процеса који интегрише све кључне активности и функције (Poister & Streib, 1999). McBain & Smith (2010) сматрају да је стратешки менаџмент постао стандардно средство којим менаџери у јавном сектору креирају вриједности и обликују организацију.

Анализом чланака из Harvard Business Review кандидаткиња наглашава важност (Dimon & Bossidy) доктрине којом се наглашава, да је извршење стратегије кључ стратешког успјеха сваке организације (Martin, 2010). Okumus & Roper (2000) закључују да стратегије немају никакву вриједност уколико не могу бити имплементирани, док други аутори потврђују да се мање од 50% формулисаних стратегија заиста и имплементира (Mintzberg, 1994; Hambrick & Canella, 1989; Miller & Dess, 1996). Овдје се може наћи упориште у тврдњи да функција стратешког планирања (без обзира на модерне алате које користи) не може замијенити све друге функције стратешког менаџмента (Lega, Ferre & Cuccurullo, 2012). Из наведеног слиједи да је неопходно развити концептуални оквир који симултано обухвата све функције стратешког менаџмента (не само планирање), али при томе не занемарује разлике између топ менаџера који осмишљавају и користе стратешке функције и свих осталих који их у пракси проводе

Веза између стратешког менаџмента и система квалитета је дефинитивно етаблирана у '70-им и '80-им годинама прошлог вијека, гдје кандидаткиња представља историјски развој, као и различите концепте. Тако Garvin (1988) истиче да управљање системом квалитета представља саставни дио процеса стратешког планирања. Peters и Waterman (1982) су кроз своја истраживања приказали да су најконсистентнији фактори који се оцјењују унутар организација квалитет, поузданост и услуга. Garvin и остали аутори 90-их година приказују помјерања у размишљању унутар топ менаџмента, уско повезујући квалитет са профитабилношћу, те посматрајући га искључиво финансијским елементом у процесима стратешког планирања. Calingo (1996) сматра овакав поглед на квалитет изузетно уским и наводи да се не може сматрати конкурентском предношћу, већ мора обухватити цјелокупан систем. Наводи приступе квалитети кроз различите теоријске и апликативне концепте у јавном сектору, те менаџерске алате за ефикасно управљање организацијом, као што су Balanced ScoreCard (Kaplan и Norton, 1996); стратешке мапе (Voelker, Rakich и French, 2001; Norton, 2006; Wicks и St. Clair, 2007; Wu и Kuo, 2012); организационо учење (Seok Hee et al., 2007; Hovlid et al., 2012) и сл., с циљем евалуације и оцјењивања квалитета пословања и перформанси одређене организације. Занимљиво је да су сви досадашњи теоретски и емпиријски модели система управљања квалитетом, те вањског оцјењивања модела настали управо обједињавањем постојећих метода, алата и техника из подручја менаџмента (Weale, 2007; Dominquez-Mayo, 2012), те постојећег know-how из подручја едукације (темељено на основном Донабедијановом моделу квалитета здравствене установе).

Наравно, појављивали су се различити приступи и тумачења квалитета, зависно од приступа и поља интересовања аутора, које кандидаткиња анализира у складу са њиховим разумијевањем квалитете и фокусом дјеловања (Crosby, 1979; Taylor, 1911; Shewhart, 1939; Deming, 1943; Juran, 1951, 1986; Feigenbaum, 1961; Ishikawa, 1985; Mandru, 2011; Taguchi, 1957; Kackar, 1989; Crosby, 1979; Summers, 2005; Lazibat, 2009). Још од 1960. године позната је техника стратешког управљања квалитетом под називом Hoshin Kanri (хо-метод, схин-усмјеравање, канри-планирање) развијен

од стране Yokogawa Hewlett-Packard, која се користи за укупну контролу система и TQM-а (Nicholas, 2016). Помоћу овог модела покушала се поправити функција стратешког планирања помоћу интеграције стратешких циљева на оперативном нивоу, имплементације PDCA круга на управљање пословним процесима, методологијом паралелног планирања и извршавања (Tennant & Roberts, 2003). Међутим, Hoshin Kanri се ипак односи само на једну функцију стратешког менаџмента, а то је планирање (компоненте: формулисање плана, развој одјела, имплементација и аудит - контрола). Walsh (2006) је синтетисао различите концептуалне моделе у један свеобухватни приступ стратешком управљању квалитетом, предложивши оквир за интеграцију квалитета и стратегије.

Кандидаткиња наводи да у јавним здравственим установама, менаџери имају најмање утицаја на финансијски менаџмент здравствене установе, као што и проведена истраживања доказују (Calingo, 1996; McLaren, 1984; Bays, 1986 i Batchelor, Butler i Jellinek, 1987). Почетак претварања филозофије и концепта квалитета у конкретне покушаје креирања модела система осигурања квалитета кроз развој и имплементацију појединих менаџерских алата унутар здравствене установе започињу Wowk, 1990; Claus, 1991 i Batalden, 1992. Appel (1991) i Weiner (1992) у теорији први пут покушавају креирати заједничке индикаторе квалитета здравствене услуге путем истраживања резултата имплементације унутар болница (Weiner et al. 2006). Al-Assaf (1993), а затим и Nichols и Zallar (1997) почињу се ослањати на резултате система квалитета на америчким здравственим установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа. Њихова одредница имплементације квалитета веже се директно за тотално управљање квалитетом, гдје је у потпуности прескочен нужни дио имплементације система управљања квалитетом. Sloves (1999), Burstin и Attree (2001), Meurer и Larson, те Willis (2002) сматрају да је након имплементације осигурања квалитета потребно кренути у побољшања и да се здравствене установе могу акредитовати у односу на побољшања која приказују након имплементације основног Донабедијановог модела квалитета здравствене услуге. На одређен начин, систем квалитета посматра се искључиво као паралелни систем постојећим управљачким системима. Clancy и Cronin (2005), Halvorson (2005) и Gorgos (2006) фокусирају своја истраживања на индикаторе квалитета, процесе мјерења, анализе и побољшања, али искључиво унутар темељних процеса и везано за пружање здравствене услуге. Shershneva (2007), Hellinger (2008) & Humphreys (2008) фокус враћају на задовољство корисника/пацијената пруженом услугом (укључујући и упосленике), али први пут проширују мјерења и на остале интересно-утицајне групе (осим оснивача, партнера и на акредитацијске агенције и куће). Поједини аутори уочавају процесни карактер стратешког менаџмента (Certo & Peter, 1993; Pearce & Robinson, 2005.). Важно је назначити да се системи квалитета базирају управо на процесном моделу, што указује на сличности приступа и широк простор могућности усклађивања. У прилог томе, Koontz & Weihrich (2009) приказали су системски концепт менаџмента, базиран на моделу инпут-трансформација-аутпут, односно процесном моделу.

Здравствене организације су често велики плуралистички концепти у плуралистичким оквирима и постоји много истраживања која се баве овом тематиком (Boyne, 2002; Meyer et al., 2006; Cristofoli & Longo 2007). Тешкоће у управљању и вођењу здравствених установа, узроковане њиховом комплексношћу, али и моћи коју стављају у руке појединаца, те конфликти интереса интерних и екстерних управљачких система, стварају такође и потешкоће у комуницирању и

провођењу експлицитних, кохерентних и јединствених стратешких праваца. Постојећа литература (академска, стручна и истраживачке студије) о стратешком менаџменту у организацијама/установама јавног сектора често посуђује теорије, технике и алате из пословно оријентисаних контекста.

Утицај NPM-а огледа се у преносу инструмената, техника и алата (али и захтјева интересно-утицајних група) из приватног у јавни сектор. Рад менаџера у јавном сектору није адекватно рефлектован у постојећим управљачким оквирима. Постоји реална потреба за бољим концептуалним оквиром који ће одражавати све функције стратешког јавног менаџмента. Нпр. Weingart-ова класична студија (1993) истражује процесе доношења одлука у односу на набавку технологије у дванаест великих медицинских центара. Његови резултати показују да је финансијски утицај пројекта био најчешће кориштен критериј одлучивања, али да су у случају здравства финансијски утицаји били најмање важни (у односу на утицај технологије на квалитет укупне здравствене његе и задовољства корисника). У посљедњих двадесетак година, међу академским радницима фокус је стављен на стратешки менаџмент унутар организација јавног здравственог сектора (Meier et al., 2006). Литература показује да се тема даље фокусира на осигуравање менаџерских алата за достизање бољих перформанси, чиме се потврђује утицај рационализма НПМ-а у реформама у подручју здравственог сектора. НПМ наглашава да установе јавног сектора морају усвојити праксе стратешког планирања како би побољшале дугорочно управљање, вођење јавних установа те побољшале перформансе у турбулентном окружењу (Alford, 2001, Barzelau, 2001). Lega (2012) тврди да, узимајући у обзир ову перспективу, појам стратешког планирања често се грешком поистовјећује са појмом стратешког менаџмента (иако чини само један његов дио).

Кандидаткиња сматра да постоји конфузија између неопходних менаџерских знања и разумијевања контекста окружења, те новости у подручју саме медицине збуњује и креаторе континуиране професионалне едукације здравствених менаџера. Дакле, поистовјећивање система управљања квалитетом на здравственој установи (управљачки модел) и система квалитете здравствене услуге (Донабедијанов модел квалитете здравствене услуге), доводи и до таутологије унутар КПЕ здравствених менаџера (Fentahun & Molla, 2012), гдје се најчешће мијешају јединице из медицине и биомедицине, са садржајним јединицама стратешког управљања, организацијским перформансама и управљања квалитетом. Као што је већ представљено управљање здравственим установама се посматра под појмом менаџерских знања и вјештина, док се квалитет придружује искључиво у подручју задовољства корисника и мониторинга одређених индикатора директно везаних за здравствену услугу. Јаз који се може видјети јесте потпуно занемаривање изградње система квалитете у односу на задовољство корисника, те креирање индикатора перформанси здравствених услуга и производа, мјерења, анализе и побољшања. При томе, у цјелости се занемарује процесни модел, конзистентност процеса и једнак развој друге двије врсте процеса – управљачког и процеса подршке.

Управљање јавним здравственим организацијама мора узети у обзир двије димензије установе: њену јавну природу с једне стране, те посебности/специфичности контекста здравствене услуге, с друге стране. Allison (1993), Van de Bij i Broekhuis (1998), Larson & Muller (2002), Boyne (2002), Ictenbas i Eryilmaz (2011), te Benazić (2012) потврђују неопходност фокуса на неколико аспеката јавних организација (здравствених установа): јавне установе имају велики

број интересно-утицајних страна које имају своје захтјеве и стављају ограничења на рад здравствених установа. Често су захтјеви различитих екстерних група (нпр. оних који плаћају порезе и оних који примају услуге) у конфликту. Јавне здравствене организације су често развучене у много праваца тј. очекује се да допринесу општем развоју заједнице, изводе све своје примарне активности, симултано укључујући и користећи менаџерске алате приватног сектора уз истинске вриједности ефикасности и ефективности (Argrowsmith et al., 2000; Porter & Lee, 2013). Већа бирократија организација јавног сектора намеће се због бирократских процедура за доношење одлука, истовремено смањујући аутономију менаџера који у јавној организацији имају мање слободе у доношењу одлука (Lega, 2012).

Проблем истраживања постаје нарочито значајан уколико се узме у обзир да је у посљедњих двадесетак година присутна криза повјерења у јавне здравствене установе, којима се спочитава наводна неспособност да адекватно одговоре захтјевима пацијената и друштвеној заједници, те преузму одговорност за раст и развој цјелокупне државе. Они који контролишу финансирање здравственог сектора не вјерују да установе одговарају потребама пацијената и других интересних група у здравственом сектору (Lee, Vlaev i King, 2013; Tyagi et al., 2013). Одговором на провођење структурних реформи јавног сектора може се сматрати имплементација система управљања квалитетом унутар здравствених установа, с циљем повећања транспарентности, ефикасности и ефективности пословања истих (Evans, 2009; Schmitt, 2010). Све је присутнија потреба за диференцираном функцијом менаџмента квалитета у здравству (а тиме и менаџмента људских ресурса као његове неодвојиве компоненте), која ће створити амбијент унапређења квалитета и сигурности здравствених услуга (Boulkedid, 2011; Kennedy 2011).

Однос између стратегије, организацијске структуре и организацијских перформанси посебна је тема литературе стратешког менаџмента (Nouri, 2013). Обично се наводе два темељна ослоњања конкурентске предности, а то су ефикасност и иновативност. Међутим, фокусом на јавне услужне организације (узимајући у обзир захтјеве који немају приватне организације), Hill наводи и два додатна, а то су квалитет и потпуно разумијевање и сензибилност на захтјеве корисника (Šehić, 2002). Поједини чланци најпрестижнијих часописа у подручју менаџмента (Calingo, 1996; Bossink, 2002; Beer, 2003) баве се стратешком функцијом квалитете у менаџменту иновација, уводе синтагму стратешког управљања квалитетом, расправљају о повезивању стратегије и квалитете (Beercroft, 2006), али нико не увиђа предност генеричког модела СУК ISO 9001. Кандидаткиња предлаже обједињавање захтјева норме СУК ISO 9001 који би могао послужити као стратешки оквир који обједињује све стратешке функције (објашњено у ISO 9004:2018), истовремено имплементирајући СУК на организацију, те посљедично избјегавајући утврђени јаз између креирања стратегије и њене имплементације.

Циљеви здравственог сектора су обично замагљени и нејасни, изузев оних који се односе на једнак приступ здравственој услузи и смањење трошкова. Сви захтјеви који се постављају пред јавне организације, на нивоу стратешког менаџмента већ су обухваћени и захтјевима генеричког модела система управљања квалитетом по норми ISO9000фф (ISO 9000:2015; ISO 9001:2015 и ISO 9004:2018). Поставља се питање зашто овај генерички оквир, одговарајући за све институције/организације раније није интегрисан као модел који повезује стратешко управљање

организацијом и систем управљања квалитетом (Heuvel, 2006; Bell, 2010). ISO 9001 процесни модел користио се за истраживање компатибилности и са другим моделима: однос између ИСО 9001 и Six-sigma (Lupan, 2005); однос између QMC-a и система управљања заштитом (El Ayadi et al., 2007); компатибилност ISO и одрживости (Jasiulewicz-Kaczmarek, 2017); компаративна студија о ISO сертификацији и акредитацијама у здравству (Guerra B, 2017.) и компатибилност ISO и специфичних стандарда квалитета за здравство (Tošić, 2018).

Умјесто тога, аутори (више академски истраживачи, мање практичари) сматрали су да увођењем TQM-a (за побољшање квалитете) задовољавају функцију квалитета на стратешком нивоу и тиме занемарили чињеницу да свака организација мора имати имплементиран СУК да би могла примијенити алате TQM-a (Deming, 1986; Juran, 1989; Buzzel & Gale, 1987; Hackman & Wageman, 1995; Lawler et al. 1998; Hendricks & Singhal, 2001). Унутар захтјева генеричког СУК модела (тачке Норме од 4 до 10.) наведени су сви елементи стратешких функција (стратешки менаџмент) организације, уз дјелимично искључивање подручја финансијског менаџмента.

Кандидаткиња представља концепт квалитета здравствене услуге дефинисан је од стране Донабедијана 60-их година помоћу модела који је и даље универзално прихваћен и користи се у академским истраживањима, и у свјетској пракси, али искључиво за развој стандарда квалитете здравствене услуге. Модел се фокусира на три главне компоненте: структуру – процес – резултати/исходи (Ammenwerth et al., 2007; Bahrami et al., 2007; Jlassi et al., 2007; Kunkel et al., 2007). ДМ структура фокусира се на статичке карактеристике особља које осигурава здравствену услугу, као и окружење у којем се одвија, процес обухвата активности здравствене услуге пацијенту (дијагнозе, прописивање лијекова и сл.), док компонента резултата/исхода обухвата квалитет здравствене његе који се мјери помоћу неколико индикатора (El Haj, 2013). Наведени модел је прихваћен у здравственим установама широм свијета, будући да представља окосницу, тј. основу модела квалитете здравствене услуге препоручене од стране WHO (2002; 2008; 2014). На стратешком нивоу здравствених установа усвојен је TQM систем (само у виду коришћења додатних алата за побољшања система квалитете), те су се паралелно, на нивоу стратешког менаџмента усвајали различити и неприлагођени управљачки алати (пренесени из приватних предузећа и бизниса). Систем квалитете многих здравствених установа почива на ДМ квалитете здравствених услуга, надограђеним TQM алатима за побољшавање квалитете, пренесене из индустријског сектора, али неприлагођене здравству. Кандидаткиња анализира дијелове који се односе на побољшање квалитете здравствене услуге, те на питања везана за тренутни ниво менаџерских и лидерских вјештина топ менаџера (Hill, 2020; Osseo-Asare & Longbottom, 2002). Остали аутори (водећи Srikanthan & Dalrymple, 2002, касније и Painter & Mok, 2008, te Dollery et al., 2011) дискутују о увођењу менаџерских култура у систем управљања квалитетом у јавном сектору. Међутим гап у литератури унутар здравственог сектора, налази се у процјепу између понуђених теорија, метода и техника стратешког менаџмента - генеричких, истовремено се у подручју квалитете фокусирајући искључиво на квалитет здравствене услуге у складу са основама модела понуђеног 60-тих година. Једини развој који је здравствени сектор у подручју квалитете остварио, јесте унапређење индикатора, али искључиво унутар здравствене услуге као темељног процеса установе (Becket & Brookes, 2008; El Haj, Lamrini & Rais, 2013). Дакле, проблем истраживања јесте непостојање јединственог модела система управљања квалитетом на здравственим

установама, који обухвата све процесе и активности здравствене установе (не само здравствену услугу). Непостојање јединственог модела СУК-а повећава фокус на аспект стратешког планирања, али умањује фокус на имплементацију стратегије.

У зависности од саме парадигме појам квалитета може бити схваћен на различите начине користећи различите појмове, ознаке и моделе. Кандидаткиња даје и приказ о непостојању консензуса о томе како дефинисати квалитет у здравственој установи, будући да недостаје заједнички систематски оквир (Blumenthal 1996; Brook et al., 1996; Saturno, 1999; Bengoa et al., 2006; Evans et al., 2001; Shaw i Kalo, 2003; Sunol et al., 2005). Разумијевање темељних концепата, димензија, алата за мјерење те интересно-утицајних страна у процесима доношења одлука јесте кључ процјене система квалитете који постоје унутар здравствених сектора земаља Европске уније. Од 1995. до 2015. године већина земаља почиње укључивати преференсе и захтјеве пацијената те их детерминисати кључним елементима система квалитете (Brook, 1996, Shaw и Kalo, 2002), а касније и осталих интересно-утицајних група.

У америчкој литератури (Kavaler & Alexander, 2014; Kongstvedt, 2013; Kennedy & Fiss, 2009) изнова говоре о квалитети здравствених услуга, те о управљању здравственим услугама (management of health care), док у европској литератури (Van der Bij & Broekhuis, 1999; Van den Heuvel et al., 2005; Stephens & Ledlow, 2010 & Rotar-Pavlić, 2012) у подручју система побољшања квалитете у здравственим установама те њихове акредитације, стручњаци препознају искључиво квалитет здравствене услуге темељен на Донабедијановом (ДМ) моделу (Донабедијан, 1988) квалитете здравствених услуга (WHO, 2018). Под управљањем квалитетом у здравственом сектору обично се подразумева постојање националних/државних агенција за квалитет и акредитацију у здравству (NIAHO, JCI, итд.) ипак све земље ЕУ имају властите државне агенције за унапређење квалитете у здравству. ЕУ бави надоградњом (побољшањем) квалитете услуга, прије него је уопште имплементирала систем управљања квалитете на цијелој установи.

Узимајући у обзир да се генеричка норма ISO 9000фф може користити као стратешки модел примјенив на цијелу институцију/организацију, те да својим захтјевима удовољава свим функцијама стратешког менаџмента, истовремено осигуравајући симултано увођење система управљања квалитетом, у овој тези је (ISO 9001) предложен помоћном хипотезом, те истражен у складу са намјерним узорком. Уколико се овоме дода и широко распрострањени модел квалитете здравствене услуге (Донабедијанов модел-ДМ), једноставно је доказати да је ISO 9001 шири модел, који унутар својих захтјева (темељни процеси – ISO, 2008; El Naj, Lamgini & Rais, 2013), обухвата и квалитет здравствене услуге по процесном моделу (помоћна хипотеза два) која је, такође, истражена унутар намјерног узорка. Трећа помоћна хипотеза која је третирана као улазни елемент и истражена у складу са намјерним узорком јесте континуирана професионална едукација топ менаџера здравствених установа (КПЕ). Истраживање ове три помоћне хипотезе темељи се на захтјевима функција стратешког менаџмента, те резултује изградњом јединственог синергетско-холистичког модела система управљања квалитетом, који представља интегрисани модел стратешког управљања у здравственим установама.

Како би се могли носити са изазовима здравственог сектора, топ менаџери

здравствених установа имају потребу за сталним професионалним усавршавањем менаџерских знања и вјештина – у даљем тексту КПЕ (Nichol, 1990; Wooden, Robertson, Dawkins, 1994; Chase & Macfarlane 2006; Roemer, 2008). Ипак, до данас (Rosenzweig, 2013) приступи КПЕ у управљању здравственим установама нису се значајније укоријенили у здравству (као што је то случај са другим секторима). Најчешће се проводе едукације о менаџерским знањима и вјештинама према узусима и алатима узетим из приватних бизниса. Crow и Hartman (2006) прегледом наставних планова и програма водећих школа за менаџере у здравству тврде да су задовољена сва подручја од основног менаџмента, стратешког менаџмента, квалитета, финансија, маркетинга, осигурања, иновација и сл. Међутим, и даље је фокус на знању и вјештинама менаџера, те на његовој когнитивној и емоционалној интелигенцији (Goleman, 2010) у процесу доношења свих одлука, па тако и стратешких (Hartman, Brockman & Henson, 2008). Трећа помоћна хипотеза је истражена на намјерном узорку топ менаџера који су прошли КПЕ едукацију (детаљније у наставку), те утврђује њихова знања и вјештине како у подручју стратешког управљања здравственим установама, тако и о систему управљања квалитетом. Управо сматрајући да континуирана професионална едукација топ менаџера здравствених установа треба обухватити образовне активности из подручја медицинске експертизе (иновације, технологије, лијекови, е-компонента и сл. - Fentahun & Molla, 2012) занемарују се менаџерска знања и вјештине неопходне за управљање здравственим установама.

Основни предмет истраживања кандидаткиње усмјерен је на три главна елемента. Први дио се односи на истраживање знања и вјештина топ менаџера здравствених установа у подручју управљања квалитетом и стратешког менаџмента. Други дио се фокусира на недовољну развијеност и имплементацију система управљања квалитетом у здравственим установама, темељену на процесном моделу захтјева норме ISO EN BAS 9001:2015 (ISO EN 9001:2015). Трећи дио истражује јаз (gap) између постојећег система квалитете базираног на ДМ моделу квалитете здравствених услуга и његове недостатке у односу на СУК. Истраживања и анализе се повезују у последњем дијелу, изградњом новог теоријског синергетско-холистичког модела (СХ) и анализа корелације ранга као верификација дијелова модела.

Увидом у доступну литературу, академске и стручне чланке постаје јасно да се они баве појединачно стратешким менаџментом, засебно системима управљања квалитетом, тоталним и интегрисаним управљањем квалитетом, а посебно здравственим установама. Једини сублимат ова три подручја могуће је пронаћи у мањој мјери унутар стратегија развоја здравствених сектора на државним нивоима, те у одређеним законским обавезама (државним и наднационалним – европске директиве и WHO) и агенцијама за квалитет у здравству. Изузев консензуса о потреби постојања система квалитета на здравственим установама, те консензуса о кориштењу критерија и индикатора за поједине здравствене услуге на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, још увијек не постоји заједнички модел СУК-а на нивоу Европе. Наведене везе, помоћне хипотезе, те додијељени индикатори омогућавају упоређивање захтјева са захтјевима стратешког менаџмента, те конструисање новог теоретског синергетско-холистичког модела (СХМ), који обједињује СУК и функције стратешког менаџмента у јединствени оквир.

H1 - Обједињавање функција стратешког менаџмента и система управљања квалитетом има директан позитивни утицај на побољшање управљања здравственим установама.

H1a - Континуирана професионална едукација топ менаџера има директан и позитиван утицај на функције стратешког менаџмента, а тиме и система управљања квалитетом.

H1b - Задовољавање захтјева норме ISO 9001 унутар здравствене установе има директан и позитиван утицај на функције стратешког менаџмента

H1c - Имплементација захтјева ДМ модела квалитете унутар здравствене установе фокусира се искључиво на темељне процесе процесног модела, те има дјелимично позитиван утицај на функције стратешког менаџмента.

На основу описаног предмета, проблема и циљева истраживања могуће је идентификовати варијабле, подваријабле и индикаторе који утичу на истраживање. Независне варијабле чине функције стратешког менаџмента у здравству. Његов концептуални оквир се састоји од три помоћне хипотезе: Континуирана професионална едукација - КПЕ (знања и вјештине у СУК-у и СМ-у); СУК у складу са захтјевима норме ISO 9001 (тачке норме 4,5,6,7, 8, 9 и 10) и Систем побољшања квалитета здравствене услуге ДМ (знање, вјештине и имплементација). С циљем испитивања проблема неефикасности и неефективности управљања здравственим установама, било је потребно прво провјерити суфицијентност знања и вјештина топ менаџера здравствених установа у подручјима система управљања квалитетом, те стратешког менаџмента. Помоћу резултата који су анализом примарних података добивени у односу на захтјеве функција стратешког менаџмента, креиран је нови теоријски синергетско-холистички модел који може служити као оквир за систем управљања квалитетом и стратешки менаџмент здравствених установа.

Кандидаткиња сматра да провођење неолибералних реформи у одређеним земљама (Чиле, Боливија, Шри Ланка, Русија) представља примјер репресивних приступа у реализацији идеологија, те је неопходно квалитативно изучавати и разумјети економске, политичке и друштвене феномене, некохерентне контексте и системе како би се пронашли приступи примјерени датим околностима (Klein, 2008). Развојна економија (Todaro & Smith, 2006) бави се формулисањем одговарајућих развојних политика при чему јавни сектор преузима већу и одлучнију улогу у односу на ону коју је имао у традиционалној неокласичној економској анализи. Представљене су и различите подјеле историјског развоја стратешког менаџмента, те допринос појединих аутора свакој наведеној фази (Machiavelli, Sun Tzu, stari grčki pisci Euripid, Sokrat, Homer i dr., Shakespeare, Montesuiieu, Kant, Hegell, Mill, Liddel Hart, Backer, Von Neumann i Morgenstern, Drucker, Chandler, Ansoff, Gluck, McNichols, Steiner, Miner, Mintzberg, Hofer, Schendel itd; Narikae & Lewa, 2017).

Кандидаткиња у наставку дефинише све интегративне елементе стратешког менаџмента, управо из разлога проблема који утичу на различита разумијевања појмова, нпр. између стратегије и алата за ефективност, те стратегије и стратешког планирања, као и њихове историјске перспективе (Vaara, 2018) гдје се развој стратешког менаџмента дијели на три историјска приступа: историјски реализам, интерпретативна историја, те постструктуралистички историјски приступ (Juha-Antti, 2016).

Наводе се четири фазе развоја стратешког менаџмента кроз преглед литературе и

аутора (H. Fayol и сљедбеници; F.W. Taylor и сљедбеници; Weber и сљедбеници; Philippo, J. Ettington, O. Sheldon, E. Mayo, M. Follet, A. Maslow, C. Argiris, D. McGregor, F. Herzber у сљедбеници; Dirkhem, N. Wiener, L. von Bertalanffy, A. Rapoport, K. Boulding, W. R. Ashby, M. Mead, G. Bateson, T. Peters, R. Watermman i dr. Hadžiahmetović, Softić, Kulović i dr.) Приказан је развој стратешког менаџмента, његов фокус и алате унутар седам подручја Ginter (2018), од 50-тих до 2010 - 1950-те: Теорија X и теорија Y (McGregor, 1960), Менаџмент по циљевима (Drucker, 1954), Диверзификација, Квантитативни менаџмент (Suzuki, 1967), на 1960-те: менаџерске мреже (Blake & Mouton, 1964), Т-групе (Bradford et al., 1964), централизација vs. децентрализација; на 1970-те: буџет заснован на нули (Pyhrr, 1970), партиципативни менаџмент, портфолио менаџмент (Markowitz, 1952.), на 1980-те: теорија Z (Ouchi, 1982), организацијска култура (Jacques, 1951), TQM (Deming, 1951); на 1990-те: фокус на корисника, побољшање квалитете (Deming, 1982), реинжењеринг, бенцхмаркинг; на 2000-те: six-sigma, БСЦ (Kaplan & Norton, 1992), организације које уче, плави океани (Kim & Mouborgne, 2004); на 2010-те: управљање знањем, стратешко мапирање (Kaplan & Norton, 1994), црни лабуд (Taleb, 2007), аналитика великих података и др.). Narikae (2017) их дијели по доминантним темама на корпоративне стратегије, планирање и раст, а стратегију ставља у центар доношења менаџерских одлука. Аутор Kwok (2014) са Хонг Конг Института за технологију, основну подјелу и еволуцију менаџмент теорија дијели на традиционалне теорије менаџмента које укључују бирократску теорију менаџмента, административну теорију менаџмента и научну теорију менаџмента (у којој почиње брзи развој стратешког менаџмента), а сљедећим фазама сматра бихевиористичке теорије менаџмента, те постструктуралистичке теорије. Од краја 2019. године, као и цијелу 2020. годину аутори подручја стратешког менаџмента, оперативног менаџмента, ХРМ-а, подузетништва све више се баве контекстуализованим разумијевањем кроз историјско резонување, изворе података и методе тумачења који представљају значајну прилику за унапређење истраживања унутар подручја. Све до краја 2019. године могло се говорити о различитим концептима, развојима, идејама и алатима у стратешком менаџменту.

У употребу је стављен и појам неергодички. Мада је још нобеловац Douglass North још 1999. године објаснио „сада постојимо у неергодичком свијету, у којем се нова равнотежа након великих поремећаја наставља мијењати након тога, слично динамичкој равнотежи у отвореним системима“ (Hitt, 2021), тек данас у пракси кроз нову нормалност (new normal), овај појам постаје јасним. Веома важна постаје чињеница да ли се ради о тврдим капиталистичким системима као што су амерички, енглески или западним социјалним демократијама (мада и постоје одступања нпр. Њемачка vs Шведска), тврдим комунистичким режимима (Кина, Сјеверна Кореја) или посткомунистичким социјалним друштвима (источна Европа и Русија). У свим овим земљама постоје различити приступи пандемији, тј. здрављу становништва, а тиме и економији. Није исто бити топ менаџер у 2020. години у Великој Британији, Кини или Сингапуру, у зависности од њихових јавних политика везаних за здравствени систем, али и економију, као и у зависности од укупног здравља становништва. Пандемија је озбиљно измијенила динамику пословања, не само на нивоу компаније или организације, већ и на радне сценарије, емотивну и психолошку димензију упосленика, али и корисника. Мијењају се идеје кориштења инфраструктуре, дистрибуције, али и добробити упосленика, ангажмани корисника и задовољства, те количина изгубљеног знања, компетенција и вјештина која се неумитно десила кроз велики број смртних исхода у свим сегментима друштва. На

плану управљања људским ресурсима, повећава се флукуација особља и апсентизам услед боловања, професионално сагоријевање (бурноут) постаје веома чест разлог одсуства, те се компаније суочавају с валом недостатка мотивације особља, популарно названим „Велики отказ“. Дуга фокусираност на квантитативне индикаторе и остварени профит нажалост довели су до тога да топ менаџери искрено гледају на људе као на “капитал”/ трансакцијску робу не схватајући да су запослени ипак ставили већу вриједност на властити живот.

Kumar & Gupta (2021) стављају фокус на подручја стратешког управљања, водства, али и управљања катастрофама (Pankaj et al. 2021) говоре о lockdown економијама, узимајући у обзир не само тренутну пандемију Цовид-19, већ и будуће на које CDC, али и WHO дугорочно упозоравају. За вријеме трајања пандемије, Harvard Business Review (2022) на својој страници свакодневно континуирано објављује различите смјернице, вебинаре, чланке и доступне алате за моделирање стратегија, оперативног менаџмента, али и дугорочне бриге за запослене. Емпиријски су утврђени и објављени кроз различите студије случаја на HBR страници и трендови смањене продуктивности и задржавања упосленика, повећана стопа апсентизма и лошије ментално здравље. У различитим реер-review медицинским студијама, као проблематично, а директно везано за подручје радне снаге је и утврђивање дугорочних неуролошких проблема, као што су погоршање постојећих здравствених стања, симптоми депресије, инсомније, умора, анксиозности, смањене концентрације, али и пада коефицијента интелигенције са инфекцијом или поновном реинфекцијом вирусом ЦОВИД-19 у просјеку за седам IQ бодова. Преглед и подаци везани за утицај пандемије на радну снагу су од изузетне важности за све елементе стратешког менаџмента, јер је јасно да је цовид 19 у својој сржи људска криза. С циљем повезивања нових пандемијских и пост пандемијских изазова за све интегративне елементе, концепте и алате стратешког менаџмента, важно је било навести интегративне дијелове, те објаснити проблеме са којима се суочавају након пандемије.

Топ менаџер који управља здравственом установом мора имати одређена знања и вјештине, како би их претворила у компетенције, неопходне за успјешно вођење организације. Иако се чини да су и знање, способности, вјештине и компетенције веома слични појмови, кандидаткиња је посебно дефинисала сваки појединачни појам, ради бољег разумијевања компетентности стратешког лидера (Horwath, 2006; Kaplan & Norton, 2001; Davies, 2003). Кандидаткиња је дала допринос у увођењу новог начина посматрања и фокуса на употребни језик у стратешком менаџменту кроз Руску школу формализма, књижевне критике, али и лингвистике. Врло утицајни руски и совјетски научници попут Viktora Šklovskog, Jurija Tinjanova, Vladimira Proppa, Borisa Eichenbauma, Romana Jakobsona, Borisa Tomashevskog, Grigorija Gukovskog, дају основе за даљи развој авангардне руске школе заумног језика (Velimir Hlebnikov & Aleksej Kručeniћ, транссмислени или трансрационални језик), а и прве теорије немогућности мишљења ван језика. Не улазећи детаљније у идеје мета и интертекстуалности, нити језика као одреднице мислећег људског бића познатог руског филозофа, критичара и научника Mihaela Bahtina и бугарске семиотичарке и психоаналитичарке Julije Kristeve (Vargova, 2007), разумијевање знања кроз језик постаје незаобилазно, али такође и разумијевања да се ништа ново не може десити у свијету, а да се није десило раније, на свјетском, регионалном, локалном, па и на нивоу организације. Управо зато када се говори о компетенцијама за стратешко вођење и стратешко управљање, потребно је имати на уму управо ове лингвистичке и филозофске теорије знања.

Под појмом вјештина, подразумејева се учење кроз искуство, а вјештине се унутар организације користе за обављање сложених активности или радних функција за постизање унапријед одређених резултата. Оне не представљају дата понашања, већ се она морају развијати и побољшавати кроз праксу или специфичну обуку. Кандидаткиња наводи ауторе који су се бавили историјом развоја теорије вођења и знања и вјештина код лидера од зачетака до данас (Tomas Carlyle, 1841; Bernard 1926; Cattell, 1962; Allport и Odber, 1936; Thorndike, 1937; Wechsler, 1958; McClelland, 1958; Stodgill, 1948; Weber, Friedler и Schramma; Warrick, 1981; Katz, 1955; Friedler, 1964; Greenleaf, 1977; Fiedler и House, 1994; Vroom и Yetton, 1974; Fisher, 1980; Burns, 1978; Gardner, 1990; Horner, 1997; Newstrom и Davis, 2002; Bolman и Deal, 2003; Goleman, 1998; Gardner, 1983; Dhani & Sharma, 2016. и др.

Квалитет едукације запослених и њихова способност да буду одговорни за сопствени професионални развој сматра се кључем успјеха сваке институције или организације, те се континуирано стицање нових знања и вјештина сматра неопходним да би се задржала тренутна позиција или отвориле нове професионалне могућности за појединца (Hegel, 1955; Fallon, 1980; Despot, 1991; Nuhanović, 2005; Bouckaert, 2009; Pollitt, 2012). Будући да су здравствене установе карактерисане као професионалне бирократије, управљачки модели су ослоњени на менаџерски развој управљања професионалним бирократијама (Mintzberg, 1983; Peters, 1989; Bolman, 2003; Dahlgaard, 2005; Loukas, 2007). Постојећи управљачки модели по подручјима (управљачки процеси, финансирање, акредитација и темељни процеси) у које се могу сврстати сви системи здравствених установа у Европи са већим или мањим постотком заступљености у различитим државама, у зависности од уређења државе и преферираног економског модела (Clark, 1983; Lane, 1997; Thomas, 2007). Кандидаткиња је анализирао различите теорије и приступе у разликама менаџера и лидера Yukl, 1989, Bass, 2010; Ricketts, 2009; Kotterman, 2006; Kotter, 2001; Northouse, 2007; House и Aditya, 1997; Drucker, 1999; Capowski, 1994; Kotter, 1987; House, 1997; Wajdi, 2017; Xiaomeng и Bartol, 2010; Zenger и Folkman, 2014; Freeman и Siegfried, 2015; Giles, 2016; Lee и Chung, 2019 и др.

Развој лидера у данашњем ВУЦА свијету је хитна и захтјевна тема. Истраживања вођења од организација као што су Deloitte (2016), Центар за креативно водство (2014), Нау група (2011) су различитим методологијама дошле до истог закључка, а то је да традиционални пирамидално обликован модел развоја лидерства не производи лидере довољно брзо да би се носили са захтјевима у окружењу које се стално мијења. Нај група (Leadership 2030) је идентификовала и шест мегатрендова у будућности које ће утицати на лидерства (Jordanoglou, 2018) убрзавањем глобализације 2.0. Кандидаткиња представља и анализира обухват функција стратешког менаџмента, директно их повезујући са управљачким функцијама унутар јавног сектора, детаљније здравственог система. Многи аутори и професионалци из подручја менаџмента сматрају да се водство не може научити, за разлику од менаџмента (Zaleznik, 1977; Halal и Brown, 1981; Northaus, 2012), јер сматрају да лидерство није техника већ комбинација способности. Знања и вјештине из подручја менаџмента се могу савладати кроз учење и праксу.

Први проблем неприлагођености едукативних и академских програма у подручју менаџмента за докторе медицине, лежи у рјечнику који се користи и различитом схватању одређених појмова. Проблем неприлагођености едукативних и академских програма у подручју менаџмента за докторе медицине, лежи у рјечнику

који се користи и различитом схватању одређених појмова. Проблем представља и разумијевање значаја доброг управљања здравственом установом. Ради бољег разумијевања система управљања квалитетом кандидаткиња је дала краћи осврт на приказ концепата разумијевања квалитете у јавном сектору. Кандидаткиња је представила и HLA модел лидерских компетенција у здравству израђен од стране IHF-a 2015. године, који се тренутно користи у свијету. QLDC (Quality Leadership Developmental Competency) модел лидерства у квалитету и развоја компетенција укључује шест подручја (Garman, 2011), а претечом овог модела може се сматрати NCHL модел компетенција (Krawczyk-Soltys, 2017) - 26 компетенција у 3 подручја. Стицање вјештина интеграције Barker (2010) сматра важнијим од овладавања сета знања унутар програма едукације из бизниса. Обзиром да се фокусира примарно на сарадњу, а не на конкуренцију, интеграција се више учи него што се подучава. Doublestein (2010) сматра да лидерске вјештине за едукацију у подручју медицинских наука укључују стратешке увиде и погледе, глобалне интеграције, мишљење и дизајн, визионарство и спремност на промјене, креативност и иновирање, те развој људског капитала.

Нит водиља овог докторског рада је да систем управљања квалитетом (QM) као модел може допринијети усаглашавању терминологије, заједничком разумијевању појмова, заједничком и укључивом дефинисању процеса унутар организације (кључних/темељних, процеса подршке), дефинисању инпута и жељених резултата процеса итд. На платформи QM могуће је повезати различите дијелове професионалне организације. Оквир QM потиче унутар-организацијску динамику у смјеру доношења заједничких рјешења унутар система управљање квалитетом (СУК), чиме уклања баријере између снажно обликованих професионалних група (бијелих мантила и одијела), те њихових често супротстављених ставова.

Историјском анализом представљени су различити приступи традиционалног менаџмента и менаџмента квалитете, као и систем управљања квалитетом у складу са EFQM моделом, усвојеним од стране Европске фондације за управљање квалитетом (EFQM, 2012, 2019; Gene Badia, 2001; Kaplan & Lamotte, 2001; Forghani, Barkhordar & Abbas, 2010; Nenadál, Vykydal i Waloszek, 2018), као и будући трендови развоја квалитете Квалитет 4.0.

Кандидаткиња даје и преглед анализа и студија које анализирају компаративни приступ ИСО 9001 и EFQM моделу. Резултати студијских истраживања показују да је кориштење EFQM модела и ISO 9001 у болницама повезано с побољшањем стопе задовољства амбулантних клиника и одјела хитне помоћи, смањењем средње дужине боравка у болницама за акутну његу, смањењем кашњења ... (Yousefinezhadi, 2015). Наравно, резултати су представљени искључиво унутар квалитете и исхода кључног процеса трансформације, тј. пружање медицинске услуге и резултате лијечења.

Кандидаткиња сматра да транзицијске земље, иако су свједочиле краху система који су се чинили неурушивима, и даље имплементирају друге, нове системе једнако стихијски и некритично, без стварних доказа о успјешности и одрживости тог система (Blair, 2000; Turen, 2000; Weber, 2004; Lallement 2004; Heywood, 2005; Latinović, 2005; Žižek, 2006; Swedberg, 2006; Jessua, 2008; Giddens, 2009; Mises, 2010; Kecmanović, 2010).

- а) Укратко истаћи разлог због којих су истраживања предузета и циљ истраживања;
- б) На основу прегледа литературе сажето приказати резултате претходних истраживања у вези проблема који је истраживан;

- в) Навести допринос тезе у рјешавању изучаване проблематике;
г) У прегледу литературе треба водити рачуна да обухвата најновија и најзначајнија сазнања из те области код нас и у свијету.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА

У процесу реализације дефинисаних циљева истраживања, кандидат је користио бројне опште научне методе, али и методе специфичне за економску науку. Основни мотив за постављени истраживачки проблем је намјера да се истражи и надопуни недостатак исказан кроз различите теоријске погледе и анализе које су приказане у дијелу који се односи на емпиријски контекст у погледу утицаја универзитета на економију знања. Главна истраживачка хипотеза је постављена на начин да тестира међусобну условљеност функција стратешког менаџмента и система управљања квалитетом. У оквиру хипотезе дата је могућност анализе три појединачне компоненте утицаја помоћних хипотеза који чине дијелове елемената, а који помажу изградњу новог синергетско-холистичког модела управљања здравственим установама.

Након тачног дефинисања и утврђивања главне и помоћних хипотеза, дефинисан је проблем и циљ докторске дисертације. Након тога, извршено је претраживање доступне релевантне литературе, те сагледавање и примјерено анализирање доступних искустава. Прије почетка прикупљања литературе, тј. након одабира датих подручја истраживања приступило се бази података ISI WoS (Thompson-Reuters). Ово није агрегатна база са фул текстом, али је неопходна јер се кроз њу може утврдити да ли је неко од истраживача већ истраживао различите аспекте задатог подручја истраживања и уколико јесте прикупити неопходне податке. Након прегледа ISI базе, приступа се претраживању агрегатних база података (са пуним текстом), болеанове претраге (по истраживачима, кључним ријечима и темама). Дакле, приступило се прикупљању секундарних података из постојећих домаћих и међународних стручних и статистичких публикација из подручја менаџмента, стратешког менаџмента, система управљања квалитетом и здравственог система. Анализом прикупљених терцијарних и секундарних података показала су се искуства, ставови, околности и проблеми са којима су се сусретали професионалци у подручјима дефинисанима истраживањем. Избор редослиједа прикупљања података: терцијарни – секундарни – примарни.

Користиле су се квалитативне и квантитативне методе при анализи истраживања. Квантитативна метода - обрада претходно прикупљених података, подразумијева реализацију три основне етапе прије доношења одлуке о прихватању/одбацивању генералне хипотезе: експлоатација података (упознавање, евидентирање и сређивање прикупљених података); анализа (класификација, сажимање, груписање, опис и представљање података помоћу табела, одговарајућих графичких приказа и сл.) и трећа фаза подразумијева интерпретацију добивених резултата за анализирани параметре с циљем провјере главне и помоћних хипотеза. Такође, користио се метод корелационе анализе.

Квалитативна метода - историјска метода примјењује анализу, синтезу, индукцију и дедукцију кроз одређени временски период. Документациона анализа и анализа

случаја су такође кориштене. Компарацијом се анализирао утицај постојећих система квалитета унутар здравствених установа, те побољшања која су остварили у подручју квалитета здравствене услуге, а неквалитета у осталим процесима здравствене установе

Дакле, у току истраживања и анализирања литературе те провођења емпиријског истраживања на простору БиХ, кандидаткиња је користила сљедеће научне методе: Опште научне методе дедукције, индукције, анализе и синтезе; Компаративна метода; Историјска метода; Дескриптивна/анкетна; Статистичка метода, Студија случаја.

Опште научне методе дедукције, индукције, анализе и синтезе кандидат је комплементарно користио у свим етапама истраживања. Дедукција као систематска и досљедна примјена дедуктивног начина закључивања (Zakić, 2000, Zelenika, 2000) подразумијевала је у раду разматрање општих ставова и теоријских схватања о теми дисертације, а затим извођење посебних и појединачних тврдњи и судова. Супротан пут научног сазнања, индукција, кандидат је такође примјенио, доминатно у процесу тестирања хипотеза истраживања, при чему је на основу индуктивне тј. емпиријски прикупљених чињеница доносио закључке, односно статистичку генерализацију о односу између испитиваних варијабли. Комбинација ове двије методе, односно дедуктивно-индуктивни пут сазнања, као и метода синтезе дошли су до изражаја у интерпретацијама и закључцима истраживања. Синтези је претходила примјена методе теоријске анализе. Теоријска анализа подразумијева дефинисање јединица анализе као битног методолошког поступка (Šešić, 1988). Јединице анализе у истраживању су произашле из самог наслова дисертације. Конкретно, јединице анализе су три компоненте помоћних хипотеза (самоевалуација знања и вјештина КПЕ програма из подручја стратешког менаџмента и СУК-а, самооцјена имплементације захтјева тачака норме ISO 9001:2015 на здравственим установама и имплементација ДМ модела на акредитованим здравственим установама) и укупно шест подручја са мјерној скали који дефинишу зависну варијаблу (условљеност функција стратешког менаџмента и система управљања квалитетом).

Историјска документациона анализа подразумијевала је упоредну анализу секундарних података различитих примјера из Европе и свијета. Примјена компаративне методе је укључивала поређење елемената захтјева из подручја стратешког менаџмента са захтјевима тачака норме ISO 9001:2015. Такође, дати су компаративни индикатори развоја здравственог система на нивоу Босне и Херцеговине. Наведене методе засноване су на изворима, односно прикупљеним секундарним подацима, првенствено из стране литературе, како је кандидат истакнуо, која је доста обимнија и детаљнија у погледу изучаване теме. Такође, консултована је и анализирана великим дијелом доступна домаћа и регионална литература на задату тему, која је мање заступљена. Преглед и анализа научних и стручних истраживачких радова, публикација и чланака пружио је шири увид у посматрану појаву и омогућило сагледавање комплексности и повезаности стратешког менаџмента и СУК-а.

У примарном истраживању, одређена је популација за све три испитаничке групе. Врста кориштених узорака је циљани (намјерни) узорак, кроз класификацију квота узорка и узорка типичних јединица. Методи истраживања су били за двије групе метод дескриптивне статистичке анализе, а за трећу групу испитаника кориштени је метод анализе садржаја. Код потврда новокреираног модела кориштена је статистичка метода анализе коефицијента корелације ранга. Технике које су кориштене су структурисани анкетни упитник и неструктурисани дубински интервју.

За студију случаја је одређена ФБиХ, и у сврху тестирања постављених хипотеза кандидаткиња је припремила и реализовала емпиријско истраживање на територији ФБиХ односно конкретно;

- На јавним и приватним здравственим установама у ФБиХ (примарног, секундарног и терцијарног нивоа, заводима и фондовима) из подручја КПЕ;
- На јавним здравственим установама у ФБиХ (примарног, секундарног и терцијарног нивоа) из области захтјева норме ИСО 9001:2015 система управљања квалитетом;
- На јавним установама које су акредитоване у складу са ДМ моделом (АКАЗ акредитација) у ФБиХ

Истраживање је спроведено у другој половини 2021. и првом кварталу 2022. године. Прикупљање примарних података извршено је уз помоћ електронског анкетног упитника који се налази у прилогу. Приступљено је прикупљању и анализи материјала који је од значаја за ову активност. Сагледана су слична тематска истраживања и примјери анкетних упитника који су се употребљавали за те прилике. Затим је приступљено изради приједлога анкетног упитника, који је тестиран са ментором и другим релевантним стручњацима из области статистике. Након тога је дефинисан коначан садржај и структура, односно питања анкетног упитника. Техничка израда и креирање анкетног упитника реализован је путем апликације упитници у оквиру личног *google* налога кандидаткиње.

Важно је напоменути да је анкета анонимна, односно нису у анкету унесени подаци испитаника о величини установа, којој стручној групи припадају, да ли су у приватном или јавном сектору, с циљем одређивања нивоа анкетног структурисаног обрасца који попуњавају. Испитаници су подијељени у три групе са јасно постављеним критеријумима попуњавања. Сви испитаници који су слушали и полагали КПЕ програм (СХЦЕ1, СХЦЕ2 и СХЦЕ3) у наведеном периоду попуњавали су први А дио, они који су слушали КПЕ и обављају функције топ менаџера у наведеном периоду су попуњавали други Б дио, а неструктурисани дубински интервју је био обављен са топ менаџерима здравствених установа који су акредитовали своје установе.

На основу задатих варијабли у моделу истраживања односно независне и зависне варијабле, и постављених помоћних и главне хипотезе, креирана је структура и садржај питања. Садржај је одговарао самој сврси и суштини емпиријског истраживања, односно са циљем да се добију конкретни одговори на постављене

хипотезе и тврдње. Свака помоћна хипотеза је покривена са неколико специфичних елемената, уврштених у питања у садржају анкетног упитника. Приликом формирања питања у анкетном упитнику водило се рачуна да тип питања одговара типу дефинисаних варијабли. За потребе обраде података у овом истраживању кориштени су сљедећи статистички параметри и поступци: дескриптивна анализа (проценти, аритметичка средина, мјере дистрибуције), анализа коефицијента корелације ранга (у циљу тестирања постављеног модела).

Приликом израде докторске дисертације кандидаткиња се досљедно придржавала примјене научних метода и уважавала принцип објективности, систематичности, општености, поузданости и тачности.

За вријеме трајања израде докторске дисертације, те провођења примарних истраживања, уочени су сљедећи недостаци и ограничења истраживања: при одабиру циљаног узорка, првобитно је било замишљено истраживање од укупне популације од 613 активних топ менаџера здравствених установа (јавних и приватних), те је планирани узорак 2013. године износио 250 топ менаџера тј. 40, 8%. У међувремену, КПЕ програм је претрпио значајне измјене и квалитет се више није изучавао као посебна тематска цјелина, већ искључиво као тематска јединица TQM-а унутар менаџмента. Тиме је истраживач био ограничен на популацију од 182 топ менаџера која су похађала континуирану професионалну едукацију из ове области. То се такође одразило и на други ниво истраживања помоћне хипотезе система управљања квалитетом као функција стратешког менаџмента, те се у складу са наведеним морало приступити смањењу броја активних топ менаџера на 89, који су у наведеном периоду похађали КПЕ.

Друго ограничење студије огледало се у анкетним листићима и дубинским неструктурисаним (отворена питања) интервјуима, будући да су се испитаници самооцјењивали (подложнији субјективној процјени), док истраживач није имао прилику да их посјети на терену (унутар здравствених установа како би се увјерила у постојање одређене документације, процедура, поступака и активности). Дубински неструктурисани интервјуи су обављени телефонским путем, будући да здравствени радници нису били у прилици обавити лично интервјуе (здравствена сигурност истраживача и испитаника), нити су установе допуштале посјете. Самим тим, предложени модел CX је темељен на самоевалуацији (личној и институционалној) без могућности провјере на терену, изузев на темељу понуђених одговора.

Комисија констатује да је главна хипотеза, у суштини, остала непромијењена, већ да се измјена односи на груписање помоћних хипотеза односно на операционализацију истих. Промјенама које су извршене у домену дефинисања посебних хипотеза и новог синергетско-холистичког модела (у пријави су наведени метод регресионе анализе и корелационе анализе, гдје је извршена само корелациона анализа због горе наведених ограничења) није промијењена сврха и циљ ове докторске дисертације

- а) објаснити материјал који је обрађиван, критеријуме који су узети у обзир за избор материјала;
- б) дати кратак увид у примјењени метод рада при чему је важно оцјенити сљедеће:

- в) да ли су примјењене методе адекватне, довољно тачне и савремене, имајући у виду достигнућа на том пољу у свјетским нивоима;
- г) да ли је дошло до промјене у односу на план истраживања који је дат приликом пријаве докторске тезе, ако јесте зашто;
- д) да ли испитивани параметри дају довољно елемената или је требало испитивати још неке, за поуздано истраживање;
- е) да ли је статистичка обрада података адекватна;
- ж) да ли су добивени резултати јасно приказани;

4. РЕЗУЛТАТИ И НАУЧНИ ДОПРИНОС ИСТРАЖИВАЊА

Кандидаткиња је дала приказ студије случаја креирања програма континуиране професионалне едукације на нивоу ФБИХ (КПЕ СХЦЕ) укључујући планирана знања, вјештине и способности за топ менаџере у здравственом сектору, креиране на основу захтјева функција стратешког менаџмента. Компаративном анализом приказани су односи и везе између захтјева норме ISO 9001:2015 (од 4-10) и функција стратешког менаџмента. Исто је урађено и за програм КПЕ-а и захтјева функција стратешког менаџмента и СУК-а у подручју компетенција топ менаџера. Кандидаткиња је приказала и компаративну анализу захтјева ДМ система управљања на здравственим установама са захтјевима функција стратешког менаџмента и СУК-а.

Упоредне анализе раста утицаја менаџерства као дијела инструментарија NPM-а често показују унутар-организационо латентно супротстављање између двије најјаче групе унутар здравствене институције. Кандидаткиња наводи да се ДМ темељи на процесној оријентацији. Као и систем управљања квалитетом у складу са захтјевима норме ISO 9001:2015, ДМ модел препознаје три основна дијела унутар здравствене установе: структуру, процес и исходе. Иако су се дефиниције и обухват квалитете мијењале у различитим епохама од самог почетка ДМ модела (1980; ИОМ 1990; Вијеће Европе, 1997) фокус остаје само на систему побољшања квалитете. Ово су наднационалне институције које оперишу на свјетском нивоу и важе за препоруке и смјернице за здравствене системе свих земаља. Дакле, ДМ је унапријеђен на начин да су се извадиле функције стратешког менаџмента и СУК-а и дословно само пренијеле унутар WHO.

Након обављених дубинских интервјуа, кандидаткиња сматра да се здравствени систем ФБИХ, али и WHO баве искључиво СУК-ом једног процеса и то темељног. Уважавајући поједине алате који се односе на управљачке процесе (стратегија, мисија, визија, вриједности, анализе и сл.) који се користе на појединим установама, не постоји потпуна вертикална и хоризонтална проходност три процеса. И управо у тим дијеловима се и крију подручја некавалитете. Дакле, WHO је 2018. године одлучила да на свим нивоима здравственог система направи смјернице и упутство за употребу алата стратешког менаџмента, покушавајући их прилагодити здравственим установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа. У складу са захтјевима и смјерницама WHO и ФБИХ је креирала и усвојила Закон о систему побољшања квалитета, сигурности и о акредитацији у здравству (АКАЗ), који је напредовао усвајајући појединачне алате, те вршећи обуку корисника и проводећи акредитацију здравствених установа. И даље је фокус на здравственој услузи, као што је дефинисано Законом и Статутом АКАЗ-а 2005. године. Из разговора проведених са топ менаџментом здравствених установа које су се акредитовале код АКАЗ-а, важно је напоменути да су систем управљања квалитетом заиста имплементирали унутар једног процеса, и то темељног, а то је процес пружања здравствених услуга и у топ

подручју доста напредују. Посматрају се управљачки процеси искључиво кроз њихову повезаност са здравственом услугом, док се занемарује или јако мало укључује остало пословање (ИКТ умрежавање, интегрисани СУК, и сл.). Нажалост, процеси подршке се консултују само у мјери потребног запошљавања и инфраструктуре. Не постоје мапе процеса, водитељи процеса, индикатори перформанси на нивоу установе. У дијелу који се односи на резултате истраживања постаће јасно да топ менаџмент разумије појмове стратешког менаџмента, као и његове фазе и процесе али само у дијелу темељног процеса. Чињеница да нити једна установа не посједује мапу властитих процеса, показује да и даље систем управљања квалитетом гледају кроз вертикални процес, гдје је управа најважнија, темељни процес средње важан, а процеси подршке који укључују рад стручних служби као најмање важан. Суштина цијелог системског процесног приступа огледа се управо у разумијевању подједнаке важности топ менаџмента и финансијске, правне или хигијенске службе. Једни без других не могу функционисати и једна грешка унутар стручних служби може довести до урушавања цијеле институције

При анализирању прве, друге и треће помоћне хипотезе кориштене су квантитативне и квалитативне методе дескриптивне статистичке анализе с циљем анализе значаја вјештина и знања топ менаџера здравствених установа о систему управљања квалитетом и стратешком менаџменту, стеченим путем континуиране професионалне едукације из здравственог менаџмента, те имплементације захтјева норме ИСО 9001:2015 на здравствене установе у ФБиХ у складу са захтјевима функција стратешког менаџмента. За анализу и провјеру елемената новог СХ модела кориштена је анализа коефицијента корелације ранга Спирмана. Кандидаткиња је представила план и програм узорковања којим су утврђене јединице узорковања, величина узорка, као и поступак избора јединица узорка (Hanić, 2004). При посматрању и прикупљању примарних података везаних за истраживање три помоћне хипотезе изградње новог СХМ модела кориштен је намјерни узорак за све три, а класификација узорка дијели се на квота узорак и узорак типичних јединица са географским одређењем (Hanić, 2004; Zikmund et al., 2012).

При анализирању прве двије независне подваријабле кориштене су методе дескриптивне статистичке анализе с циљем анализе значаја вјештина и знања топ менаџера здравствених установа о систему управљања квалитетом и стратешком менаџменту, стеченим путем континуиране професионалне едукације из здравственог менаџмента. У овом случају, популацију представљају топ менаџери здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа. Коначна структура испитаника по статусу установе показује да је око 60% ангажовано у примарној здравственој заштити, око трећине у терцијарној, те око 5% у установама секундарне здравствене заштите и осталим установама (заводи за јавно здравство). Оваква структура у знатној мјери одражава и структуру запослених унутар сектора (претежно запошљавање у домовима здравља и болницама као установама примарног и терцијарног сектора), уз постојање мањег броја установа секундарне заштите (поликлиника), посебно у јавном сектору.

Кандидаткиња је у наставку представила синергетско-холистички модел (СХ) који обухвата и обједињује функције стратешког менаџмента, система управљања квалитетом у складу са захтјевима норме ISO 9001:2015 и може обезбиједити пуну имплементацију процесног приступа динамичке установе какве су здравствене установе. Он би се могао примјењивати како на јавним, тако и на приватним, па чак и у приватно јавним партнерствима, уколико се неке услуге или производи

аутсорсују. Након обављених дескриптивно-статистичких анализа, прикупљени подаци и модел дјелимично су тестирани и анализирани методом коефицијента релације ранга. Предложени СХ модел је свеобухватни теоретски управљачки модел и може послужити као самоевалуацијски оквир топ менаџменту за сагледавање тренутног статуса и развоја на установи по подручјима модела (14 подручја укључених у предложени модел), те дефинисању стратешких одлука и мјера с циљем развоја и побољшања појединих подручја модела или цјелокупног модела. Посматрајући здравствени сектор и управљање на нивоу држава, могло би се извести неколико закључака који су важни за даљи развој стратешког менаџмента као науке, али и посебности унутар стратешког менаџмента у здравству. Наиме, стратешки менаџмент се више не може ослањати на појединачне теорије као што су нпр. теорије базиране на ресурсима или теорија агенција, већ сложеност и неизвјесност захтијевају већу употребу теорија системског приступа. Неергодички свијет ће захтијевати коришћење више теорија које холистички и синергетски обухватају системе, ресурсе и вриједност интересно-утицајних група. Погрешан покушај задржавања претпандемијског положаја моћи и утицаја међу државама и корпорацијама, био је видљив 2021. када је глобална неједнакост кроз промовисање конкурентског понашања и стратегија, довео свијет у још веће проблеме и фактички продужио кризни период глобално. Кандидаткиња је креирала јединствен појмовник помоћу компаративне анализе и евалуације понуђених дефиниција у оквиру ДМ модела и у складу са тачкама норме ISO 9001:2015. У складу са наведеним појмовником, методом документационе анализе, историјске анализе, анализе садржаја, као и процесног модела креирани су управљачки модели, два основна (ДСМ и ММ) са изведеним новим теоријским моделом (СХ).

Метод студије случаја укључио је полазнике КПЕ програма, топ менаџере здравствених установа, те топ менаџере чије су установе акредитоване од стране АКАЗ-а. Анализирани су основни елементи система управљања квалитетом на установама које су сада или су биле акредитоване од стране АКАЗ-а. Анализирани су и правни оквир, као и захтјеви који се односе на стратешки менаџмент, а садржани су у појединим процесима здравствене установе. Осим секундарних података добивених документационом анализом, приступило се и прикупљању примарних података у виду структурисаних анкетних упитника (два дијела за КПЕ и за СУК), те обављања дубинског полуструктурисаног интервјуа. Кандидаткиња је методом полуструктурисаног дубинског интервјуа интервјуисала представнике топ менаџмента/ руководства здравствених установа акредитованих од стране АКАЗ-а (ДМ модел). На основу проведених анкета и дубинских интервјуа по наведеним елементима, креирана су чворишта и метачворишта функција стратешког менаџмента и њихове испуњености на здравственим установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа. Извршена је квалитативна анализа методом анализе садржаја, помоћу унапријед одређених чворишта и метачворишта. Компаративном анализом мјерења чворова и метачворова, у смислу захтјева КПЕ, СУК-а, СМ-а и ДМ-а развијали су се и креирали дијелови елемената, који ће ући у каснији финални предложени теоријски СХ модел. Квалитативна анализа је омогућила дубље разумијевање проблема и разлога слабо развијених функција стратешког менаџмента на здравственим установама, као и начин гледања медицинске струке на континуирану професионалну едукацију из овог подручја (КПЕ), захтјеве норме ISO (СУК), али и контекст друштва и притиске које медицинско особље доживљава у свом раду. Квантитативна анализа омогућила је увид у управљачке праксе, те утврђивање основних подручја знања, вјештина и

практи управљања која су сматрана проблематичним. Дефинисање процесног модела и система управљања квалитетом које су проводили топ-менаџери тј. испитаници на здравственим установама, придружене су креираним управљачким моделима. Анализиране су неусклађености провођених пракси различитих припадајућих модела унутар појединих установа, а затим и неусклађености политика квалитета. За изградњу предложеног теоријског СХ модела кориштена је и анализа Спирмановог коефицијента корелације ранга унутар укупно 14 испитиваних подручја (шест повезаних са КПЕ, седам са Нормом, једно са ДМ моделом) која су анализирана на нивоу подручја и појединачних елемената. Остали кориштени инструментариј укључује коришћење историјске методе, методу анализе наратива (појмовног апарата, здравствених и едукативних политика), компаративну анализу, документациону анализу, те методу студије случаја.

Дакле, претходне анализе резултата свих подручја и подподручја КПЕ везаних за функције стратешког менаџмента показују конзистентне трендове унутар већине посматраних области. Приликом самопроцјене стечених знања путем КПЕ едукације видљиво је да су се оперативни, средњи и топ менаџери оцијенили просјечним средњим оцјенама унутар већине наведеног подручја (укупни просјек свих подручја је 3.17). Може се закључити да су усвојили довољна знања и вјештине које су им потребне за почетак provedбе неких функција стратешког менаџмента, укључујући појмове, процесе и активности. Анализирани подаци дају индикацију о правилном препознавању испитаника о потребама боље афирмације немедицинских активности здравствених установа, интерно али и као веома значајно екстерно према интересно-утицајним групама. Такође, испитаници су свјесни недостатака у примјени елемената који подржавају функције стратешког менаџмента, кроз све испитиване тачке захтјева норме ISO 9001:2015. Цјеловита анализа по свим тачкама норме које су посматране врло јасно приказују да здравствене институције одлично познају властити темељни процес – пружање здравствене услуге. Ипак, примијећени су изазови при дефинисању и имплементацији управљачких и процеса подршке. Ово указује на релативно низак ниво упознатости са начелима и правилима процесног приступа.

Дубински интервју обављен је се са топ менаџерима акредитованих здравствених установа (ДМ модел). Будући да се овај модел темељи такође на процесном, у разговору са топ менаџерима здравствених установа које су имплементирале систем побољшања квалитете, без имплементације система управљања квалитетом на цијелој установи, постаје јасно да они схватају и разумију процес СУК-а, али само за подручје темељних процеса. По питању функција које су изведене из подручја стратешког менаџмента, као и захтјева тачке норме ISO 9001:2015 (подручја анализе, планирања, израде, имплементације, мјерења и евалуације и побољшања), једина континуирана побољшања проводе се у подручју здравствених услуга. Уколико би се процеси везали искључиво за темељни процес, чак и управљачки и процеси подршке, здравствене установе би биле на 100% provedбе. Нажалост, док се на институцији проводи систем осигурања квалитете, неуједначен са системом управљања квалитетом унутар темељног процеса, тешко је држати пословни баланс установе.

Резултати обављених анализа и прегледа процеса система побољшања квалитете кроз доступне документе (Савјет Европе, Европска комисија, Институт за медицину и Свјетска здравствена организација), указују на то да је могуће непобитно устврдити да ДМ модел представља наднационални, али свакако државни јавни

модел за побољшање квалитете. Резултати анализе показују да испитаници, изван темељног процеса немају разумијевање елемената стратешког менаџмента на друга два процеса. Међутим у недостатку имплементације свих функција стратешког менаџмента и интегрисања система рада у свим процесима могу се утврдити двојаки разлози: оквир који им је наметнут фокусира се искључиво на темељни процес пружања здравствене услуге, док са друге стране мотивација за имплементацију СУК-а недостаје из разлога неразумијевања предности интегрисаних система квалитете.

Претходно тестиране помоћне хипотезе су прихваћене или дјелимично прихваћене. Тестирана Хипотеза H1a: КПЕ топ менаџера има директан и позитиван утицај на функције стратешког менаџмента, а тиме и система управљања квалитетом је дјелимично прихваћена. Тестирана хипотеза H1b: Задовољавање захтјева норме ISO 9001 унутар здравствене установе има директан и позитиван утицај на функције стратешког менаџмента је прихваћена. H1c: Имплементација захтјева ДМ квалитете унутар здравствене установе фокусира се на темељне процесе, те има дјелимично позитиван утицај на функције стратешког менаџмента је прихваћена и то искључиво у дијелу гдје се стратешки процеси вежу за медицинске услуге.

Дакле, рад приказује повезаност свих дијелова елемената помоћних хипотеза које укључују КПЕ, захтјеве СУК-а, те управљачки модел ДМ-а темељен на кључном процесу. Обједињавањем свих елемената поменутих подваријабли, те њиховом анализом, било је могуће направити нови теоријски синергетско-холистички управљачки модел (СХМ). Синергетско-холистички модел у основи је свеобухватни теоретски управљачки модел и може послужити као самоевалуацијски оквир топ менаџменту за сагледавање тренутног статуса и развоја на установи по подручјима модела (14 подручја укључених у предложени модел), те дефинисању стратешких одлука и мјера с циљем развоја и побољшања појединих подручја установе или свих процеса на установи. Такође, обухват модела може помоћи и бољем обухвату, сагледавању и разумијевању интегрисања функција стратешког менаџмента и менаџмента управљања квалитетом. Анализом Спирмановог коефицијента корелације ранга обухваћен је укупно 121 елемент унутар укупно 14 испитиваних подручја (шест повезаних са КПЕ, седам са нормом, једно са ДМ моделом) која су анализирана на нивоу подручја, подподручја и појединачних елемената. Квантитативним методама је тестирана корелација између више подручја управљачког процеса (водство, стратешки менаџмент) са подручјима резултата (вредновања перформанси и побољшања).

Анализом корелације између водства и побољшања уочена је најснажнија позитивна асоцијација видљива је на елементу „Leadership_5“ који одговара поделементу из водства везаном за идентификацију стратешких циљева у складу са доступним ресурсима – људским, материјалним и инфраструктурни, уз наглашену развојну компоненту. Вриједности коефицијента за овај поделемент налазе се у горњој половини ранга слабе позитивне повезаности, у близини снажне позитивне повезаности. Елемент „Leadership_6“ који одговара поделементу везаном за рад са носиоцима процеса на претварању стратешких у оперативне циљеве у складу са доступним капацитетима унутар појединих процеса показује снажну позитивну повезаност (0.710) са елементом „Improvements_1“ (који одговара питању из подручја побољшања о побољшањима кроз сва три процеса, услуга, те свих пословних активности). Сличну повезаност (0.600) показује и елемент „Leadership_10“ који одговара поделементу из водства о подстицању и осигуравању

развоја система мониторинга на нивоу установе, али и сваког процеса и услуге. Анализом корелације између водства и вредновања перформанси, као и у претходном случају, видљива је на елементу „Leadership_5“ (који одговара поделементу из подручја водства везаном за идентификацију стратешких циљева у складу са доступним ресурсима – људским, материјалним и инфраструктурни, уз наглашену развојну компоненту, гдје вриједност износи 0.611). Вриједности коефицијента за овај елемент налазе се у горњој половини ранга слабе позитивне повезаности, у близини снажне позитивне повезаности и прилично су уједначени и конзистентни.

Наредна највећа позитивна повезаност биљежи се на елементу „Leadership_10“ из подручја водства који одговара анкетном питању о идентификацији и документовању подручја побољшања унутар сва три процеса. Вриједности коефицијента за овај елемент налазе се у горњој половини ранга слабе позитивне повезаности и прилично су уједначени и конзистентни у односу на све елементе вредновања перформанси (од 0.4 до 0.5). Најснажнија позитивна асоцијација између водства и стратешког менаџмента видљива је на елементу „Leadership_5“ који одговара питању из подручја водства везаном за идентификацију стратешких циљева у складу са доступним ресурсима – људским, материјалним и инфраструктурни, уз наглашену развојну компоненту. Вриједности коефицијента за овај елемент налазе се у горњој половини ранга слабе позитивне повезаности, у близини снажне позитивне повезаности, уједначени су и конзистентни по свим елементима стратешког менаџмента.

Најниже оцјене повезаности забиљежене су по елементу „Leadership_12“ (елементи из подручја водства повезано са осигуравањем да резултати свих анализа и евалуација у процесу имплементације циљева буду кориштени за наредну ревизију стратегије, циљева и активности), те елемент „Leadership_9“ (који одговара поделементу из подручја водства везаном за препознавање односа који утичу на рад Установе – унутрашњих и вањских страна, нпр. односа између одјељења, клиника, колега, здравствених центара и сл.). Већина вриједности коефицијената по овим елементима креће се у рангу од 0 до +0.17, што показује да су елементи међусобно повезани врло мало или никако. На крају анализе резултата коефицијента релације ранга Спирмана као метода анализе приказани су односи између стратешког менаџмента и вредновања перформанси, као кључног подручја на нивоу резултата. За разлику од лидерства које је показало резултате у рангу слабе позитивне повезаности, подручје стратешког менаџмента и елементи подручја вредновања перформанси показују резултате снажне позитивне повезаности (ранг +0.7 до +1.0 према скали).

Шири обухват функција стратешког менаџмент од функција водства у великој мјери детерминише овакво стање. Додатно, а као врло важно је назначити да се елементи повезани са лидерством у контексту СХ модела деривишу из КПЕ, те да су као такви усмјерени првенствено на индивидуална знања, вјештине и способности. Насупрот томе, подручје стратешког менаџмента укључује поља повезана са свим функцијама СМ, те покрива контекст установе, управљање знањем, управљање људским ресурсима, управљање односима са партнерима и добављачима, управљање ресурсима, као и управљање ризицима, те је као такво усмјерено на организациона знања, вјештине и способности и њихову оптималну комбинацију, као и мјере њиховог чувања и унапређивања. На страни слабе повезаности, елемент

„Перформанце_1“ (који одговара анкетном питању из подручја вредновања повезаним са посједовањем документованих мјера надзора, мјерења, анализе и евалуације) показује знатно слабије резултате коефицијента релације ранга у односу на остале елементе вредновања перформанси.

На темељуведеног примарног (емпиријског) истраживања, те упоредбе са захтјевима стратешког менаџмента креиран је нови теоријски СХ модел, који обједињује СУК и СМ, те доприноси разумијевању и побољшању управљања здравственим установама. Креирани концептуални модел се може посматрати као свеобухватни оквир и кључни научни допринос у подручју истраживања стратешког менаџмента и система управљања квалитетом. Модел уноси нову перспективу унутар подручја квалитете здравствених установа, уз помјерање фокуса са квалитете здравствене услуге на систем управљања квалитетом организације у цјелости. Потврђивањем главне хипотезе приказани су нови међуодноси креирања и имплементације функција стратешког менаџмента уз помоћ СУК-а, али и разумијевање специфичних знања и вјештина топ менаџера унутар јавног сектора. Научни допринос овог модела огледа се посљедично и у његовој практичној примјени која би осигурала извршност у управљању здравственим установама у свијету.

Процјена очекиваног научног доприноса огледа се у проширеним елементима управљачких функција стратешког менаџмента (планирање и имплементацију) са системом мјерења, анализе и побољшања, тако да се све будуће менаџерске одлуке заправо и искључиво темеље на чињеницама. Кандидаткиња је обогатила теоријска сазнања везана за реформе јавног здравственог сектора у земљама у транзицији, те креирала јединствени појмовник квалитете у здравству, отклањајући неразумијевање настало услед различитих дефиниција истих појмова и појава. У раду је анализиран и оцијењен КПЕ програм здравствених менаџера кроз конципирање основних знања и вјештина које требају посједовати из подручја стратешког менаџмента и система управљања квалитетом. Кроз рад је популарисан процесни модел и припадајући алати као управљачки модел који истовремено задовољава СУК и све функције СМ-а (модерни трендови указују на повратак процесном моделу, надограђен пројектним приступом). Кандидаткиња је на темељу резултата анализе креирала нови СХ модел управљања здравственим установама, као теоријски модел за стратешко управљање јавним здравственим установама. Научни доприносведеног емпиријског истраживања огледа се и у креирању теоријског генеричког модела СХ који се може примјенјивати на свим нивоима здравственог сектора. Синергетско-холистички модел система управљања здравственим установама позиционирао би се као теоријски оквир новог, стратешког приступа управљања здравственим установама, што је посебно важно у јавном сектору. Очекује се да би нови, хибридни модел консеквентно у пракси поспјешило дјеловање јавног сектора и унаприједио пословно управљање у здравственом сектору. У складу са дефинисаним научним циљевима, истраживањем су продубљена научна сазнања о стратешком и оперативном менаџменту. У новим околностима СУК се посматрао као модел стратешког управљања, на тај начин обједињујући функције стратешког менаџмента са унапрјеђењем система управљања квалитетом (испитивањем три нивоа новог предложеног модела у односу на функције стратешког менаџмента), креирајући нови свеобухватни СХ модел.

Очекивани прагматични допринос истраживања може се посматрати на три нивоа:

утицај на појединца – запослених у здравственом сектору, утицај на ниво организације – здравствене установе, те утицај на здравствени систем (на нивоу заједнице, земље или наднационалном нивоу). Топ менаџмент и запослени у здравственим установама добивају могућност едукације унутар оквира који омогућује интегрисаност стратешке оријентације и система управљања квалитетом током цијелог процеса. Овим се у основи стварају претпоставке директне узрочно-последичне везе између иницијатива побољшања и њиховог практичног видљивог утицаја на квалитет рада здравствене установе. Додатно, постојање јасног оквира новог управљачког модела и дијела едукације даје простор за унапређење вјештина и знања топ менаџмента и запослених. На организационом нивоу, овим се смањује могући отпор запослених према промјенама. Промјене се често перципирају пријетњама по властити опстанак или опстанак организације, те је неопходно посветити пажњу потенцијалним проблемима у процесу промјена. Још једна од предност огледа се у креирању организације културе квалитета, чиме се питање квалитета ставља у фокус пажње, те се интегрише у све процесе и на све нивое организације. Квалитативни помак овог истраживања јесте помјерање са разумијевања квалитета као оперативне функције, ка разумијевању свеобухватног оквира стратешког менаџмента, те разумијевању СХ модела као стратешког модела примјенивог за здравствени сектор.

Здравствене установе ће добити прилично једноставан и свеобухватан управљачки модел у којем је СУК интегрисан у све функције стратешког менаџмента и не посматра се као засебни систем. На нивоу здравственог система, истраживање би могло имати за резултат усвајање новог јединственог управљачког модела, што би могло директно користити здравственим установама, пацијентима, оснивачима, партнерима и добављачима, а индиректно и цијелој друштвеној заједници. Нови модел побољшава друштвено одговорно пословање јавних здравствених установа, на начин да се повећава ефикасност употребе средстава из јавних фондова, чиме се учвршћује улога система здравства унутар земље. Такође, истраживање би помогло у промоцији новог модела широм Европе и његовом усаглашавању на нивоу препорука Свјетске здравствене организације и Европске комисије. Као закључак дискусије о научном и прагматичном доприносу истраживање је допринијело креирању практичног модела и бодовног система којима се организацијама омогућава самоевалуација, те одређена врста обрасца, оквира (шематског плана) према којем могу потицати даљи развој дијелова организације, који се покажу мање развијеним. Истраживање је допринијело и унапређењу теоријских спознаја о стратешком управљању организацијама јавног здравственог сектора, уз истовремено предлагање практичног модела чијом би се имплементацијом на свим нивоима могли досегнути прагматични циљеви здравственог сектора (у сфери праксе). Узимајући у обзир ограничења истраживања, те друштвени контекст, будућа истраживања би се могла усмјерити у проучавање даљих разрада и надоградње модела, како би се више приближили различитим типовима институција здравственог сектора. По мишљењу кандидата то би допринијело да се стекну сазнања и прошири свијест о дугорочној важности и комплексности управљања здравственим установама у будућности.

- а) Укратко навести резултате до којих је кандидат дошао;
- б) Оцијенити да ли су добивени резултати правилно, логично и јасно тумачени, упоређујући са резултатима других аутора и да ли је кандидат при томе испољавао довољно критичности;
- в) Посебно је важно истаћи до којих нових сазнања се дошло у истраживању, који је њихов теоријски и практични допринос, као и који нови истраживачки задаци се на основу њих могу утврдити или

назирати.

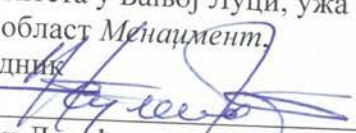
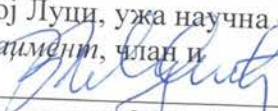
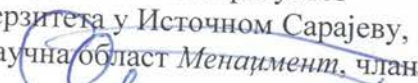
5. ЗАКЉУЧАК И ПРИЈЕДЛОГ

Научно-наставном вијећу Економског факултета Универзитета у Бањој Луци и Сенату Универзитета у Бањој Луци предлажемо да прихвати позитивну оцјену докторске дисертације кандидаткиње *мр Вање Кењић* под називом: „*Систем управљања квалитетом у функцији стратешког менаџмента: нови синергетско-холистички модел*“, одобри њену јавну одбрану и одреди комисију за спровођење поступка одбране.

- а) Навести најзначајније чињенице што тези даје научну вриједност, ако исте постоје дати позитивну вриједност самој тези;
- б) Ако је приједлог негативан, треба дати опширније образложење и документовано указати на учињене пропусте, односно недостатке написане докторске тезе.

Бања Лука, 02.06.2022. године

ПОТПИС ЧЛАНОВА КОМИСИЈЕ

1. Др Јово Атељевић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област *Менаџмент*, председник

2. Др Зоран Лукић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, ужа научна област *Менаџмент*, члан и

3. Др Бранислав Машић, редовни професор, Економски факултет Универзитета у Источном Сарајеву, ужа научна област *Менаџмент*, члан.


3.

4.

5.

6.

ИЗДВОЈЕНО МИШЉЕЊЕ: Члан комисије који не жели да потпише извјештај јер се не слаже са мишљењем већине чланова комисије, дужан је да унесе у извјештај образложење, односно разлог због којих не жели да потпише извјештај.