

UNIVERZITET CRNE GORE
EKONOMSKI FAKULTET PODGORICA

Ivan Radević

**MENADŽMENT ZNANJA I
ORGANIZACIONI DIZAJN
KAO FAKTORI KVALITETA USLUGA
ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJA**

- DOKTORSKA DISERTACIJA -

Podgorica, 2020. godine

UNIVERZITET CRNE GORE
EKONOMSKI FAKULTET PODGORICA

Ivan Radević

**MENADŽMENT ZNANJA I
ORGANIZACIONI DIZAJN
KAO FAKTORI KVALITETA USLUGA
ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJA**

- DOKTORSKA DISERTACIJA -

Podgorica, 2020. godine

UNIVERSITY OF MONTENEGRO
FACULTY OF ECONOMICS PODGORICA

Ivan Radević

**KNOWLEDGE MANAGEMENT AND
ORGANIZATIONAL DESIGN
AS QUALITY FACTORS OF
HEALTH ORGANIZATIONS' SERVICES**

- DOCTORAL DISSERTATION -

Podgorica, 2020



PODACI O DOKTORANDU, MENTORU I ČLANOVIMA KOMISIJE

○ DOKTORAND

Ime i prezime: Ivan Radević

Datum rođenja: 22. 10. 1986.

Naziv završenog studijskog programa i godina završetka:

Doktorske studije ekonomije, 2020.

○ MENTOR

Titula: prof. dr

Ime i prezime: Vlado Dimovski

Zvanje: redovni profesor

Naziv univerziteta i organizacione jedinice:

Univerzitet u Ljubljani – Slovenija, Ekonomski fakultet Ljubljana

○ ČLANOVI KOMISIJE

Titula: prof. dr

Ime i prezime: Anđelko Lojpur

Zvanje: redovni profesor

Naziv univerziteta i organizacione jedinice:

Univerzitet Crne Gore, Ekonomski fakultet Podgorica

Titula: prof. dr

Ime i prezime: Božo Mihailović

Zvanje: redovni profesor

Naziv univerziteta i organizacione jedinice:

Univerzitet Crne Gore, Ekonomski fakultet Podgorica

○ DATUM ODBRANE:

15. 06. 2020. godine



PODACI O DOKTORSKOJ DISERTACIJI

○ **Naziv doktorskih studija:** Doktorske studije ekonomije

Naslov doktorske disertacije: Menadžment znanja i organizacioni dizajn kao faktori kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija

APSTRAKT

○ Cilj ovog istraživanja je da na bazi temeljne teorijske i empirijske analize primjene menadžmenta znanja i multikontigencijskog pristupa organizacionom dizajnu, u svrhu poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija, ukaže na mogućnosti unapređenja sistema kvaliteta zdravstvene zaštite u Crnoj Gori. Najprije, razmatran je odnos između menadžmenta znanja i kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija, kao i uticaj elemenata organizacionog dizajna i njihove različite kombinacije na kvalitet zdravstvenih usluga. Zatim, istraživanjem je analizirana i međusobna relacija menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, a sve u svrhu stvaranja potpunijeg uvida u njihovo dejstvo na efikasnost i efektivnost u pružanju usluga zdravstvenih organizacija. Najzad, cilj doktorske disertacije je i da pruži uvid u mogućnosti unapređenja sistema zdravstvene zaštite kroz analizu stanja koje se tiče: prvo, nivoa zastupljenosti i kvaliteta primjene menadžmenta znanja u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori; drugo, kvaliteta interne i eksterne usklađenosti elemenata organizacionog dizajna zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori; i treće, kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori.

Istraživanje je zasnovano na sekvencijalnom dizajnu kombinovanog (kvantitativnog i kvalitativnog) metoda istraživanja.

Kvantitativno istraživanje sprovedeno je kroz dva anketna upitnika. Prvi upitnik se odnosio na menadžment znanja i organizacioni dizajn zdravstvenih ustanova. Ovim istraživa-

njem je obuhvaćeno ukupno 45 zdravstvenih ustanova sa teritorije Crne Gore, od čega 32 javne i 13 privatnih. U okviru svake ustanove, anketirana su po tri lica (član uprave, ljekar i medicinski tehničar). Naknadno je vršeno i prikupljanje podataka od članova Sindikata doktora medicine iz 16 različitih ustanova. Drugi upitnik ticao se kvaliteta zdravstvenih usluga i ambijentalnih determinanti zdravstvenog sistema Crne Gore. U ovom dijelu istraživanja, realizovanom među građanima/kama, kao uzorački okvir korišćen je birački spisak građana/ki Crne Gore, iz kojeg je izvučen stratifikovani prost slučajni uzorak, planirane veličine 1,800 ispitanika/ca (realizovano 1,769), čiji su stratumi bili regioni sjever, centar, jug i glavni grad Podgorica. Alokacija uzorka proporcionalna je veličini biračkih mjesta (mjereno brojem punoljetnih lica). Uzorak je realizovan u 180 biračkih mjesta. Za navedenu veličinu uzorka, interval povjerenja od 95% za pojave sa incidencom od 50% iznosi $\pm 2.33\%$. Analiza rezultata vršena je korišćenjem širokog metodološkog instrumentarijuma, koji je uključivao brojne metode deskriptivne i inferencijalne statistike, dok je poseban model razvijen metodom strukturnih jednačina. Nakon dobijanja rezultata kvantitativne analize, u svrhu triangulacije i produbljivanja analize, sprovedeno je i kvalitativno istraživanje, zasnovano na deset intervjuu, i pet fokus grupa sa ključnim stakeholderima iz domena zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori (menadžeri, ljekari, medicinski tehničari, administrativno osoblje, stručnjaci iz oblasti menadžmenta i organizacije u zdravstvu, kao i sami pacijenti).

Unakrsnom analizom dobijenih rezultata o osnovnim konstruktima istraživanja došlo se do vrijednih nalaza o mogućnostima unapređenja sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori. Shodno rezultatima istraživanja, u crnogorskom zdravstvenom sistemu postoje brojne mogućnosti za unapređenje nivoa primjene i kvaliteta menadžmenta znanja. Takođe, identifikovane su i mogućnosti rekonfiguracije organizacionog modela crnogorskog zdravstvenog sistema u svrhu postizanja veće efikasnosti i efektivnosti. Na bazi sprovedenog istraživanja zaključeno je da veća zastupljenost i primjena menadžmenta znanja u organizaciji doprinosi povećanju kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija. Pored toga, istraživanjem je ustanovljeno da rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na internom i eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija.

Ključne riječi: *menadžment znanja, organizacioni dizajn, zdravstveni sistem, kvalitet zdravstvenih usluga, organizaciona struktura, organizaciona kultura, organizaciona klima, decentralizacija.*

Naučna oblast: Menadžment i organizacija

Uža naučna oblast: Menadžment znanja i organizacioni dizajn

UDK: 005.94(043.3) & 005:614.2(043.3)



DOCTORAL DISSERTATION INFORMATION

- **Title:** Knowledge management and organizational design as quality factors of health organizations' services

Doctoral programme: Economic studies

ABSTRACT

- This research aims to point out possibilities of improving the quality of health-care system in Montenegro, based on a thorough theoretical and empirical analysis of the application of knowledge management and a multi-contingent approach to organizational design for the purpose of improving quality of health-care services. To begin with, this research explores the relationship between knowledge management and the quality of services provided by health-care organizations, as well as the influence of elements of the organizational design and their different combinations on the quality of health-care services. Then, the research analyses the relationship between knowledge management and organizational design with the aim of creating a more complete insight into their effect on the efficiency and effectiveness in the delivery of health-care services. Additionally, this thesis aims to provide insight in the possibilities of improving the health-care system, through the following analyses: first, the level of representation and quality of application of knowledge management in health-care organizations; second, the quality of internal and external alignment of elements of organizational design of health-care organizations; and third, the quality of health-care service provided by organizations in Montenegro.

The research is based on a sequential design of a mixed (quantitative and qualitative) research method.

The quantitative research was conducted through two questionnaire surveys. The first questionnaire covered the topic of knowledge management and organizational design

of health-care institutions. This research covered a total of 45 Montenegrin health-care institutions including 32 public and 13 privately-owned institutions. Three persons were interviewed in each institution (a board member, medical doctor and medical technician). Afterwards, additional data were collected from members of the Medical Doctors' Union from 16 different institutions. The second questionnaire was about the quality of health-care services and the environmental determinants of Montenegrin health-care system. This part of the survey was conducted among Montenegrin citizens. The national voters' list was used as the sampling frame, stratifying a random sample of 1,800 respondents (as many as 1,769 responded) from the northern, central, southern region and the Capital city of Podgorica. The allocation of the sample is proportional to the size of polling stations (measured by the number of adults). The sample was carried out in 180 polling stations. For the indicated sample size, the 95% confidence interval of $\pm 2.33\%$ stands for occurrences with an incidence of 50%. The results were analysed using a number of methodological toolkits that included methods of descriptive and inferential statistics, and a separate model was developed using the structural equation method.

Having obtained the results of quantitative analysis, with the purpose of triangulation and deepening of the analysis, a qualitative research was conducted through ten interviews and five focus groups with key stakeholders in the field of health-care in Montenegro (managers, medical doctors, medical technicians, administrative staff, experts in management and organization in health-care services, and patients).

Cross-examination of the results obtained about the basic constructs of the research yielded valuable findings on the possibilities of improving the health-care system in Montenegro. The results indicate many possibilities for improving of the application and quality of knowledge management in Montenegrin health-care system. Also, the thesis identifies possibilities for re-configuration of the organizational model of Montenegrin health-care system so as to become more efficient and effective. The results suggest that greater representation and application of knowledge management in an organization contribute to better quality of services of health-care organizations. In addition, the research found that the re-configuration of the organizational model based on internal and external alignment of organizational design elements give rise to an increased quality of service of health-care organizations.

Keywords: *knowledge management, organizational design, health-care system, quality of health organizations' services, organizational structure, organizational culture, organizational climate, decentralization.*

Scientific field of study: Management and organization

Scientific sub-field of study: Knowledge management and organizational design

UDC: 005.94(043.3) & 005:614.2(043.3)



PREDGOVOR

○ Algoritmi funkcionisanja savremenih organizacija znatno su izmijenjeni pod uticajem razvoja informaciono-komunikacionih tehnologija. Menadžment izazovi postaju sve veći usljed rastuće složenosti okruženja, zasnovane na kontinuiranim promjenama, kako konkurentskog pejzaža i ambijentalno-sistemskih determinanti tako i zahtjeva i preferencija korisnika usluga, odnosno kupaca proizvoda. U takvim uslovima, brzina reagovanja i fleksibilnost, na individualnom i na organizacionom nivou, sve više postaju pretpostavka ne samo uspjeha već i opstanka. Odgovarajuća brza reakcija može biti obezbijedena jedino uz posjedovanje potrebnog znanja, članova organizacije, ali i organizacije kao cjeline. Međutim, ono što se često zanemaruje jeste činjenica da se znanje kao osnov konkurentnosti, ni individualno, ni organizaciono ne može steći na brzinu. Jednako kao što se često zaboravlja zdravlje (individualno ili organizaciono – u smislu kvaliteta sistema i međusobnih veza i odnosa članova organizacije), bez kojeg znanje ne vrijedi previše. A ni zdravlje nije moguće brzo steći. Kvalitetno znanje traži kontinuirano učenje i stalno usavršavanje, a kvalitetno zdravlje pretpostavlja permanentnu brigu i preventivno djelovanje u svrhu njegovog očuvanja. Samim tim, menadžment znanja i organizacioni dizajn od suštinske su važnosti za stvaranje uslova za održiv rast savremenih organizacija, zasnovan na znanju kao osnovnom razvojnom resursu.

Sve navedeno, paralelno sa (o)давno prepoznatim afinitetima prema oblastima menadžmenta i organizacije, rezultiralo je opredjeljenjem da „Menadžment znanja i organizacioni dizajn kao faktori kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija“ bude tema ove doktorske disertacije.

Ova studija rezultat je višegodišnjeg naučnoistraživačkog rada, a empirijska analiza uključila je članove 45 crnogorskih zdravstvenih ustanova i oko 2,000 ispitanika/ca. Na odgovarajući način zahvaliti svima koji su doprinijeli uspješnom završetku pisanja ove disertacije, nije moguće. Stoga, za kraj predgovora ističem pet važnih spoznaja koje su nastale kao nusproizvod pisanja ovog doktorskog rada.

1. *Znanje je važno.* A važno je i gdje ga stičete. Biti dio najstarije visokoobrazovne ustanove u Crnoj Gori privilegija je, kako zbog sticanja znanja i vještina tako i zbog stečenih kontakata i prijatelja. Zahvalan sam kompletnom kolektivu Ekonomskog fakulteta, ali i studentima sa kojima sam sarađivao i sa kojima sarađujem, jer su, svako na svoj način, bili značajan izvor motivacije prilikom izrade ove doktorske disertacije. Jednako zahvaljujem i mojim profesorima i prijateljima iz Osnovne škole „Savo Pejanović“, Ekonomske škole „Mirko Vešović“ i sa Fakulteta za državne i evropske studije u Podgorici. Stečena znanja i brojne životne lekcije iz kompletnog perioda mog školovanja, značajno su odredile i moje dalje profesionalno usmjerenje.
2. *Menadžment je jednostavan.* A jednostavna su i rješenja za najsloženije izazove kada imate prave mentore. Veliku zahvalnost dugujem mentoru prof. dr Vladu Dimovskom, prof. dr Anđelku Lojpuru i prof. dr Božu Mihailoviću. Njihovo iskustvo, znanje, raspoloživost za potrebe konsultacija, kritika, podrška i prijateljski savjeti, bili su čvrst oslonac u izradi ove doktorske disertacije.
3. *Organizacija je sistem.* A sistemska podrška istraživanju, u smislu obezbjeđivanja ispitanika/ca iz zdravstvenih ustanova, dobijena je od Ministarstva zdravlja, Svjetske zdravstvene organizacije, ali i od Sindikata doktora medicine, kojima se najiskrenije zahvaljujem. Takođe, posebnu zahvalnost na izdvojenom vremenu, ali i podršci, dugujem svim zdravstvenim ustanovama čiji su predstavnici uzeli učešće u istraživanju, kao i građanima/kama koji/e su bili/e u ulozi ispitanika/ca.
4. *Kvalitet je bitan.* A bitno je sa kim provodite vrijeme. Iako tokom izrade ove teze nijesam imao vremena za porodicu i prijatelje koliko sam želio, zahvalan sam velikom broju prijatelja koji su imali razumijevanja za moj nedostatak vremena, ali i nalazili vremena i volje da na različite načine doprinesu kvalitetu disertacije. Posebno zahvaljujem kolegama iz generacije 2005. Ekonomskog fakulteta, kao i prijateljima iz Alumni kluba Škole retorike i Sportsko-rekreativnog društva studenata ekonomije i menadžmenta „Ekomen“. Druženje sa njima uvijek mi je ulivalo dodatnu energiju i bilo značajan izvor motivacije.
5. *Zdravlje je sreća.* A najveća sreća je imati porodicu u kojoj podrške, motivacije i razumijevanja nikada ne nedostaje.

Podgorica, decembar 2019.

Ivan Radević



IZVOD IZ TEZE

- Strukturu rada, osim uvoda i zaključka, čine četiri osnovna dijela: 1. Pregled literature, 2. Model istraživanja, 3. Analiza podataka i rezultata i 4. Diskusija – Analiza doprinosa studije.

U uvodnom dijelu u najkraćem su predstavljeni predmet i cilj istraživanja, istraživački dizajn, kao i naučni doprinos i ograničenja studije.

Nakon uvoda, prvi dio rada je posvećen pregledu literature. Najprije, fokusiran je prvi istraživački konstrukt – menadžment znanja. U okviru ovog dijela definisani su uloga i značaj menadžmenta znanja u savremenim uslovima poslovanja, dat je prikaz različitih pristupa definisanju menadžmenta znanja, kao i ukazano na osnovne uzroke razvoja ovog koncepta. Zatim su predstavljene osnovne komponente i faze menadžmenta znanja, da bi na kraju bilo prezentovano 27 savremenih alata i tehnika primjene menadžmenta znanja. Nakon upoznavanja sa prvim istraživačkim konstruktom, u okviru pregleda literature detaljno je objašnjen i drugi istraživački konstrukt – pojam organizacionog dizajna. Pored različitih pristupa definisanju organizacionog dizajna, posebno je dato objašnjenje njegovih eksternih i internih faktora. Konkretno, u okviru ovog dijela može se naći osvrt na interne faktore, kao što su veličina organizacije, tehnologija, ciljevi, strategija, organizaciona kultura, stil liderstva i organizaciona klima. Posebno su obrađene i strukturne komponente organizacionog dizajna – formalizacija, centralizacija i kompleksnost, kao i organizaciona struktura, da bi na samom kraju dijela o organizacionom dizajnu bio predstavljen multikontigencijski pristup projektovanju organizacije. Treća cjelina prvog dijela rada za predmet proučavanja je imala odnos između teorijskih konstrukata istraživanja – menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, sa osvrtom na zdravstveni sektor.

Drugi dio teze detaljno predstavlja model istraživanja. Najprije je detaljno objašnjen kvantitativni istraživački metod, uključujući sve korišćene metode, poput mjera pouzdanosti, centralne tendencije i disperzije, intervala povjerenja, parametarskih i neparametarskih procjena, korelacije i regresije analize, zatim multivarijacije i faktorske analize i na kraju jednačina strukturne forme. Nakon toga je objašnjen i kvalitativni istraživački metod kroz fokusiranje posebnih metoda korišćenih u ovom istraživanju, i to: CRAAP test,

bibliometrija, SPELIT analiza, studija slučaja, polustrukturirani intervju, fokus grupe i metod utemeljene teorije. Konačno, u prvoj cjelini drugog dijela objašnjen je kombinovani – mješoviti pristup istraživanju, koji koristi prednosti kvantitativnog i kvalitativnog metoda, zbog čega je i upotrijebljen u ovom istraživanju. Nakon objašnjenja metodologije, predstavljen je dizajn istraživanja. Konkretno, pojašnjene su jedinice istraživanja i dizajn upitnika. Zatim su posebno objašnjene faze pretestiranja upitnika i pilot-istraživanja. U ovom dijelu objašnjen je i uzorak, kao i istraživački protokol. Nakon detaljnog obrazloženja dizajna istraživanja, prezentovan je i proces empirijske izgradnje modela, kao i evaluacioni kriterijumi konkretnog istraživanja.

Treći dio rada je dominantno empirijskog karaktera. U okviru ovog dijela, čiji je naslov „Analiza podataka i rezultata“, predstavljene su četiri zasebne cjeline. U prvoj je tretirano prisustvo menadžmenta znanja u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori. Posebno su razmatrani makroekonomski kontekst znanja, nivo primjene i efektivnost menadžmenta znanja, organizaciona kultura, organizaciona infrastruktura i liderstvo u crnogorskim zdravstvenim ustanovama. Svaka od prezentovanih dimenzija obrađena je kako na nivou čitavog uzorka tako i po regijama i prema tipu svojine. U drugoj cjelini trećeg dijela rada predstavljen je organizacioni dizajn zdravstvenog sistema Crne Gore. Najprije je predstavljen makroekonomski kontekst zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori sa osnovnim makroekonomskim indikatorima. Zatim slijedi posmatranje crnogorskog zdravstvenog sistema iz organizaciono-pravne perspektive, sa osvrtom na trend decentralizacije upravnih sistema, kao i pozitivno-pravni i organizacioni aspekt zdravstvenog sistema Crne Gore. Posebno su definisani i ključni problemi u procesu decentralizacije zdravstvenog sistema Crne Gore, ali i date preporuke za unapređenje organizaciono-pravne dimenzije zdravstvenog sistema. Takođe, posebno su razmatrane organizaciona strategija, organizaciona struktura, organizaciona kultura i organizaciona klima zdravstvenog sistema. I prilikom posmatranja ovih aspekata, date su ocjene ne samo na nivou čitavog zdravstvenog sistema nego i po regijama i prema tipu svojine. Nakon upoznavanja sa nivoom primjene menadžmenta znanja i organizacionim dizajnom u crnogorskim zdravstvenim ustanovama, posebno su prezentovani rezultati koji se tiču kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori. Ova analiza učinjena je na uzorku od 1,769 lica, a rezultati su predstavljeni i na nivou kompletnog uzorka, kao i po regijama i prema tipu svojine. Pored toga, tretirane

su i osnovne ambijentalne determinante zdravstvenog sistema Crne Gore, kao i problem očuvanja zdravlja u savremenom dobu. Na samom kraju trećeg dijela rada urađena je i unakrsna analiza osnovnih konstrukata istraživanja. Konkretno, modelom strukturnih jednačina ispitana je uloga menadžmenta znanja i organizacionog dizajna u funkciji poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga. Osim toga, urađena je i analiza kvaliteta internog i eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna.

Četvrti dio doktorske disertacije obuhvata diskusiju modeliranu u odnosu na četiri osnovna istraživačka pitanja i dvije osnovne hipoteze istraživanja, a zasnovanu na rezultatima istraživanja prezentovanim u trećem dijelu. Takođe, osim navedene diskusije, u ovom dijelu su predstavljeni teorijski, metodološki i praktični doprinos istraživanja, a dat je osvrt i na ograničenja studije, kao i moguće pravce budućih istraživanja u ovoj oblasti.

Nakon četiri osnovna dijela istraživanja, dat je zaključak, ali i priložen spisak korišćene literature. U svrhu potpunijeg uvida u korišćenu metodologiju, kao posebni prilozi rada izdvojeni su i upitnici, korišćeni prilikom prikupljanja podataka, detaljan prikaz istraživačkog dizajna, liste tema i inicijalnih draft pitanja za polustrukturirane intervju, kao i primjeri primjene konkretnih statističkih i/ili ekonometrijskih postupaka.

Ovakva struktura rada uslovljena je potrebom da se svako od posmatranih pitanja koja su predmet doktorske disertacije bliže i potpunije razmotri sa stanovišta za njega relevantnih momenata i elemenata, koji ga čine prepoznatljivim od ostalih, te daju najviše osnova za razumijevanje njegove suštine.



THESIS OVERVIEW

- The thesis, apart from introduction and conclusion, consists of four parts: 1. Literature review, 2. Research model, 3. Analysis of data and results, and 4. Discussion – Analysis of thesis contributions.

The introduction briefly presents a subject and aim of the research, research design, as well as scientific contributions and limitations of the study.

After the introduction, first part of the paper is devoted to the literature review. Then, the paper focuses on the first research construct – knowledge management. This part defines the role and importance of knowledge management in modern business environment, gives an overview of different approaches to defining knowledge management, and outlines the basic causes of development of this concept. Then, a presentation of basic components and stages of knowledge management follows, including an introduction of 27 modern tools and techniques for applying knowledge management. Having introduced the first research construct, the paper continues with a detailed presentation of the second research construct – the concept of organizational design. In addition to different approaches to defining organizational design, this section elaborates on external and internal factors of organizational design. Specifically, within this section one may find an overview of internal factors such as organizational size, technology, goals, strategy, organizational culture, leadership style, and organizational climate. The structural components of organizational design – formalization, centralization, complexity, and organizational structure – are elaborated in separate sections, and at the very end of the section follows a presentation of a multi-contingent approach to the organizational design. The third section of this part reflects the relationship between the theoretical constructs of research – knowledge management and organizational design, with reference to the health-care sector.

The second part of the thesis illustrates the research model. First, the quantitative research method is elaborated along with all the methods used, such as reliability measures, central tendencies and dispersions, confidence intervals, parameter and non-parameter estimates, correlation and regression analysis, multivariate and factor analysis, and structural

equations. The qualitative research method is explained next by focusing on the specific methods used in this research: CRAAP test, bibliometrics, SPeLIT analysis, case study, semi-structured interviews, focus groups and a method of grounded theory. Finally, the first section of this part presents the combined – mixed approach to the research that takes advantages of quantitative and qualitative methods. After the introduction of methodology follows a presentation about the research design, or, to be more specific, research units and questionnaire design. Then, the phases of questionnaire pre-testing and pilot research are explained in more detail. This section elaborates on the sample as well as on the research protocol. After a thorough explanation of the research design, follows the process of empirical model construction and the evaluation criteria of the research.

The third part of the paper is predominantly empirical. This part, entitled “Analysis of Data and Results”, consists of four individual sections. The first one deals with the existence of knowledge management in health-care organizations in Montenegro. The macroeconomic context of knowledge, the level of application and effectiveness of knowledge management, organizational culture, organizational infrastructure and leadership in Montenegrin health-care institutions are explained in more details. Each of these dimensions is addressed from the standpoint of the whole sample, by region and by type of property. The second section presents the organizational design of the health-care system of Montenegro. The section begins with a presentation of the macroeconomic context of Montenegrin health-care industry together with basic macroeconomic indicators. This is followed by an observation of Montenegrin health-care system from an organizational and legal standpoint, with reference to the trend of decentralization of administrative systems and to the governing legal and organizational aspect. Key problems in the process of decentralization were defined too, along with recommendations for improving the organizational and legal dimension of the system. Furthermore, the organizational strategy, organizational structure, organizational culture and organizational climate of the health-care system were each discussed in detail. In doing so, entire health-care system, region and type of property were rated separately. Having presented the level of application of knowledge management and organizational design in Montenegrin health-care institutions, follows the presentation about findings of the quality of services of health-care organizations. This analysis was performed on a sample of 1,769 persons, and the findings are presented for

the whole sample, by region and by type of property. In addition, basic environmental determinants of the health-care system were addressed too, and the challenges of good health in modern age. The very end of the third part reflects a cross-analysis of the basic constructs of the research. In particular, the structural equation model examines the role of knowledge management and organizational design in the function of quality of health-care services. What's more, quality of internal and external alignment of organizational design elements are analysed too.

The fourth part of the thesis covers the discussion about four basic research questions and two basic research hypotheses based on the findings from the third part. In addition, this section demonstrates the theoretical, methodological and practical contributions of the research, and highlights the limitations of the study as well as possible directions for future research in this area.

After four basic parts of the research, the paper ends with a conclusion and a list of reference materials. Questionnaires that were used for data collection, detailed presentation of the research design, a list of topics and initial draft questions for semi-structured interviews, as well as examples of application of specific statistical and/or econometric procedures are attached to the paper, for the purpose of a complete insight into the methodology used.

The need to reflect in more detail each of the subject matters from the standpoint of relevant elements, a defining quality of the subject matter, determined the structure of this paper and made grounds to understanding of its essence.

2

SADRŽAJ

PODACI O DOKTORANDU, MENTORU I ČLANOVIMA KOMISIJE	4
PODACI O DOKTORSKOJ DISERTACIJI	6
DOCTORAL DISSERTATION INFORMATION.....	10
PREDGOVOR	14
IZVOD IZ TEZE	17
THESIS OVERVIEW	21
UVOD	43
Predmet istraživanja	43
Cilj istraživanja – istraživačka pitanja i hipoteze	45
Dizajn istraživanja	48
Naučni doprinos	53
Ograničenja studije	53
 1. PREGLED LITERATURE	 56
1.1. Menadžment znanja	56
1.1.1. Uloga i značaj menadžmenta znanja u savremenim uslovima poslovanja	56
1.1.2. Različiti pristupi definisanju menadžmenta znanja	58
1.1.3. Osnovni uzroci razvoja koncepta menadžmenta znanja	58
1.1.4. Bazične komponente menadžmenta znanja	59
1.1.4.1. Znanje	59

1.1.4.2. Ljudi	61
1.1.4.3. Tehnologija	62
1.1.4.4. Procesi	62
1.1.5. Faze menadžmenta znanja	63
1.1.6. Mjerljivost uticaja menadžmenta znanja na uspjeh organizacije	64
1.1.7. Savremeni alati i tehnike primjene menadžmenta znanja	66
1.1.7.1. Sistem za upravljanje dokumentima (<i>Document Management System</i>)	68
1.1.7.2. Sistem za upravljanje sadržajem (<i>Content Management System</i>)	68
1.1.7.3. Baza znanja (<i>Wiki</i> i dr.)	69
1.1.7.4. Blog (<i>Blog</i>)	69
1.1.7.5. Društvene mreže (<i>Social Networks</i>)	70
1.1.7.6. VOIP sistem (<i>Voice Over Internet Protocol System</i>)	70
1.1.7.7. Internet pretraživač (<i>Web Search Engine</i>)	71
1.1.7.8. Klasteri znanja (<i>Knowledge Clusters</i>)	71
1.1.7.9. Lokator ekspertize (<i>Expertise Locator</i>)	72
1.1.7.10. Zajednički virtuelni radni prostor (<i>Collaborative Virtual Workspace</i>)	73
1.1.7.11. Portal znanja (<i>Knowledge Portal</i>)	73
1.1.7.12. Dijeljenje znanja putem videa (<i>Video Sharing</i>)	74
1.1.7.13. Oluja ideja (<i>Brainstorming</i>)	74
1.1.7.14. Učenje i prikupljanje ideja (<i>Learning and Idea Capture</i>)	75
1.1.7.15. Kolegijalna pomoć (<i>Peer Assist</i>)	75
1.1.7.16. Pregled učenja (<i>Learning Review</i>)	76
1.1.7.17. Naknadna ocjena aktivnosti (<i>After Action Review</i>)	77
1.1.7.18. Pričanje priča (<i>Storytelling</i>)	77
1.1.7.19. Zajednički radni prostor (<i>Collaborative Physical Workspace</i>)	78

1.1.7.20. APO alat za procjenu menadžmenta znanja (<i>APO Knowledge Management Assessment Tool</i>)	79
1.1.7.21. Diskusioni kafe znanja (<i>Knowledge Café</i>)	79
1.1.7.22. Zajednica prakse (<i>Community of Practice</i>)	80
1.1.7.23. Taksonomija (<i>Taxonomy</i>)	81
1.1.7.24. Plan razvoja kompetencija zaposlenih (<i>Knowledge Worker Competency Plan</i>)	81
1.1.7.25. Mapiranje znanja (<i>Knowledge Mapping</i>)	82
1.1.7.26. Model zrelosti upravljanja znanjem (<i>KM Maturity Model</i>)	82
1.1.7.27. Mentor (<i>Mentor</i>)	82
1.2. Organizacioni dizajn	83
1.2.1. Različiti pristupi definisanju organizacionog dizajna	84
1.2.2. Eksterni faktori	85
1.2.3. Interni faktori	86
1.2.3.1. Veličina organizacije	87
1.2.3.2. Tehnologija	88
1.2.3.3. Ciljevi i strategija	88
1.2.3.4. Organizaciona kultura	91
1.2.3.5. Stil liderstva	93
1.2.3.6. Organizaciona klima	95
1.2.4. Strukturne komponente	97
1.2.4.1. Formalizacija	97
1.2.4.2. Centralizacija	98
1.2.4.3. Kompleksnost	98
1.2.5. Organizaciona struktura	99

1.2.6. Multikontigencijski pristup projektovanju organizacije	103
1.3. Odnos između teorijskih konstrukata istraživanja	106
2. MODEL ISTRAŽIVANJA	115
2.1. Metodologija	116
2.1.1. Kvantitativni istraživački metod	118
2.1.1.1. Upitnici	119
2.1.1.2. Deskriptivno istraživanje	120
2.1.1.3. Mjere pouzdanosti	121
2.1.1.4. Mjere centralne tendencije	122
2.1.1.5. Mjere disperzije	123
2.1.1.6. Interval povjerenja	123
2.1.1.7. Neparametarske i parametarske procjene	124
2.1.1.8. Analiza korelacije	125
2.1.1.9. Analiza regresije	126
2.1.1.10. Multivarijaciona analiza	127
2.1.1.11. Faktorska analiza	128
2.1.1.12. Jednačine strukturne forme	128
2.1.2. Kvalitativni istraživački metod	129
2.1.2.1. Provjera pouzdanosti izvora literature (<i>CRAAP test</i>)	131
2.1.2.2. Bibliometrija – bibliografsko povezivanje i semantičke mjere sličnosti ..	132
2.1.2.3. SPELIT analiza	133
2.1.2.4. Metod studije slučaja (<i>Case Study</i>)	134
2.1.2.5. Polustrukturirani intervjui	136
2.1.2.6. Fokus grupe	137

2.1.2.7. Metod utemeljene teorije (<i>Grounded Theory</i>)	138
2.1.3. Kombinovani – mješoviti (kvantitativni i kvalitativni) pristup istraživanju	140
2.2. Dizajn istraživanja	142
2.2.1. Jedinice istraživanja	143
2.2.1.1. Zdravstvene ustanove	144
2.2.1.2. Građani/ke	145
2.2.2. Dizajn upitnika	146
2.2.2.1. Upitnik o menadžmentu znanja i organizacionom dizajnu	147
2.2.2.2. Upitnik o kvalitetu zdravstvenih usluga u Crnoj Gori	147
2.2.3. Predtestiranje upitnika i pilot-istraživanje	149
2.2.4. Odabir uzorka	149
2.2.5. Izvori podataka	151
2.2.6. Istraživački protokol kombinovanog (kvantitativnog i kvalitativnog) pristupa istraživanju	154
2.2.7. Etička dimenzija istraživanja	156
2.3. Empirijska izgradnja modela	158
2.4. Evaluacioni kriterijumi	161
2.4.1. Evaluacija kombinovanog (kvantitativnog i kvalitativnog) istraživanja	161
2.4.2. Kriterijumi evaluacije konkretnog istraživanja	163
3. ANALIZA PODATAKA I REZULTATA	167
3.1. Menadžment znanja u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori	167
3.1.1. Makroekonomski kontekst znanja u Crnoj Gori	168
3.1.2. Profil ispitanika/ca	172
3.1.3. Nivo primjene menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori ...	174
3.1.4. Efektivnost menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	178

3.1.5. Organizaciona kultura u funkciji menadžmenta znanja	181
3.1.6. Organizaciona infrastruktura	185
3.1.7. Liderstvo	189
3.2. Organizacioni dizajn zdravstvenog sistema Crne Gore	194
3.2.1. Makroekonomski kontekst zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori	194
3.2.2. Izazovi procesa decentralizacije crnogorskog zdravstvenog sistema – organizaciono-pravni kontekst	198
3.2.2.1. Trend decentralizacije upravnih sistema	199
3.2.2.2. Kompleksnost procesa decentralizacije zdravstvenog sistema	202
3.2.2.3. Pozitivno-pravni aspekt lokalne samouprave i javnih službi u Crnoj Gori ..	203
3.2.2.4. Centralizacija vs. decentralizacija	211
3.2.2.5. Pozitivno-pravni i organizacioni aspekt zdravstvenog sistema Crne Gore	214
3.2.2.6. Ključni problemi u procesu decentralizacije zdravstvenog sistema Crne Gore	218
3.2.2.7. Preporuke za unapređenje organizaciono-pravne dimenzije zdravstvenog sistema Crne Gore	224
3.2.3. Organizaciona strategija	226
3.2.4. Organizaciona struktura	228
3.2.5. Organizaciona kultura	230
3.2.6. Organizaciona klima	233
3.3. Kvalitet usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori	235
3.3.1. Profil ispitanika/ca	235
3.3.2. Komparativna analiza kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama	238
3.3.3. Komparativna analiza kvaliteta usluga državnih i privatnih zdravstvenih ustanova	244
3.3.4. Ambijentalne determinante zdravstvenog sistema Crne Gore	248
3.3.5. Kompleksnost očuvanja zdravlja u savremenom dobu	256

3.4. Unakrsna analiza osnovnih konstrukata istraživanja	260
3.4.1. Menadžment znanja i organizacioni dizajn u funkciji poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga	260
3.4.2. Analiza kvaliteta internog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna	264
3.4.3. Analiza kvaliteta eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna	270
 4. DISKUSIJA – ANALIZA DOPRINOSA STUDIJE	 274
4.1. Odgovori na istraživačka pitanja i hipoteze	274
4.2. Teorijski doprinos	288
4.3. Metodološki doprinos	289
4.4. Praktični doprinos	290
4.5. Ograničenja istraživanja	291
4.6. Buduća istraživanja	293
 ZAKLJUČAK	 296
 LITERATURA	 300
 PRILOZI	 354
Prilog A:	
Upitnik o nivou zastupljenosti menadžmenta znanja i kvalitetu organizacionog dizajna u zdravstvenoj organizaciji	355
Prilog B:	
Upitnik o zadovoljstvu korisnika usluga zdravstvenih organizacija	382

Prilog C:

Tabelarni prikaz istraživačkog dizajna kvantitativnog dijela istraživanja	392
---	-----

Prilog D:

Lista inicijalnih tema i draft pitanja za polustrukturirane intervju i fokus grupe sa predstavnicima zdravstvenih organizacija i drugim zainteresovanim stranama	399
---	-----

Prilog E:

Vizuelni prikaz bibliometrijskih mreža naučnih publikacija konkretnog istraživanja putem VOSviewer softvera	401
---	-----

Prilog F:

Primjer primjene Kronbahovog alfa testa	404
---	-----

Prilog G:

Primjer primjene Kolmogorov–Smirnovljevog testa	406
---	-----

Prilog H:

Primjer primjene analize glavnih komponenti – PCA (<i>Principal Component Analysis</i>)	408
---	-----

Prilog I:

Primjer procjene dominantnog tipa organizacione kulture po osnovu šest ključnih dimenzija OCAI instrumenta	412
--	-----

Prilog J:

Primjena Kruskal–Valisovog testa statističke značajnosti	415
--	-----

Prilog K:

Primjena Man–Vitnijevog U testa statističke značajnosti	436
---	-----

Prilog L:

Primjer primjene t-testa nezavisnih uzoraka	448
---	-----

Prilog M:

Primjer primjene analize varijanse (ANOVA)	451
--	-----

Prilog N:

Primjer analize korelacije	454
----------------------------------	-----

Prilog O:

Primjer regresione analize	457
----------------------------------	-----

Prilog P:	
Tabele i proračuni iz domena modeliranja strukturnih jednačina pomoću softvera <i>IBM SPSS Amos</i>	461
Prilog Q:	
Detaljniji prikaz rezultata istraživanja po određenim pitanjima iz anketnog upitnika	477
Biografija autora	497
Izjava o autorstvu	499
Izjava o istovjetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada	501
Izjava o korišćenju	503

LISTA TABELA

Tabela br. 1 – Raspored alata i tehnika u odnosu na faze procesa menadžmenta znanja	67
Tabela br. 2 – Faze istraživanja	142
Tabela br. 3 – Prikaz vrijednosti nominalnog bruto društvenog proizvoda evropskih zemalja za period 2014–2018. (u milionima eura)	169
Tabela br. 4 – Prikaz osnovnih makroekonomskih agregata iz domena obrazovanja na nivou Crne Gore za period 2009–2020.	170
Tabela br. 5 – Nivo zastupljenosti menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori po fazama	175
Tabela br. 6 – Rangiranje nivoa primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	176
Tabela br. 7 – Rangiranje nivoa primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	177
Tabela br. 8 – Nivo efektivnosti menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	179
Tabela br. 9 – Rangiranje nivoa efektivnosti menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	180
Tabela br. 10 – Rangiranje nivoa efektivnosti menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	181
Tabela br. 11 – Kvalitet organizacione kulture u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	183
Tabela br. 12 – Rangiranje kvaliteta organizacione kulture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	183

Tabela br. 13 – Rangiranje kvaliteta organizacione kulture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	184
Tabela br. 14 – Obilježja organizacione infrastrukture u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	186
Tabela br. 15 – Rangiranje obilježja organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama.....	187
Tabela br. 16 – Rangiranje obilježja organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	188
Tabela br. 17 – Karakteristike liderstva u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	191
Tabela br. 18 – Rangiranje karakteristika liderstva u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	192
Tabela br. 19 – Rangiranje karakteristika liderstva u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	193
Tabela br. 20 – Prikaz osnovnih makroekonomskih agregata iz domena zdravstva na nivou Crne Gore za period 2009–2020.	195
Tabela br. 21 – Prikaz organizacionog dizajna državne uprave Crne Gore	207
Tabela br. 22 – Obilježja organizacione strukture u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	229
Tabela br. 23 – Rangiranje obilježja organizacione strukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	229
Tabela br. 24 – Rangiranje obilježja organizacione strukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	230
Tabela br. 25 – Komparativna analiza organizacione kulture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	232
Tabela br. 26 – Zastupljenost različitih tipova organizacione kulture u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	233
Tabela br. 27 – Struktura ispitanika/ca po opštinama	238
Tabela br. 28 – Vrijeme čekanja na pregled kod izabranog ljekara (po regijama).....	239

Tabela br. 29 – Vrijeme čekanja na pregled kod ljekara specijaliste (po regijama)	239
Tabela br. 30 – Uporedna analiza percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama	241
Tabela br. 31 – Procjena karakteristika kvaliteta zdravstvenih usluga u Crnoj Gori po regijama	243
Tabela br. 32 – Vrijeme čekanja na pregled kod izabranog ljekara u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama.....	245
Tabela br. 33 – Vrijeme čekanja na pregled kod ljekara specijaliste u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama	246
Tabela br. 34 – Analiza razlika u percepciji determinanti kvaliteta usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori	247
Tabela br. 35 – Procjena značaja pojedinačnih karakteristika u procesu pružanja zdravstvenih usluga od strane korisnika	249
Tabela br. 36 – Ispitivanje stavova stanovništva o visini plata ljekara u Crnoj Gori	250
Tabela br. 37 – Analiza percepcije javnosti o prisustvu korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore	251
Tabela br. 38 – Analiza prisustva korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore na osnovu longitudinalnog istraživanja	252
Tabela br. 39 – Uzroci postojanja korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore	253
Tabela br. 40 – Razlozi za dodatna – nezvanična plaćanja za zdravstvene usluge	253
Tabela br. 41 – Analiza preferencija stanovništva Crne Gore prilikom izbora zdravstvene ustanove prema tipu vlasništva	254
Tabela br. 42 – Analiza stavova građana/ki o autonomiji zdravstvenog sistema u odnosu na političke faktore	255
Tabela br. 43 – Analiza o potrebnim kvalifikacijama lidera zdravstvene ustanove	257
Tabela br. 44 – Trend nivoa kvaliteta zdravstvenih usluga u posljednje dvije godine	257
Tabela br. 45 – Percepcija kvaliteta zdravstvenih sistema zemalja okruženja	258

Tabela br. 46 – Analiza problema očuvanja zdravlja u savremenom dobu	258
Tabela br. 47 – Ključni faktori koji utiču na problem očuvanja zdravlja u savremenom dobu	259
Tabela br. 48 – Procjena rezultata zasnovana na modeliranju strukturnih jednačina	262
Tabela br. 49 – Poređenje rezultata istraživanja o percepciji osnovnih determinanti menadžmenta znanja javnog zdravstvenog sistema na bazi različitih uzoraka	265
Tabela br. 50 – Poređenje razlika u percepciji organizacione kulture javnog zdravstvenog sistema na bazi dva uzorka	268

LISTA SLIKA

Slika br. 1 – Sekvencijalni dizajn kombinovanog – mješovitog metoda istraživanja	50
Slika br. 2 – Teorijski okvir konkurentskih vrijednosti	91
Slika br. 3 – Mekinzijev 7S model organizovanja	108
Slika br. 4 – Konceptualni okvir istraživanja	158
Slika br. 5 – Model istraživanja	159
Slika br. 6 – Pr(ocjene) osnovnih determinanti sistema menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	167
Slika br. 7 – Struktura ispitanika/ca iz zdravstvenih ustanova prema polu	172
Slika br. 8 – Struktura zdravstvenih ustanova koje su obuhvaćene istraživanjem po regijama	172
Slika br. 9 – Struktura zdravstvenih ustanova koje su obuhvaćene istraživanjem prema tipu svojine	173
Slika br. 10 – Pr(ocjene) nivoa primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	174
Slika br. 11 – Pr(ocjene) nivoa primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	175
Slika br. 12 – Pr(ocjene) efektivnosti menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	178
Slika br. 13 – Pr(ocjene) efektivnosti menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	179
Slika br. 14 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione kulture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	182

Slika br. 15 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione kulture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	182
Slika br. 16 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	185
Slika br. 17 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	185
Slika br. 18 – Pr(ocjene) kvaliteta liderstva u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	190
Slika br. 19 – Pr(ocjene) kvaliteta liderstva u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	190
Slika br. 20 – Pr(ocjene) strateške orijentacije crnogorskih zdravstvenih ustanova po regijama	227
Slika br. 21 – Pr(ocjene) strateške orijentacije crnogorskih zdravstvenih ustanova prema tipu svojine	227
Slika br. 22 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione strukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	228
Slika br. 23 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione strukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	228
Slika br. 24 – Komparativna analiza organizacione kulture u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori	232
Slika br. 25 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione klime u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	233
Slika br. 26 – Analiza determinanti organizacione klime u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama	234
Slika br. 27 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione klime u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	234
Slika br. 28 – Analiza determinanti organizacione klime u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine	235

Slika br. 29 – Struktura ispitanika/ca prema polu	236
Slika br. 30 – Starosna struktura ispitanika/ca	236
Slika br. 31 – Struktura ispitanika/ca prema nivou obrazovanja	237
Slika br. 32 – Struktura ispitanika/ca po regijama	237
Slika br. 33 – Uporedna analiza percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga javnih zdravstvenih ustanova po regijama	240
Slika br. 34 – Uporedna analiza percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga privatnih zdravstvenih ustanova po regijama	242
Slika br. 35 – Unakrsna analiza kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama i prema tipu vlasništva	242
Slika br. 36 – Prosječna ocjena kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama	243
Slika br. 37 – Uporedna analiza karakteristika kvaliteta usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova po regijama	244
Slika br. 38 – Prikaz tržišnog učešća na primjeru usluga izabranog ljekara	245
Slika br. 39 – Prikaz tržišnog učešća na primjeru usluga ljekara specijaliste	245
Slika br. 40 – Uporedna analiza percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori	246
Slika br. 41 – Analiza percepcije karakteristika kvaliteta zdravstvenih usluga prema tipu svojine	248
Slika br. 42 – Prikaz percepcije korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore po regijama	251
Slika br. 43 – Uporedna analiza prisustva korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore na osnovu longitudinalnog istraživanja	252
Slika br. 44 – Strukturni model procjene međusobnog odnosa osnovnih konstrukata istraživanja	261
Slika br. 45 – Analiza unutrašnje integracije javnih zdravstvenih ustanova na bazi dva uzorka	266

Slika br. 46 – Analiza razlika u percepciji organizacione kulture javnog zdravstvenog sistema na bazi dva uzorka	268
Slika br. 47 – Uporedna analiza percepcije kvaliteta organizacione klime na bazi dva uzorka	269
Slika br. 48 – Uporedna analiza percepcije determinanti organizacione klime na bazi dva uzorka	269
Slika br. 49 – Analiza razlika u percepciji strateške orijentacije na bazi dva uzorka	270
Slika br. 50 – Uporedna analiza interne i eksterne percepcije kvaliteta zdravstvenih usluga u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama	271



UVOD

- U ovom dijelu dat je kratak pregled doktorske disertacije. Najprije su definisani predmet i ciljevi istraživanja, uključujući i istraživačka pitanja i hipoteze. Zatim je predstavljena primijenjena metodologija, uz ukazivanje na naučni doprinos i ograničenja studije. Na kraju, detaljno je predstavljena struktura doktorske disertacije.

Predmet istraživanja

- Rapidan progres informaciono-komunikacionih tehnologija doveo je do široke dostupnosti i zastupljenosti tehnologije u svakodnevnom životu. Paralelno sa tom pojavom, javlja se i problem čovjekove sposobnosti da organizaciono i antropološki iskoristi sve mogućnosti koje tehnologija pruža, a što se može postići kroz pristup menadžmenta znanja uz adekvatan organizacioni dizajn.

Predmet ove disertacije obuhvata dvije važne oblasti – menadžment znanja i organizacioni dizajn, tretirajući ih kao faktore kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija. Menadžment znanja omogućava organizaciji da na temelju stvaranja, osvajanja, čuvanja, podjele i primjene znanja unutar organizacije poboljša poslovne performanse i kvalitet usluga. Sa druge strane, organizacioni dizajn je uslovljen menadžmentom znanja, ali istovremeno, ukoliko je adekvatno konfigurisan, omogućava kvalitetniju eksploataciju resursa znanja unutar organizacije. Organizacioni dizajn uključuje izbor ciljeva, strategije i modela organizacione strukture uz kontigencijski pristup, kao i izbor sistema donošenja odluka, što bitno determiniše i kvalitet zdravstvenih usluga. Ispitivanjem ova dva faktora kvaliteta zdravstvenih usluga doći će se do bitnih zaključaka za unapređenje kvaliteta rada zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori.

Savremeni konkurentski pejzaž menadžment nauka prepoznaje kroz pojmove kao što su promjene, brzina, rizik, neizvjesnost, nestabilnost i problemi. Menadžment znanja se javlja kao odgovor na navedene ekonomske izazove koji stoje pred savremenom organizacijom, kombinujući upravljanje znanjem, inovacije, fleksibilnost, umrežavanje, brzinu i proaktivnost kao kritične faktore uspjeha savremenih organizacija.

Menadžment znanja, iako u osnovi prisutan već decenijama, postaje sve veći predmet interesovanja naučne i stručne javnosti paralelno sa razvojem informaciono-komunikacionih tehnologija, koje su doprinijele širenju znanja u svim pravcima velikom brzinom. On predstavlja novu dimenziju menadžment pristupa i krupan istraživački izazov teorije i prakse menadžmenta, uz važnu determinantu da umjesto djelovanja na organizaciju nakon što se desi promjena, bira pristup proaktivnog djelovanja. Takođe, menadžment znanja diktira veću sposobnost učenja preduzeća i djeluje na organizaciju tako što inicira promjene u cilju poboljšanja performansi organizacije.

U turbulentnom okruženju, koje odlikuju stalne promjene, uz jasnu težnju da organizacione, odnosno netehnološke inovacije idu korak ispred tehnoloških inovacija, kako bi čovjek na dobar način kontrolisao procese i znao da iskoristi najbolje mogućnosti iz domena svega što tehnologija danas nudi, menadžment znanja sve više postaje predmet interesovanja naučne i stručne javnosti. Menadžment znanja, pored adekvatne (re)konfiguracije sistema kroz organizacioni dizajn, treba da obezbijedi i adekvatnu – znanjem determinisanu primjenu, odnosno funkciju izvršenja, u skladu sa strukturnim komponentama organizacionog dizajna, a sve u svrhu što kvalitetnijeg ostvarivanja organizacionih ciljeva.

S obzirom na to da se u literaturi menadžment znanja najčešće vezuje za privatni sektor i profitne organizacije (Špaček, 2016), u ovom radu će menadžment znanja i organizacioni dizajn biti posmatrani kroz primjer zdravstvenih organizacija, javnih i privatnih, neprofitnih i profitnih.

Izbor zdravstvenog sektora za predmet analize učinjen je iz tri razloga: prvo, zato što zdravstvo predstavlja jednu od najodgovornijih i najzahtjevnijih društvenih djelatnosti, uvažavajući činjenicu da se svaka promjena unutar zdravstvenog sistema odražava i na kvalitet života građana/ki;¹ drugo, zato što se zdravstvene organizacije konstantno suočavaju sa problemom rastuće tražnje usljed starenja populacije, povećanog broja hroničnih bolesti,

¹ Svi izrazi upotrijebljeni u muškom gramatičkom rodu u tekstu ove doktorske disertacije odnose se bez diskriminacije i na žene.

ubrzanog tempa življenja i stila života (Janssen & Moors, 2013), koji često čini da se posao i zarada nameću kao prioritet u odnosu na čovjekovo zdravlje; i treće, zato što je Crna Gora posmatrano po evropskom zdravstvenom potrošačkom indeksu (*EHCI- European Health Consumer Index*), nakon što je od 2014. do 2016. godine bila među tri zadnjeplasirane zemlje, u 2017. godini napravila najveći pomak (sa 34. na 25. mjesto) uz titulu „Climber of the Year“ (Björnberg, 2017), da bi u 2018. godini napredovala za još dva mjesta (Björnberg & Phang, 2019). Time su potvrđeni i napor Vlade Crne Gore, Ministarstva zdravlja i Ministarstva javne uprave u pravcu izgradnje održivog i kvalitetnog zdravstvenog sistema. Ipak, i pored sveprisutne opredijeljenosti države ka povećanju kvaliteta i unapređenju sistema zdravstvenih usluga, postoje velike rezerve i mogućnosti za unapređenje sistema rada zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori, a organizacioni dizajn kroz prizmu decentralizacije sistema važan je faktor koji može doprinijeti poboljšanju kvaliteta rada, i odgovoriti na stalno rastuća očekivanja građana u pogledu potrebe poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite.

Iz navedenih razloga proisteklo je i konačno opredjeljenje da tema ove doktorske disertacije bude „Menadžment znanja i organizacioni dizajn kao faktori kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija“.

Cilj istraživanja – istraživačka pitanja i hipoteze

○ Osnovni cilj istraživanja je da se kroz temeljnu teorijsku i empirijsku analizu identifikuju mogućnosti poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija, bazirane na primjeni modela menadžmenta znanja i izboru adekvatne konfiguracije elemenata organizacionog dizajna. Posebno je tretiran odnos između menadžmenta znanja i kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija, kao i uticaj elemenata organizacionog dizajna i njihove različite kombinacije na kvalitet zdravstvenih usluga. Takođe, analizirana je i međusobna relacija menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, a sve u svrhu stvaranja potpunijeg uvida u njihovo dejstvo na efikasnost i efektivnost u pružanju usluga zdravstvenih organizacija.

Osim navedenog, cilj doktorske disertacije je i da pruži uvid u mogućnosti unapređenja sistema zdravstvene zaštite, kroz analizu stanja koje se tiče: prvo, nivoa zastupljenosti i kvaliteta primjene menadžmenta znanja u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori; drugo, kvaliteta usklađenosti elemenata organizacionog dizajna zdravstvenih organizacija u Crnoj

Gori; i treće, kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori. Usljed geografske disperzije zdravstvenih organizacija kao jedinica analize, učinjen je i istraživački napor da se na temelju komparativnog pristupa analiziraju i osnovne razlike u razmatranim aspektima između zdravstvenih organizacija iz različitih regiona, a zatim i da se analiziraju razlike između privatnih i javnih zdravstvenih organizacija, kako bi se stvorile pretpostavke za pružanje ujednačenog nivoa kvaliteta zdravstvene zaštite na čitavoj teritoriji Crne Gore.

Uz uvažavanje činjenice da je Crna Gora po pitanju kvaliteta zdravstvenih usluga među slabije rangiranim zemljama u Evropi (mjereno evropskim zdravstvenim potrošačkim indeksom), cilj ovog rada je i da iz odgovarajućeg naučno-teorijskog ugla, kroz analizu empirijskih podataka, dođe do konkretnih i relevantnih zaključaka o načinima putem kojih se kvalitet usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori može unaprijediti.

Stoga, osnovni cilj disertacije može se raščlaniti na sljedeće potciljeve:

1. Istražiti ulogu menadžmenta znanja u poboljšanju poslovnih performansi organizacije i načine putem kojih se korišćenjem pristupa i tehnika menadžmenta znanja može uticati na povećanje kvaliteta usluga;
2. Analizirati različite pristupe projektovanju organizacije, u svrhu sagledavanja zakonitosti u optimizaciji usklađenosti elemenata organizacionog dizajna, koje utiču na povećan kvalitet usluga organizacije;
3. Detaljno istražiti uticaj usklađenosti elemenata organizacionog dizajna na kvalitet pružanja usluga zdravstvenih organizacija;
4. Utvrditi način i karakter uticaja menadžmenta znanja na kvalitet usluga zdravstvenih organizacija;
5. Ispitati međusobni odnos menadžmenta znanja i organizacionog dizajna;
6. Utvrditi validne mjerne instrumente za menadžment znanja, organizacioni dizajn i kvalitet zdravstvenih usluga putem kojih će se sprovesti empirijski dio istraživanja;
7. Dimenzionirati osnovne faktore koji determinišu osnovne istraživačke konstrukte, te ustanoviti dodatne veze između tih pojedinačnih faktora i osnovnih varijabli u modelu, shodno osnovnom konceptu istraživačkog modela;

8. Sprovesti empirijsko istraživanje u cilju objektivne analize postojećeg stanja u pogledu zastupljenosti menadžmenta znanja i kvaliteta organizacionog dizajna u crnogorskim zdravstvenim organizacijama, uz davanje naučno utemeljenih prijedloga donosiocima odluka u svrhu poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija u budućem periodu;
9. Uraditi komparativnu analizu kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija koje su predmet empirijskog dijela istraživanja u odnosu na dvije osnovne dimenzije mjerenja (menadžment znanja i organizacioni dizajn), ali i u odnosu na vlasništvo zdravstvene organizacije (privatno ili javno) i demografsku strukturu lokaliteta u kojem posluju;
10. Proširiti postojeća znanja o faktorima koji utiču na kvalitet usluga zdravstvenih organizacija, te popunjavanje uočenog jaza, kako u empirijskim istraživanjima tako i u teoriji, o vezi između menadžmenta znanja, organizacionog dizajna i kvaliteta zdravstvenih usluga.

Uz uvažavanje aktuelnih trendova u literaturi koja se tiče metodologije naučnoistraživačkog rada, kao i u stručnoj literaturi koja pokriva istraživački metod i domen ove doktorske disertacije, istraživanje je usmjeravano najprije putem istraživačkih pitanja, koja pružaju punu slobodu istraživaču, u smislu odbijanja „unaprijed utvrđenih“ relacija između istraživačkih konstrukata. Formulisanje istraživačkih pitanja traži od istraživača novi, fleksibilan pristup, tj. da bude otvoren za nove i neočekivane rezultate (Gray, 2009), dok kombinovani istraživački metod omogućava da veze među različitim komponentama modela budu elastične, bez rigidnih pravila i fiksni implikacija.

Ovako dimenzionirano istraživanje za svoju metodološku potku istraživanja uzima četiri istraživačka pitanja, koja su definisana u skladu sa ciljevima doktorske disertacije, i to:

1. *Kako menadžment znanja i organizacioni dizajn mogu poboljšati kvalitet usluga zdravstvenih organizacija?;*
2. *Kakav je međusobni odnos menadžmenta znanja i organizacionog dizajna u cilju poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija?;*

3. *U kojoj mjeri je menadžment znanja zastupljen u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori?;*
4. *Koliko se u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori vodi računa o potrebi permanentnog internog i eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna i transformacije organizacije u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga?*

Na temelju istraživačkih pitanja, dalje istraživanje je usmjeravano kroz dvije osnovne hipoteze, i to:

- H1: *Veća zastupljenost i primjena menadžmenta znanja u organizaciji utiče na povećanje kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija;*
- H2: *Rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na internom i eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija.*

Ovako modelirano istraživanje uslovljeno je potrebom da se svako od posmatranih pitanja bliže i potpunije razmotri sa stanovišta za njega relevantnih momenata i elemenata, koji ga čine prepoznatljivim, te daju najviše osnova za razumijevanje njegove suštine.

Dizajn istraživanja

Za realizaciju prethodno postavljenih ciljeva istraživanja identifikovane su sljedeće faze istraživanja:

1. Istraživanje sekundarnih podataka koji se tiču primjene menadžmenta znanja, projektovanja organizacije i kvaliteta zdravstvenih usluga na primjeru zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori;
2. Istraživanje odgovarajuće naučne literature, sa svrhom utvrđivanja uticaja menadžmenta znanja i usklađenosti elemenata organizacionog dizajna na kvalitet usluga zdravstvenih organizacija, ali i upoznavanja sa svim relevantnim zaključcima koje nudi bogat fond stručne literature u ovim oblastima;

3. Priprema empirijskog istraživanja, odnosno kreiranje anketnog upitnika, te priprema pitanja za polustrukturirane intervjue čija je svrha produblјivanje analize uz korišćenje metoda triangulacije;
4. Anketiranje odgovornih osoba u zdravstvenim organizacijama – direktora zdravstvenih organizacija, šefova medicinskog osoblja i glavnih medicinskih sestara, ali i anketiranje korisnika usluga zdravstvenih organizacija;
5. Intervjuisanje odgovornih osoba u zdravstvenim organizacijama;
6. Statistička obrada dobijenih podataka putem odgovarajućih softvera;
7. Primjena teorijskih elemenata koji su ocijenjeni kao značajni za ovo istraživanje pri analizi empirijskih podataka na primjeru zdravstvenih organizacija iz Crne Gore i testiranje hipoteza;
8. Provođenje komparativne analize kako bi se istražili različiti pristupi i faktori koji utiču na kvalitet zdravstvenih usluga;
9. Izvođenje zaključaka koji se tiču uticaja menadžmenta znanja i usklađenosti elemenata organizacionog dizajna (uz sagledavanje svih determinišućih faktora i ustanovljenih relacija) na kvalitet usluga zdravstvenih organizacija;
10. Formulisanje konkretnih – praktičnih preporuka koje se tiču mogućnosti poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori.

Istraživanje podrazumijeva korišćenje složenog metodološkog instrumentarija. Na samom početku je detaljno analizirana literatura o menadžmentu znanja, organizacionom dizajnu i zdravstvenim organizacijama u međunarodnim časopisima i relevantnim dokumentima na terenu. U ovom domenu, prilikom obrade sekundarnih podataka korišćeno je više metoda, i to: istorijski metod, metod kompilacije, metod generalizacije, metod analize i sinteze, metod klasifikacije, metod indukcije i dedukcije, komparativni metod i statistički metod.

Istraživačka pitanja podrazumijevala su detaljno razumijevanje proučavanih fenomena. Osnovni istraživački problem utemeljen je na bazi tri osnovna konstrukta: menadžment znanja, organizacioni dizajn i kvalitet zdravstvenih usluga.

Metodološki dio izgrađen je korišćenjem pristupa kombinovanog metoda istraživanja, prilikom kojeg istraživač u društvenim naukama prikuplja i kvantitativne (zatvorene) i kvalitativne (otvorene) podatke, integriše ih, a zatim kreira tumačenja zasnovana na snagama oba seta podataka u svrhu razumijevanja istraživačkih problema (Creswell, 2015). U istraživanju je korišćen sekvencijalni dizajn kombinovanog metoda istraživanja predstavljen na slici br. 1.



Slika br. 1 – Sekvencijalni dizajn kombinovanog – mješovitog metoda istraživanja

Izvor: Creswell, 2015

Istraživački metod je realizovan kroz dva anketna upitnika (distribuirana terenskim istraživanjem), sa zaposlenim licima u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori, odnosno građanima Crne Gore – korisnicima usluga zdravstvenih organizacija. Prvi upitnik, prilagođen kvantitativnim istraživanjima, sačinjen je iz dva osnovna dijela: za prvi dio prilagođena je verzija upitnika koju je koristio Dauns (Downes, 2014), dok je za drugi dio, posvećen organizacionom dizajnu, korišćen takođe postojeći upitnik koji je razvila grupa autora: Barton, Loridsen, Obel i Hakonson (Burton, Lauridsen & Obel, 2003; Burton, Obel & Hakonsson, 2015). Putem ovog upitnika prikupljani su podaci od zaposlenih u zdravstvenim institucijama, i to od tri člana: član uprave, ljekar i medicinski tehničar. Drugi upitnik, koji se odnosi na kvalitet zdravstvenih usluga, razvijen je korišćenjem više različitih upitnika iz domena procjene kvaliteta zdravstvenih usluga, pri čemu je osnovni dio strukture drugog upitnika razvila grupa autora: Čoi, Čo, Li H., Li S., Kim, Delin i Bunda (Choi, Cho, Lee, S., Lee, H. & Kim, 2004; Lee, Delene, Bunda & Kim, 2000). Set pitanja o percepciji korupcije u zdravstvu korišćen je iz upitnika Centra za monitoring i istraživanja Podgorica.² Navedeni modeli upitnika pretrpjeli su inkrementalna prilagođavanja u skladu sa prirodom proučavanog problema doktorske disertacije.

Posebne djelove upitnika čine i osnovne demografske informacije: pol, stepen obrazovanja, lokacija (prebivalište), godište i dr. Upitnici sadrže dihotomna, zatvorena i otvorena

² Centar za monitoring i istraživanja (CEMI) je navedeni upitnik koristio 2012. godine u okviru projekta „Borba protiv korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore“, realizovanog uz podršku Ambasade Njemačke u Podgorici.

pitanja. Zatvorenim pitanjima tretirane su demografske informacije, dok je za ispitivanje mišljenja ispitanika korišćena Likertova skala od pet nivoa. Na kraju upitnika dato je i nekoliko otvorenih pitanja sa ciljem produbljivanja analize.

Za prikupljanje primarnih podataka putem upitnika koji se ticao menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, jedinice analize su zdravstvene organizacije u Crnoj Gori, koje obavljaju izrazito značajnu i odgovornu djelatnost, od šireg značaja za društvo u cjelini, i to: Klinički centar Crne Gore i Institut za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju „Dr Simo Milošević“ AD Igalo, kao najreprezentativnije zdravstvene ustanove u Crnoj Gori; svi domovi zdravlja (18 jedinica), opšte bolnice (sedam jedinica) i specijalne bolnice (tri jedinice), po osnovu najkompletnijeg portfolija zdravstvenih usluga; kao i Institut za javno zdravlje i Zavod za hitnu medicinsku pomoć. Pored navedenih ustanova, analizom je obuhvaćeno 13 privatnih zdravstvenih ustanova (osam iz centralnog, tri iz južnog i dvije iz sjevernog dijela zemlje). U tom smislu ukupan uzorak ustanova je 45, a kroz analizu je omogućeno poređenje ustanova sa teritorijalnog aspekta (centar, sjever i jug), kao i sa aspekta vlasništva (državne i privatne).

Drugi dio prikupljanja primarnih podataka tiče se anketiranja korisnika usluga zdravstvenih organizacija, gdje je uzorak činilo ukupno 1,769 lica sa teritorije Crne Gore.

Prikupljeni podaci su analizirani korišćenjem statističkog softverskog paketa za istraživanja u društvenim naukama – *IBM Statistics*. U radu su, pored deskriptivne statistike, testiranja normalnosti raspodjele (*Kolmogorov-Smirnov test*), analize pouzdanosti skale (*Cronbach Alpha*) i faktorske analize, primijenjene i parametarske i neparametarske metode i tehnike kao što su: t-test, ANOVA, Man-Vitnjev U test (*Mann-Whitney U test*), Kruskal-Valisov test (*Kruskal-Wallis test*) i hi-kvadrat. U okviru deskriptivne statistike urađene su apsolutne i relativne frekvencije, mjere centralne tendencije i mjere varijacije. Za utvrđivanje odnosa/veza između zavisnih i nezavisnih varijabli korišćeni su Pirsonov i Spirmanov koeficijent korelacije. Da bi se provjerila faktorska struktura skupa posmatranih varijabli, korišćene su analiza glavnih komponenti (*PCA – Principal Component Analysis*) i konfirmatorna faktorska analiza (*CFA – Confirmatory Factor Analysis*), kao najčešće upotrebljavani oblik faktorske analize u društvenim istraživanjima (Kline, 2011). S obzirom na to da se pomoću korelacije ne može utvrditi uzročno-posljedična veza iz-

među varijabli, već samo njihova povezanost, primijenjena je SEM analiza (*Structural Equation Modeling*) putem upotrebe strukturnih jednačina. Regresiona analiza se koristi za identifikaciju faktora koji značajno doprinose predviđanju zavisnih varijabli i veličini efekta svake nezavisne varijable na zavisnu varijablu, kao i za procjenu jedinstvenog doprinosa zavisnoj varijabli svake nezavisne varijable.

Nakon preliminarne obrade podataka, u svrhu produbljivanja analize i davanja dodatnih objašnjenja na pojedina pitanja, sprovedeni su pojedinačni, lični, polustrukturirani dubinski intervjui, koji su i jedan od najčešćih pristupa intervjuima u kvalitativnom istraživanju (Bryman & Burgess, 1999). Utvrđene su teme koje treba detaljnije istražiti, te na osnovu toga definisana pitanja za polustrukturirane intervjuje koji su sprovedeni, kao jedan od najčešćih pristupa intervjuisanju u kvalitativnom istraživanju. Shodno sekvencijalnom dizajnu mješovitog metoda istraživanja, pitanja za intervju kreirana su nakon kompletiranja kvantitativne analize. Ipak, po pravilu, osnovna pitanja intervjua dominantno pokrivaju glavne teme i koncepte koji su navedeni u pregledu literature (Liophanich, 2014). Sprovedeno je 10 intervjua sa rukovodiocima i menadžerima najvišeg nivoa zdravstvenih organizacija, kako bi se metodom triangulacije obezbijedila veća validnost dobijenih nalaza. Takođe, realizovano je i pet fokus grupa koje su uključivale ključne stejkholdere iz zdravstvene djelatnosti. U svrhu veće pouzdanosti podataka, jedan dio intervjua (u slučajevima gdje je dobijeno odobrenje od intervjuisanog) snimljen je i transkribovan (prenesen u pisani oblik), a za obradu podataka korišćen je softverski paket *Nvivo*, koji podržava mješoviti istraživački metod i omogućava najviši nivo obrade podataka iz različitih izvora (Silverman, 2005).

O rezultatima je razgovarano i sa drugim istraživačima, koji su diskutovali o dobijenim nalazima. Kao zaseban segment istraživanja urađena je i komparativna analiza određenih makroekonomskih pokazatelja menadžmenta znanja i organizacionog dizajna sa zdravstvenim organizacijama iz drugih evropskih zemalja. Korišćenjem metoda studije slučaja (*Case Study*) u kombinaciji sa metodom utemeljene teorije (*Grounded Theory*), što predstavlja veoma kreativan interpretativni proces (Myers, 2009), analiziran je i pravni okvir zdravstvenog sistema, u okviru kojeg su na osnovu analize okruženja (SPELIT metodom) date i određene preporuke za poboljšanje organizacionog dizajna i kvaliteta zdravstvenih usluga. Detaljnije objašnjenje navedenih metoda dato je u dijelu 2.1.

Naučni doprinos

- Prvo, teorijski – analiza menadžmenta znanja i organizacionog dizajna zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori, doprinijeće širem prihvatanju i razumijevanju menadžmenta znanja, praćenog adekvatnom konfiguracijom dizajna organizacije u zdravstvenim ustanovama, i produbiti teorijska saznanja o odnosu menadžmenta znanja i organizacionog dizajna. Doktorska disertacija pružiće kritičku naučnu analizu postojeće literature o menadžmentu znanja i organizacionom dizajnu, te samim tim unaprijediti razumijevanje kako se i koliko od ovih teorija može primijeniti u praksi.

Drugo, metodološki, većina prethodnih istraživanja o menadžmentu znanja i organizacionom dizajnu oslanja se prvenstveno na kvalitativne metode istraživanja i studije slučajeva, dok je ovo istraživanje jedinstveno zbog prilagođavanja razvijenih metodoloških instrumenata zdravstvenim organizacijama. Ova disertacija razvija novi pristup proučavanju menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, kroz kombinaciju kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja uz triangulaciju podataka upitnika putem dubinskih intervjuva.

Treće, empirijski, ova doktorska disertacija može pomoći zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori da sprovedu aktivnosti na identifikaciji faktora koji bi im mogli koristiti za poboljšanje funkcionisanja, što može rezultirati njihovim, sveukupno posmatrano, boljim performansama i samim tim višim nivoom kvaliteta zdravstvenih usluga u Crnoj Gori. Pored toga, uz uvažavanje obima uzorka i količine dobijenih podataka, ovo istraživanje može poslužiti i kao prikaz aktuelne slike stanja zdravstvenog sistema Crne Gore, kako sa stanovišta procjene primjene savremenih menadžment znanja tako i iz ugla procjene kvaliteta zdravstvenih usluga iz ugla građana kao korisnika istih.

Ograničenja studije

- Osnovno ograničenje studije odnosi se na to što zdravstveni sistem ne raspolaže odgovarajućim informacionim sistemom koji bi mogao pružiti adekvatnu informacionu osnovu, zasnovanu na objektivnim podacima o kvalitetu zdravstvene zaštite, za potrebe ovog

istraživanja. Iz tog razloga istraživanje je dominantno zasnovano na perceptivnim upitnicima. Zatim, broj odgovora dobijenih iz svake zdravstvene ustanove nije proporcionalan broju zaposlenih u svakoj ustanovi. Takođe, uvažavajući činjenicu da je Ministarstvo zdravlja kao krovna institucija zdravstvenog sistema odredilo po tri ispitanika iz javnih zdravstvenih ustanova obuhvaćenih uzorkom, to ostavlja prostor za pojavu društveno prihvatljivih odgovora. U svrhu pokušaja analize pristrasnosti i produbljivanja analize, uzorkom su obuhvaćeni i članovi Sindikata doktora medicine Crne Gore iz različitih javnih zdravstvenih ustanova sa teritorije države. Međutim, svi odgovori članova Sindikata doktora medicine su iz javnih ustanova, te se u analizi različitih uzoraka ne može vršiti analiza za privatne zdravstvene ustanove. Najzad, ovim istraživanjem nijesu obuhvaćene sve crnogorske zdravstvene organizacije, što zahtijeva oprez prilikom tumačenja rezultata, pogotovo u odnosu na metod generalizacije.

Bez obzira na postojeća ograničenja, prednosti ovog istraživanja su brojne. Studija nudi bogatstvo informacija i saznanja o tri bitne determinante zdravstvenog sistema. Iz tog razloga nesumnjivo je velika njena vrijednost u pogledu doprinosa unapređenju menadžmenta znanja i organizacionog dizajna zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori, a samim tim i kvaliteta zdravstvenih usluga.

1

○

1. PREGLED LITERATURE

○ Teorijski okvir istraživanja služi u svrhu strukturiranja istraživačkog dizajna, počev od uzorkovanja, preko prikupljanja, analize i interpretacije podataka, do šema kodiranja i hipoteza koje će se dalje testirati (Sandelowski, 2010; Miles, Huberman & Saldana, 2014; Colorafi & Evans, 2016). Korisnost teorijskog okvira ogleda se u njegovoj primjeni prilikom analize podataka i njihovog kvalitativnog opisa, ali i u razumijevanju postupka povezivanja teorije i prakse. U nastavku će biti dat osvrt na teorijski okvir razmatranih tema i to menadžmenta znanja, organizacionog dizajna i zdravstvenih organizacija.

1.1. Menadžment znanja

○ U ovom dijelu biće tretiran menadžment znanja, i to kroz prizmu sagledavanja uloge i značaja upravljanja znanjem u organizaciji, analize različitih pristupa definisanju menadžmenta znanja i identifikacije osnovnih uzroka razvoja samog koncepta. Posebno će biti analizirane bazične komponente menadžmenta znanja: znanje, ljudi, tehnologija i procesi, a biće ukazano i na osnovne faze menadžmenta znanja. Na kraju ovog dijela biće razmotrene mogućnosti mjerljivosti uticaja menadžmenta znanja na uspjeh organizacije, ali i predstavljeno 27 alata i tehnika primjene menadžmenta znanja.

1.1.1. Uloga i značaj menadžmenta znanja u savremenim uslovima poslovanja

○ Informacije predstavljaju osnovnu valutu ekonomije znanja (HR Magazine, 2009), a vrijednost takve kompanijske valute dominantno zavisi od onoga što organizacija zna, kako koristi svoja znanja i koliko brzo je spremna i sposobna da sazna nešto novo. Ako je konkurentnost u prošlosti bila determinisana na osnovu visine kapitala kojim kompanija raspolaže, danas je osnovni temelj konkurentnosti upravo znanje.

Desetak posljednjih godina 20. vijeka obilježio je nastanak koncepta menadžmenta znanja. Nemali broj autora je ovaj koncept percipirao kao modu, tj. trend koji će vrlo brzo

biti napušten. U literaturi se moglo pronaći da će ova moderna sintagma više služiti da impresionira one koji je čuju, nego što će se kroz istraživanje ove oblasti doći do korisnih i upotrebljivih menadžment saznanja (Scarbrough & Swan, 2001; Ponzi & Koenig, 2002; Hislop, 2010; Serenko, Bontis, Booker, Sadeddin & Hardie, 2010; Oluikpe, 2012). Ipak, krajem 20. vijeka došlo je do eksponencijalnog rasta literature o menadžmentu znanja, i ne naslućuje se kraj rastućeg trenda interesovanja za ovu oblast. Time su i definitivno odbacene inicijalne pretpostavke autora o menadžmentu znanja kao modi. Ono što se može primijetiti jeste da se danas menadžment znanja kao izrazito važna kategorija vezuje za sve organizacije nezavisno od sektora kojem pripadaju – privatnog ili javnog, profitnog ili neprofitnog, radno intenzivnog ili kapitalno intenzivnog, te proizvodnog ili uslužnog.

Efektivna eksploatacija resursa znanja, u savremenom poslovnom ambijentu, gdje znanje predstavlja osnovni razvojni resurs, nemoguća je bez adekvatnog etabliranja menadžmenta znanja kao jedne od osnovnih pretpostavki uspješnog ostvarivanja organizacionih ciljeva savremenih organizacija. Osigurati uspjeh organizacije na dugi rok znači stvoriti skaldan organizacioni sistem koji na pravi način povezuje ljude, procese i tehnologiju u svrhu povećanja znanja, i to kako članova individualno tako i organizacije u cjelini. Stoga se menadžment znanja sve jasnije prepoznaje kao kritični faktor ostvarivanja strateške konkurentske prednosti savremenih organizacija (Omotayo, 2015), ali i percipira kao osnova za dimenzioniranje organizacionih performansi, konkurentnosti i profitabilnosti.

Organizacije koje na pravi način stvaraju i koriste znanja po pravilu su inovativnije i bolje funkcionišu od onih kod kojih menadžment znanja nije adekvatno razvijen (Riege, 2007; Omotayo, 2015). Pored toga, menadžment znanja predstavlja jednu od osnovnih determinanti održivosti i prosperiteta organizacije (Teece, Pisano & Shuen, 1997; Cegarra-Navarro & Cepeda-Carrión, 2010; Kamhawi, 2012; Cavicchi, 2017), a ujedno je i krucijalni pokretač organizacionih performansi (Bosua & Venkitachalam, 2013). Veći stepen menadžmenta znanja u organizaciji uslovljava i veći stepen produktivnosti i veću fleksibilnost organizacije (Martensson, 2000). Samim tim, i makroekonomski posmatrano, znanje se u savremenim uslovima poslovanja percipira kao osnova rasta bruto domaćeg proizvoda na nivou nacionalne ekonomije.

Među uzrocima koji utiču na sve veću važnost i značaj menadžmenta znanja u savremenom poslovnom okruženju svakako su globalizacija i razvoj informaciono-komunikacionih tehnologija (Greiner, Böhmman & Krcmar, 2007), koji je doprinio enormnoj brzini širenja informacija. Posljedično, globalizacija i razvoj informaciono-komunikacionih teh-

nologija, kao komplementarni procesi, doprinijeli su i da se znanje dijeljenjem informacija množi (uvećava), a usljed sve šire dostupnosti znanja i brzine protoka informacija, to i same informacije, pa i znanja, sve brže zastarijevaju, što čini neophodnim permanentan fokus na kompletan proces menadžmenta znanja.

1.1.2.

Različiti pristupi definisanju menadžmenta znanja

• Postoje brojna, pretežno formalno različita, opredjeljenja u pogledu definisanja menadžmenta znanja. To je velikim dijelom posljedica činjenice da menadžment znanja zahtijeva interdisciplinarnost, te se među autorima pojavljuju istraživači iz različitih oblasti. Ipak, bez obzira na veliki broj definicija koje se pojavljuju u literaturi, može se primijetiti njihova suštinska komplementarnost. Prvo, menadžment znanja tretira se kao proces koordinacije i eksploatacije resursa organizacionih znanja sa svrhom stvaranja konkurentske prednosti (Drucker, 1999). Drugo, menadžment znanja se definiše kao proces sveobuhvatnih promjena na temelju eksploatacije resursa znanja u organizaciji i kontinuiranog unapređenja organizacionih performansi, jačanjem i kvalitetnijim povezivanjem elemenata organizacionog dizajna (Forcadell & Guadamillas, 2002). Treće, menadžment znanja se može predstaviti kao sistematizovan i organizovan proces putem kojeg se znanje unutar organizacije čini dostupnim svim pojedincima i grupama ljudi (zaposlenim), a u cilju unapređenja organizacionih performansi i rezultata poslovanja (Đorđević-Boljanović, 2009). Četvrto, brojni autori ga opisuju kao fazni proces, koji najčešće obuhvata: stvaranje znanja, osvajanje znanja, čuvanje znanja, podjelu znanja sa drugima i primjenu znanja (Sydänmaanlakka, 2002). Peto, menadžment znanja ima brojne pozitivne efekte, među kojima se izdvaja efekat poboljšanja performansi i jačanja konkurentske pozicije organizacije već u prvoj godini (North & Hornung, 2002), a potvrđena je i pozitivna korelacija menadžmenta znanja sa inovativnošću organizacije (Akgül & Tunca, 2016).

1.1.3.

Osnovni uzroci razvoja koncepta menadžmenta znanja

• Među najčešće isticanim faktorima koji uzrokuju potrebu kreiranja i jačanja sistema za upravljanje znanjem ističu se organizacioni opstanak, jačanje konkurentnosti, globalizacija

i starenje radne snage (Omotayo, 2015). Proces globalizacije na krilima razvoja informaciono-komunikacionih tehnologija doprinio je sljedećem: a) organizacije posredstvom informaciono-komunikacionih tehnologija postaju izložene konkurenciji iz čitavog svijeta, što traži dodatan napor menadžmenta da kroz nova znanja i prakse (p)ostanu konkurentni u globalnoj tržišnoj utakmici; b) veća konkurencija znači i teži način da se organizacija istakne i diferencira, što je jedino moguće strategijom koja kombinuje nova znanja, proaktivnost i kreativnost; c) kako ponuda postaje kompleksnija, paralelno i tražnju odlikuje sve veća složenost, što dovodi do toga da kupci postaju sve zahtjevniji prilikom izbora kompanije kojoj će pokloniti povjerenje; d) pored prirodnih situacija zbog starenja radne snage, sve veća je i fluktuacija zaposlenih između država, zbog čega u slučaju nepostojanja adekvatnog sistema upravljanja znanjem može doći do rasipanja znanja organizacije, ponavljanja grešaka prethodnika, i samim tim do nepovoljnih okolnosti za kompaniju.

Brojni autori identifikovali su usklađivanje strategije menadžmenta znanja i organizacione strategije kao kritične faktore uspjeha organizacije (Gao, Li & Clarke, 2008; Oluikpe, 2012). Najprije je potrebno obezbijediti sistem za snimanje i dijeljenje organizacionog znanja i najboljih praksi, a strategija menadžmenta znanja uticaće i na inovativnost organizacije.

1.1.4.

Bazične komponente menadžmenta znanja

- Jedini resurs organizacije koji može garantovati stvaranje održive konkurentske prednosti organizacije je znanje (GroËnhaug & Nordhaug, 1992; Davenport & Prusak, 1998; Jasimuddin, 2008). Čuvanje, razvijanje, organizacija i korišćenje znanja zaposlenih traži odgovarajuće pozicioniranje menadžmenta znanja u organizaciji, a on se, bez obzira na prisutnu raznolikost definicija u naučnoj i stručnoj literaturi, obično temelji na četiri komponente, i to: znanje, ljudi, tehnologija i procesi (Desouza, 2011; Omotayo, 2015).

1.1.4.1.

Znanje

- Brojni su autori za predmet interesovanja imali znanje, te kao rezultat toga imamo i veliki broj načina za njegovo definisanje. Znanje je bazični dio menadžmenta znanja, koji

predstavlja svojevrsnu kolekciju informacija sadržanih u teorijama, procesima i sistemima – izraženih u formi stavova, ideja i analiza. Dok informacije daju odgovor na pitanja „Ko?“, „Što?“, „Gdje?“ i „Kada?“, znanje pruža odgovor na pitanja „Kako?“ i „Zašto?“ Znanje je utemeljeno na kvalitetu informacija koje uključuju ideje, činjenice i stručnost, što zbirno ima presudan uticaj na individualni, timski i organizacioni učinak (Wang & Noe, 2010). Takođe, ono se može posmatrati i kao fluidna mješavina uokvirena iskustvom, vrijednostima, kontekstualnim i stručnim razumijevanjem koje obezbjeđuje temelj za procjenu postojećih i kreiranje novih informacija i iskustava (Davenport & Prusak, 1998; Omotayo, 2015). Znanje se percipira kroz sposobnost, svjesnost, razumijevanje i pragmatičnost članova organizacije. Ono se može definisati i kao nevidljiva ili nematerijalna imovina, čije sticanje uključuje složene kognitivne opservacije, uobličene procesima učenja, spoznaje, razumijevanja, komunikacije i logičkog rasuđivanja (Epetimehin & Ekundayo, 2011). Znanje pruža mogućnost da se na temelju informacija kombinovanih sa iskustvom, okruženjem, razmišljanjem i tumačenjem stvori nova perspektiva (Davenport, De Long & Beers, 1998; Omotayo, 2015) i omogući novi nivo razumijevanja i pristupa organizacionim problemima. Znanje se ne nalazi samo u dokumentima, knjigama i bazama podataka, već je sadržano i u organizacionim rutinama, procesima, običajima, navikama, vrijednostima, normama i organizacionoj kulturi u cjelini.

Jednako kao što postoje različite definicije znanja, tako postoji i veliki broj mogućnosti za kategorizaciju različitih oblika znanja. Prva tipologizacija znanja generiše diobu na eksplicitno (*explicit*) i implicitno (*tacit*) znanje (Polanyi, 1966, 1967; Nonaka, 1994; Nonaka & Takeuchi, 1995).³

Eksplicitno znanje predstavlja kodirano, dokumentovano, formalno, sistematizovano znanje, koje se po pravilu može prikupljati, čuvati i prenositi. Najčešće uključuje podatke, informacije, politike, procedure, algoritme, softver i dr. Eksplicitno znanje se može dijeliti putem informaciono-komunikacionih tehnologija. Kodiranje ovog znanja znači njegovo kreiranje u određene dokumentovane, strukturirane, fiksne sadržaje poput knjiga, priručnika, smjernica, planova, specifikacija, naučnih formula, baza podataka, projekata i dr. Ljudi, po pravilu, znaju više nego što mogu da kažu i pokažu. Iz tog razloga, eksplicitno znanje se tretira dijelom implicitnog znanja, i to onim koji se može formalizovati, dokumentovati i artikulirati,

³ Detaljnije razrađena kategorizacija znanja može se pronaći u: Blackler, F. (1995). Knowledge, knowledge work and organisations: An overview and interpretation. *Organisation Studies*, 16(6), 1021–1046.

odnosno izražavati riječima ili brojevima (Polanyi, 1966; Nonaka & Takeuchi, 1995). Težnja menadžmenta znanja je da se što je moguće više implicitnog, individualnog znanja koje je, po pravilu, neopipljivo, kodira na odgovarajući način, dokumentuje, i pretoči u eksplicitno, dokumentovano znanje, koje će moći da se dijeli sa članovima organizacije.

Implicitno znanje je dominantno uslovljeno cjelokupnim intelektualnim habitusom zaposlenog. Ono se nalazi u umu zaposlenog, njegovom ponašanju, reagovanju u različitim situacijama, a razvija se kroz praksu i konkretno djelovanje. Za razliku od eksplicitnog, implicitno znanje je lično, subjektivno, često neformalno i teško ga je dokumentovati. Nastaje u domenu kognitivnog i eksperimentalnog učenja, zavisi od situacije u kojoj se ispoljava i ne mora biti u skladu sa formalnim obrazovanjem i uobičajenim kodiranim obrascima ponašanja, što otežava njegovo prenošenje na ostale članove organizacije. Implicitno znanje je duboko utemeljeno u akciji, procedurama, posvećenosti, vrijednostima, te mu se samo indirektno može pristupiti (Baloh, Desouza & Paquette, 2011). Razmjena implicitnog znanja moguća je kroz umrežavanje zaposlenih i zajedničke aktivnosti, ali uz spremnost članova organizacije da proaktivnim djelovanjem, kako se to u narodu nerijetko kaže, „kradu znanje“ od onih koji ga posjeduju, odnosno da pokažu interes i sposobnost da uče posmatrajući. Implicitno znanje je time i osnov za stvaranje održive konkurentske prednosti, uz uvažavanje činjenice da je konkurentima otežano da ga dokumentuju (Omotayo, 2015) i primijene kroz odgovarajuću strategiju benčmarkinga ili dr.

1.1.4.2. Ljudi

○ Ljudi su izvor znanja (Omotayo, 2015). Njihova sposobnost da kreativno razmišljaju, uz talenat koji posjeduju i iskustva koja stiču, čini ih osnovom svakog procesa menadžmenta znanja. Od zaposlenih u organizaciji zahtijeva se da tragaju za znanjem, eksperimentišu njime, uče iz njega, ali i sa ostalim članovima organizacije teže inovativnosti, tj. širenju postojećih i kreiranju novih znanja (Drucker, 1999). Menadžment ljudskih resursa, u čijem fokusu je izbor pravih kadrova, od velikog je značaja za valjano sprovođenje strategije menadžmenta znanja. Osnovni zadatak menadžmenta ljudskih resursa prilikom selekcije kadrova mora biti izbor kadrova čije su vrijednosti komplementarne sa organizacionom kulturom i koji su spremni za rad u timu i dijeljenje znanja (Robertson & Swan, 2003; Swart &

Kinnie, 2003). Menadžment ljudskih resursa dužan je obezbijediti zadovoljstvo zaposlenih i njihovu veću lojalnost, koja će doprinijeti većoj motivaciji zaposlenih da dijele znanje, ali i manjem stepenu napuštanja kompanije i samim tim manjem gubitku znanja u takvim slučajevima. U tom smislu, uloga komunikacije na nivou organizacije od presudne je važnosti za realizaciju strategije menadžmenta znanja. Pored toga, adekvatna strategija menadžmenta znanja mora biti podržana odgovarajućim podsticajima i motivacijom ljudi koji primjenjuju i dijele znanja sa kolegama, tj. komplementarna sa cjelokupnom organizacionom kulturom (Hansen, Nohria & Tierney, 1999; Cabrera E. & Cabrera, A., 2005; Olatokun & Nwafor, 2012; Omotayo, 2015). Suština strategije upravljanja znanjem jeste da podstiče konkretne inicijative i akcije kroz korišćenje najšireg spektra organizacionih znanja (implicitnih i eksplicitnih), ekspertiza, iskustava, procesa, dokumenata i intelektualnog kapitala u vidu kulture, neformalnih mreža, povjerenja, a sve to na temelju informaciono-komunikacionih tehnologija i odgovarajuće organizacione strukture kompanije (Dalkir, 2005).

1.1.4.3. Tehnologija

• Tehnologija je neizostavan segment svake strategije menadžmenta znanja. Primjena koncepta menadžmenta znanja znatno je olakšana razvojem informaciono-komunikacionih tehnologija, koje olakšavaju komunikaciju između ljudi i timova, bez obzira na geografsku disperziju istih. Proces usvajanja, ali i primjene znanja, često biva olakšan korišćenjem savremenih softverskih rješenja. Tehnologija čini proces razmjene znanja unutar organizacije jednostavnijim i bržim, te samim tim i proces menadžmenta znanja bitno zavisi od stepena povjerenja ljudi u tehnologiju, kao i od stepena poznavanja mogućnosti koje ona nudi u pogledu kvalitetnijeg dimenzioniranja organizacione funkcionalnosti.

1.1.4.4. Procesi

• Procesi obuhvataju unaprijed kreiran logičan sistem pravila, procedura i operacija putem kojih se izvršavaju zadaci u organizaciji. Menadžment znanja mora prepoznati značaj procesne komponente kao nerijetko kritičnog faktora efikasnosti organizacije. Procesi uključuju ljude i mašine. Mapiranjem procesa stvara se sistematski prikaz dešavanja i izvr-

šavanja zadataka u organizaciji, što pomaže prilikom analize racionalizacije procesa, koja treba da bude permanentna, u duhu japanske „kaizen“ metodologije, što ukupno dovodi do podizanja nivoa efikasnosti i efektivnosti funkcionisanja organizacije. Kontinuirana usmjerenost na procese neophodna je i zbog opasnosti da se pretjeranim uvođenjem „pametnih“ tehnologija ugrozi razvoj zaposlenih, koji se nekada i više od uputnog oslanjaju na tehnologiju, umjesto na sopstvenu moć rasuđivanja i kritičkog promišljanja. U tom smislu, procesi moraju biti osmišljeni na način da rezultiraju sinergetskim efektima udruživanja ljudi i tehnologije, tj. tehnologija treba da bude „vjetar u leđa“ razvoju kognitivnih sposobnosti zaposlenih, a ne obratno.

1.1.5. Faze menadžmenta znanja

- Proces menadžmenta znanja najčešće se da prikazati kroz četiri faze, i to:
 - 1. Kreiranje znanja;
 - 2. Čuvanje znanja;
 - 3. Razmjena (dijeljenje) znanja;
 - 4. Primjena znanja.

Proces menadžmenta znanja počinje identifikacijom i prikupljanjem znanja, sa osnovnim ciljem da se omogući dijeljenje znanja unutar organizacije, i time stvori mogućnost za kreiranje novih (sa)znanja. Nakon dijeljenja znanja, zaposleni su u prilici primijeniti znanje u poslovnim aktivnostima, i samim tim povećati efikasnost funkcionisanja organizacije.

Proces kreiranja novih znanja od vitalnog je značaja kako za opstanak tako i za rast i razvoj svake organizacije. Kreiranje novih znanja omogućava održivost i stvaranje konkurentske prednosti zasnovane na znanju, što je od velike važnosti za svaku organizaciju koja želi opstati u složenim i promjenljivim tržišnim uslovima (Hislop, 2013; Omotayo, 2015). Stvaranje znanja moguće je kroz svakodnevne aktivnosti, razgovore sa kolegama, pohađanje formalnih obuka, učešće u projektnim aktivnostima, ali i uz korišćenje softverskih sistema vještačke inteligencije. Ipak, tehnologija može olakšati kreiranje novih znanja, ali ne može supstituisati ljude.

Poseban dio procesa menadžmenta znanja jeste i objediniti organizaciono znanje, sa ciljem da se omogući njegova efikasnija distribucija među svim članovima organizacije. U slučaju implicitnog, individualnog znanja zaposlenih, proces menadžmenta znanja je otežan, pogotovo usljed fluktuacije zaposlenih. U slučaju da jedan zaposleni napusti organizaciju, samim tim organizacija gubi i njegove ideje, iskustvo, kontakte, odnose, razmišljanja i dr. Stoga je važno naći način da se implicitno znanje pravovremeno dokumentuje i pretoči u eksplicitno, kako bi organizacija u slučaju nerijetkih fluktuacija zaposlenih mogla obezbijediti kvalitetnu sukcesiju, kontinuitet i dalji razvoj novih znanja, bez koraka unazad. U tom smislu, dijeljenje znanja čini kritičan faktor uspjeha menadžmenta znanja (Lee & Choi, 2003; Rabić, 2009; Gururajan & Fink, 2010; Epetimehin & Ekundayo, 2011; Olatokun & Nwafor, 2012; Oluikpe, 2012; Amayah, 2013; Omotayo, 2015). Znanje bez primjene i bez dijeljenja sa ostalim članovima organizacije ne doprinosi ostvarivanju organizacionih ciljeva.

1.1.6.

Mjerljivost uticaja menadžmenta znanja na uspjeh organizacije

• Mjerenje uticaja menadžmenta znanja veliki je izazov u kreiranju i primjeni strategija i politika upravljanja znanjem iz razloga što nije jednostavno mjeriti ono što se nije desilo. Menadžment znanjem sprečava gubitak novca, gubitak vremena i gubitak ljudskih resursa. Teško je kvantifikovati vrijeme provedeno u potrazi za informacijama ili troškove kreiranja znanja u jednom organizacionom sektoru kompanije, iako ono već postoji u drugom sektoru (Dumitriu, 2016). Jednako je teško izračunati troškove izgubljenog vremena koristeći se zastarjelim znanjima, a ne najnovijim znanjima koja garantuju viši nivo produktivnosti, kao i troškove ulaganja u tehnologiju bez kvalitetne procjene potencijala investicije da poboljša raspoloživost i dostupnost znanja u organizaciji. Čak i u profitnom sektoru, gdje se indikatori poput profita, prihoda ili broja klijenata mogu koristiti u odgovarajuće svrhe procjene uspješnosti funkcionisanja organizacije, mjerenje uticaja aktivnosti upravljanja znanjem na poslovni rezultat je teško kvantifikovati i može se samo indirektno mjeriti (Resatsch & Faisst, 2004; Dumitriu, 2016). Iako je mjerljivost poslovnih rezultata na temelju upravljanja znanjem tema koja je i dalje predmet naučnih istraživanja velikog broja autora, može se izdvojiti nekoliko u literaturi već prisutnih zaključaka o praktičnim načinima da se razumije i mje-

ri učinkovitost aktivnosti upravljanja znanjem u organizacijama privatnog i javnog sektora (Hoss & Schlussel, 2009; Dumitriu, 2016).

Činjenica je da koristi od upravljanja znanjem ne dolaze ni direktno ni brzo, ali je činjenica i da postoje i da su dugoročnog karaktera. Iako su uštede prevencijom grešaka i gubitaka kompanije na temelju upravljanja znanjem u računovodstvenom smislu nevidljive, postoje indikatori kojima se može mjeriti prekomjerno trošenje vremena i ljudskih resursa.

Konkretno koristi od upravljanja znanjem mogu se prepoznati kroz (Dumitriu, 2016):

- a) Poboljšanu organizacionu efikasnost obezbijedenu na osnovu programa osmišljenih u skladu sa najnovijim znanjima, ali ne zaboravljajući na prethodna iskustva, stručnost i znanja zaposlenog osoblja;
- b) Poboljšanu organizacionu efikasnost i smanjene troškove organizacije jačanjem sposobnosti brze reakcije u odnosu na tekuća pitanja, kroz brzu mobilizaciju organizacionih stručnjaka i izbjegavanje prethodnih grešaka i dupliranja napora;
- c) Usvojen integrisan pristup programiranju, razvoju i osnaživanju umrežavanja zaposlenih u svrhu razmjene praktičnih znanja i vještina iz različitih sektora i sa različitih geografskih lokacija.

Procjena kvaliteta menadžmenta znanja na nivou organizacije može se izvršiti na osnovu sljedećih kriterijuma (Dumitriu, 2016):

- a) Postojanje strategije i/ili politike i/ili smjernica za institucionalizaciju i operacionalizaciju upravljanja znanjem;
- b) Integracija, usklađivanje i programsko povezivanje strateških dokumenata menadžmenta znanja sa drugim strategijama i aktivnostima organizacije;
- c) Precizno pripisivanje odgovornosti i nadležnosti za upravljanje znanjem različitim jedinicama, menadžerima i osoblju;
- d) Postojanje politika usmjerenih na unapređenje proaktivnog angažovanja osoblja u upravljanju znanjem;
- e) Postojanje direktnog ili indirektnog pozitivnog uticaja upravljanja znanjem na efikasnost poslovanja organizacije.

1.1.7.

Savremeni alati i tehnike primjene menadžmenta znanja

- Brojni su alati i tehnike koji služe kao podrška primjeni sistema menadžmenta znanja u organizaciji. Značajan broj alata i tehnika zasnovan je na informaciono-komunikacionim tehnologijama, što je dovelo do toga da se u literaturi prilikom podjele alata i tehnika javljaju dvije osnovne grupe: alati i tehnike zasnovane na informaciono-komunikacionim tehnologijama i alati i tehnike koje nijesu zasnovane na korišćenju informaciono-komunikacionih tehnologija.

U praksi su se među najvažnijim metodama za primjenu menadžmenta znanja zasnovanim na informaciono-komunikacionim tehnologijama izdvojile sljedeće (Young, 2010): sistem za upravljanje dokumentima (*Document Management System*), sistem za upravljanje sadržajem (*Content Management System*), baza znanja (*Wiki* i dr.), blog (*Blog*), društvene mreže (*Social Networks*), VOIP sistem (*Voice Over Internet Protocol System*), internet pretraživač (*Web Search Engine*), klasteri znanja (*Knowledge Clusters*), lokator ekspertize (*Expertise Locator*), zajednički virtuelni radni prostor (*Collaborative Virtual Workspace*), portal znanja (*Knowledge Portal*) i dijeljenje znanja putem videa (*Video Sharing*).

Kada su u pitanju alati i metode za upravljanje znanjem koji ne zavise od informaciono-komunikacionih tehnologija, tu se mogu izdvojiti sljedeći: oluja ideja (*Brainstorming*), učenje i prikupljanje ideja (*Learning and Idea Capture*), kolegijalna pomoć (*Peer Assist*), pregled učenja (*Learning Review*), naknadna ocjena aktivnosti (*After Action Review*), pričanje priča (*Storytelling*), zajednički radni prostor (*Collaborative Physical Workspace*), APO alat za procjenu menadžmenta znanja (*APO Knowledge Management Assessment Tool*), diskusioni kafe znanja (*Knowledge Café*), zajednica prakse (*Community of Practice*), taksonomija (*Taxonomy*), plan razvoja kompetencija zaposlenih (*Knowledge Worker Competency Plan*), mapiranje znanja (*Knowledge Mapping*), model zrelosti upravljanja znanjem (*KM Maturity Model*) i mentor (*Mentor*).⁴ Raspored navedenih alata i metoda prema fazama procesa menadžmenta znanja prikazan je u tabeli br. 1.

⁴ Detaljnije u: Young, R. (2010). *Knowledge Management Tools and Techniques Manual*. Asian Productivity Organization, Tokyo. ISBN: 92-833-7093-7, www.apo-tokyo.org.

Tabela br. 1 – Raspored alata i tehnika u odnosu na faze procesa menadžmenta znanja

<i>Identifikacija znanja</i>	<i>Kreiranje znanja</i>	<i>Čuvanje znanja</i>	<i>Razmjena znanja</i>	<i>Primjena znanja</i>
APO alat za procjenu menadžmenta znanja	Oluja ideja	Pregled učenja	Kolegijalna pomoć	Kolegijalna pomoć
Diskusioni kafe znanja	Učenje i prikupljanje ideja	Naknadna ocjena aktivnosti	Pregled učenja	Zajednički radni prostor
Zajednica prakse	Pregled učenja	Diskusioni kafe znanja	Naknadna ocjena aktivnosti	Diskusioni kafe znanja
Internet pretraživači	Naknadna ocjena aktivnosti	Zajednica prakse	Pričanje priča	Zajednica prakse
Klasteri znanja	Zajednički radni prostor	Taksonomija	Zajednica prakse	Taksonomija
Ekspertski lokator	Diskusioni kafe znanja	Sistem za upravljanje dokumentima	Zajednički radni prostor	Sistemi za upravljanje dokumentima
Zajednički radni prostor	Zajednica prakse	Sistem za upravljanje sadržajem	Diskusioni kafe znanja	Sistemi za upravljanje sadržajem
Mapiranje znanja	Baza znanja	Baza znanja	Taksonomija	Baza znanja
Model zrelosti upravljanja znanjem	Blog	Blog	Baza znanja	Blog
Mentor	VOIP sistem	VOIP sistem	Blog	Internet pretraživači
	Internet pretraživači	Klasteri znanja	Društvene mreže	Klasteri znanja
	Klasteri znanja	Ekspertski lokator	VOIP sistem	Ekspertski lokator
	Ekspertski lokator	Zajednički virtuelni radni prostor	Klasteri znanja	Zajednički virtuelni radni prostor
	Zajednički virtuelni radni prostor	Portal znanja	Ekspertski lokator	Plan razvoja kompetencija zaposlenih
	Mentor	Dijeljenje znanja putem videa	Zajednički virtuelni radni prostor	Mentor
	Portal znanja		Portal znanja	Portal znanja
	Dijeljenje znanja putem videa		Dijeljenje znanja putem videa	
			Mentor	

Izvor: Prilagođeno prema – Young, 2010.

1.1.7.1.

Sistem za upravljanje dokumentima (Document Management System)

- Sistemi za upravljanje dokumentima omogućavaju jednostavan pristup i upravljanje dokumentima unutar preduzeća bez obzira na eventualnu geografsku dislociranost pojedinih organizacionih djelova, kroz obezbjeđivanje tehnologije i metoda potrebnih za snimanje, upravljanje, dijeljenje i sigurnost podataka, informacija i znanja unutar kompanije. To umnogome utiče na povećanje efikasnosti i produktivnosti poslovnih procesa, ubrzavanje poslovnih ciklusa i značajne uštede u troškovima (Radević, 2013). Ovi sistemi mogu biti manje ili više sofisticirani, a mogu se pronaći u vidu softvera otvorenog koda i samim tim besplatnih za upotrebu, ili softvera koji traže odgovarajuću pretplatu za njihovo korišćenje. Broj korisnika ovog sistema nije ograničen. Različiti korisnici mogu imati različite mogućnosti i domene pristupa, zavisno od potreba svakog konkretnog korisnika i oblasti njegovog djelovanja. Ovi sistemi omogućavaju i napredne mogućnosti skeniranja dokumenata, ali i njihove naknadne obrade, kroz prepoznavanje karaktera u skeniranim dokumentima i pretvaranje istih u tekst koji je jednostavno doradivati.

1.1.7.2.

Sistem za upravljanje sadržajem (Content Management System)

- Sistemi za upravljanje sadržajem imaju određeni broj sličnosti sa sistemima za upravljanje dokumentima, a koje se ogledaju u centralizovanom skladištenju podataka, jednostavnom pristupu i upravljanju dokumentima i olakšanom transferu informacija između članova organizacije koji koriste ove sisteme. I dok se sistemi za upravljanje dokumentima baziraju na tradicionalnim vidovima dokumenata tipova .doc, .xls, .ppt i drugih, sistemi za upravljanje sadržajem omogućavaju upravljanje strukturiranim i nestrukturiranim podacima kroz različite tipove digitalnih sadržaja, video-sadržaja, veb-stranica i dr. Iako je za sisteme upravljanja dokumentima karakteristično da su dominantno usmjereni na upravljanje radnim procesima i poštovanje regulative, sistemi za upravljanje sadržajem su više usmjereni ka čuvanju, sortiranju i objavljivanju sadržaja, što dodatno pospješuje transfer znanja unutar organizacije.

1.1.7.3. Baza znanja (Wiki i dr.)

- Usljed nemogućnosti da se svako znanje kodifikuje i učini eksplicitnim, organizacija je dužna odrediti ključna znanja za svoj rast i razvoj. U tim domenima znanja od ključnog značaja za organizaciju potrebno je kreirati baze znanja. Za razliku od nekadašnjih baza podataka čije su odlike bile centralizovano upravljanje i kontrola, današnje baze znanja grade se po participativnom modelu. Inicijalno znanje se kreira, a zatim se provjerava, proširuje i analizira novim informacijama, pogledima i idejama ostalih članova organizacije, kako bi se došlo do kvalitetnije spoznaje. Samim tim, članovima organizacije se ne nameće da sve prihvataju kao dato, već se otvara prostor za slobodu misli i insistira na njihovom uključivanju u kreiranje znanja, što upućuje na stalnu potrebu za preispitivanjem postojećeg i usavršavanjem. U tom smislu, baze znanja podrazumijevaju mogućnost revizije sadržaja uz praćenje svake promjene, od inicijalne do trenutne verzije. Osnovna pitanja na koja baza znanja mora da odgovori u datoj oblasti su „Što?“, „Ko?“, „Gdje?“, „Kako?“ i „Zašto?“ Baze u zavisnosti od potreba organizacije mogu biti proste ili složene, otvorene (na bazi otvorenog koda poput baze *Wikipedia*) ili zatvorene (posebno softversko rješenje kompanije).

1.1.7.4. Blog (Blog)

- Blog je jedan segment veb-sajta organizacije ili zaseban sajt putem kojeg jedan ili više članova organizacije objavljuju članke različitih formata (tekst, fotografije, audio, video i dr.) na neku aktuelnu temu, koja je u fokusu organizacije. Tehnički je veoma jednostavan za kreiranje, što omogućava laku i brzu distribuciju znanja putem ovog alata menadžmenta znanja. No, da bi bio učinkovit (mjereno posjetama i brojem pregleda), potrebno je kvalitetno se posvetiti samom sadržaju, u smislu njegove zanimljivosti, konciznosti i pragmatičnosti. Za razliku od baza znanja kao što je *Wikipedia*, blog se ne preporučuje za objavljivanje informacija koje je potrebno često revidirati.

1.1.7.5.

Društvene mreže (*Social Networks*)

- Ljudi su društvena bića. Shodno Maslovljevoj (1943) hijerarhiji potreba, jedna od osnovnih je i potreba za pripadnošću. U tom smislu ljudi teže umrežavanju sa drugima, shodno ličnim interesovanjima, ambicijama i afinitetima. Društveni mediji predstavljaju skup internet tehnologija koje podržavaju društveno umrežavanje. Razvoj interneta podstakao je ljude da veliki dio svoga vremena provode pretražujući ga, a samim tim rezultirao je i razvojem ogromnog broja društvenih mreža prisutnih u digitalnom okruženju. Ove društvene mreže podstiču interakciju korisnika, koji su nerijetko u digitalnom okruženju otvoreniji i slobodniji da (is)kažu svoje mišljenje. Tako organizacija putem društvenih mreža može „osluškovati“ koje stvari radi dobro, ali i nerijetko pronaći kritike na svoj račun, što sve može iskoristiti u svrhu unapređenja sopstvene ponude i korisničkog iskustva. Ukoliko organizacija teži sticanju, ali i širenju znanja, nužno je da i sama pronađe sebe u okviru neke šire mreže i/ili zajednice sličnog profila, kao i da u njoj uzme aktivno učešće.

1.1.7.6.

VOIP sistem (*Voice Over Internet Protocol System*)

- VOIP sistem je tehnološko rješenje koje omogućava slanje audio i video sadržaja putem interneta. Za ovaj vid komunikacije potrebno je posjedovati uređaj (telefon, računar ili sl.) i internet konekciju. Povezivanjem ovih elemenata, VOIP sistem (npr. *Skype*, *Viber* i dr.) omogućava komunikaciju različitih korisnika interneta putem audio i video poziva. Ekonomičnost i kvalitet ovog načina komunikacije učinili su ga jednim od najrasprostranjenijih u digitalnom okruženju. Osim toga što umnogome pospješuju interakciju i razmjenu znanja između različitih članova organizacije, bez obzira na njihovu geografsku disperziju,⁵ ovi sistemi omogućili su i razvoj različitih sistema učenja na daljinu, uz visok nivo interakcije, po veoma niskim cijenama.

⁵ Izuzetak predstavlja jedan broj zemalja u kojima telefonski operateri, štiteći sopstvene interese i tradicionalne servise koje pružaju, ne dozvoljavaju ili ograničavaju razvoj VOIP servisa.

1.1.7.7.

Internet pretraživač (Web Search Engine)

- Internet je preplavljen informacijama i znanjima iz najrazličitijih sfera. Bez obzira na to da li organizacija želi da pronađe neku informaciju i/ili neko znanje putem interneta, ili da ponudi svoje korisnicima, kvalitetno poznavanje algoritama funkcionisanja internet pretraživača veoma je značajno. Tako će kompanija koja plasira sadržaj morati da vodi računa o pozicioniranosti putem pretraživača, što se postiže kvalitetnom optimizacijom veb-sajta, dok će kompanija koja traga za sadržajem koristeći napredne module pretrage koje nude pretraživači moći da kroz manje iteracija izdvoji informacije i znanja od značaja za njeno poslovanje. Trenutno najbolje kotirani internet pretraživač na tržištu je *Google*.

1.1.7.8.

Klasteri znanja (Knowledge Clusters)

- Klasteri predstavljaju mogućnost da male organizacije u praksi efektuiraju sve prednosti koje sinergija nudi. Riječ je o udruživanju i umrežavanju organizacija, koje tako udružene mogu postići više od onoga što bi predstavljao zbir njihovih pojedinačnih učinaka. Kroz udruživanje na osnovu klastera, organizacije jačaju svoju produktivnost i konkurentnost. Najprije se prednosti oslikavaju kroz međusobno udruživanje i razmjenu znanja, da bi vremenom tako udružene organizacije mogle konkurisati velikim sistemima i biti konkurentne i na većim tržištima. Slično klasterima u izvornom obliku, klasteri znanja upućuju na potrebu da se organizacije sličnih profila povezuju sa ciljem rasta inovativnosti i konkurentnosti, a to povezivanje rezultira pozitivnim eksternalijama zasnovanim na rastu znanja svake organizacije koja je dio klastera (Marshall, 1890; Arrow, 1962; Jacobs, 1969; Romer, 1986; Porter, 1990). Dakle, i konkurenti su izvor rasta i razvoja, te povezivanje sa njima može doprinijeti boljem poslovnom rezultatu. Bez obzira na to što će neki segmenti kompanijskog znanja ostati pod velom poslovne tajne, postoji veliki broj informacija koje razmjenom sa organizacijama sličnih profila mogu povećati efikasnost i efektivnost svih strana uključenih u razmjenu znanja. U tom smislu, poslovno umrežavanje u vidu klastera

znanja (zasnovano na informaciono-komunikacionim tehnologijama), ali i lokacijska bliskost konkurenata (npr. Silicijumska dolina), kroz tržišnu borbu i nadmetanje, povećava motivaciju i rast svake organizacije koja je dio klastera znanja.

1.1.7.9.

Lokator ekspertize (*Expertise Locator*)

Česte su situacije da unutar jedne organizacije nije moguće znati sve što je potrebno za uspješan biznis. U tom smislu potrebno je „izaći iz sopstvenih okvira“. Ali, pored spoznaje da unutar organizacije nemamo eksperte za svaku sferu djelovanja, veoma je važno i znati one što posjeduju znanja koja su nama potrebna ili nam mogu biti potrebna. Shodno tome, često se kaže: „Vrijediš onoliko koliko kontakata imaš“. Znati gdje je moguće dobiti neku informaciju predstavlja polovinu uspješno obavljenog posla, pogotovo u djelatnostima gdje je vrijeme kritičan faktor uspjeha. U moru ponude prisutne na internetu sa kojom se čovjek danas susrijeće, veoma je teško pronaći provjerenog eksperta, a zaobići one koji znaju sve, a ne znaju ništa. Lokator ekspertize je sistem koji omogućava organizaciji da pronađe eksperte za određeno specifično pitanje na koje ona u okviru sopstvenih resursa nema odgovor, kao i da ih rangira. Organizacija za traženje eksperata može koristiti neko postojeće informatičko rješenje u okviru datih internet servisa, ili razvijati sopstveni segment organizacije nadležan za lociranje eksperata. Ovakav sistem omogućava da na brz i sa vremenskog (a samim tim i finansijskog) aspekta racionalan način organizacija pronađe eksperta i u slučaju obostranog interesa njegovo znanje stavi u funkciju rješavanja organizacionog problema. Ovaj alat menadžmenta znanja najčešće se koristi u medicini, jer je moguće za kratko vrijeme identifikovati eksperta iz bilo kog dijela svijeta koji ima iskustva i znanja potrebna za rješavanje specifične situacije. U slučaju njegovog angažovanja, ta ekspertiza postaje sastavni dio znanja kojim organizacija raspolaže. Jednako kao što organizacija može pribavljati znanje na bazi ovog alata, po istom modelu može i svoja znanja i ekspertizu učiniti dostupnim drugima. Udruživanjem eksperata iz različitih domena djelovanja često nastaju i posebni timovi za razmjenu znanja u nekoj oblasti, ali i nove ideje i nova znanja, što povećava fond znanja organizacije, ali i organizacionu inovativnost i fleksibilnost.

1.1.7.10.

Zajednički virtuelni radni prostor (*Collaborative Virtual Workspace*)

- Zajednički virtuelni radni prostor podrazumijeva softverska rješenja koja putem interneta omogućavaju ljudima da rade zajedno nezavisno od toga gdje su fizički locirani. Mogućnosti koje su tretirane zajedničkim virtuelnim radnim prostorom su tekstualna, audio i video komunikacija, dijeljenje zajedničkih dokumenata i upravljanje njima u realnom vremenu sa različitih lokacija, mogućnost „dijeljenja ekrana“ i praćenja operacija koje sprovodi druga strana. Za stvaranje zajedničkog virtuelnog radnog prostora najčešće se koriste kombinacije softverskih rješenja. Npr. za video-konferencije se koristi *Skype*, za rad na zajedničkim dokumentima *Google Docs*, a moguće je i izabrati neko sofisticirano softversko rješenje koje objedinjuje sve mogućnosti, kao što je npr. *Adobe Connect*.

1.1.7.11.

Portal znanja (*Knowledge Portal*)

- Portal znanja je internet platforma čiji je cilj ne samo da informiše zainteresovane strane o poslovanju kompanije, već da putem portala animira klijente da uzmu aktivno učešće u kreiranju znanja o specifičnoj temi interesovanja, koje može biti od obostrane koristi (i za kompaniju i za klijente). Portali znanja posjeduju i tzv. ekspertski lokator, koji omogućava posjetiocima da se kvalitetnije povežu sa stručnjacima istih interesovanja i zajednički dođu do novih saznanja u međusobnoj razmjeni informacija. Kroz forume za diskusiju i otvorenu komunikaciju sa klijentima dolazi do spontanijih razmjena implicitnog znanja, koje je od velikog značaja za menadžment organizacije, u svrhu kvalitetnijeg prilagođavanja ponude tražnji. Osnovna teza od koje se polazi u kreiranju portala znanja jeste da su klijenti kompanije ključni izvor znanja, tj. prioritet je primijeniti znanje klijenata, te na temelju toga graditi konkurentsku prednost. U krajnjem, portal znanja je sredstvo koje olakšava kompaniji da prikupi upotrebljiva znanja od svojih klijenata i da ih iskoristi prilikom strateškog planiranja.

1.1.7.12.

Dijeljenje znanja putem videa (*Video Sharing*)

- Najjednostavnije se ovaj alat može opisati kao objavljivanje video-sadržaja putem intranet, ektranet ili internet mreže. Razvoju ovog alata menadžmenta znanja pogodovale je sve veća dostupnost video-kamera i mogućnosti za obradu i emitovanje video-zapisa, kao i činjenica da je mnoge stvari neophodno pokazati kako bi se mogle na pravi način savladati. Određena znanja i vještine nije moguće prenijeti samo kroz tekst i fotografije, te je u tom smislu video pogodniji način prenošenja znanja. Pored toga, nerijetko je konzumentima organizacionih znanja zanimljivije da odgledaju video-sadržaj nego da čitaju određene instrukcije. Video-sadržaji u vidu *Youtube* tutorijala, veoma su koristan izvor znanja, pogotovo u segmentu objašnjavanja korišćenja određenih softvera, pokazivanju određenih fizičkih pokreta u različitim sportsko-rekreativnim aktivnostima i dr. Upotreba video-sadržaja ne preporučuje se u slučajevima kada je na datom tržištu internet konekcija ograničenog opsega, što dovodi do otežanog pristupa korisnika video-sadržajima u odnosu na tekstualne i audio-dokumente (koji zauzimaju manje memorije). Takođe, u područjima gdje se stvari brzo mijenjaju, nekada snimanje videa može iziskivati veće troškove i mnogo vremena, iz razloga što ih je teže korigovati od tekstualnih sadržaja, gdje je unošenje promjena veoma jednostavno.

1.1.7.13.

Oluja ideja (*Brainstorming*)

- Oluja ideja je metod koji omogućava zaposlenima da unutar grupe od najmanje dva člana kreiraju nove originalne ideje a na temelju potpune slobode izražavanja, opuštenosti, podsticanja kreativnosti, mašte, asocijativnosti i sinergijskih efekata. Grupe se mogu organizovati u virtuelnom radnom prostoru, mada je fizički radni prostor i dalje preferiraniji. Suština je da se podstiče sloboda izražavanja i originalnost tako što se inicijalno svaka od ideja koju zaposleni unutar grupe predloži prihvata i ulazi u izbor, te zapisuje na određenom mjestu. U prvoj fazi poželjno je dobiti što je moguće više najrazličitijih ideja, da bi se u kasnijim fazama pristupilo analizi, ocjenjivanju prikladnosti, razradi i usavršavanju svake od ideja, sve do konačnog odabira najboljeg rješenja.

1.1.7.14.

Učenje i prikupljanje ideja (*Learning and Idea Capture*)

- Ovaj metod upućuje na potrebu organizacije da se u kontinuitetu bavi organizacionim učenjem, odnosno da sistematski, na nivou organizacije riješi način na koji se odvija prikupljanje novih ideja i učenje zaposlenih. Težnja svake organizacije jeste kreativnost i sticanje i primjena najnovijih znanja. Međutim, najbolje ideje se često neće javiti baš u onom momentu kad tragamo za njima. U tim momentima, obično vremenski limitirani, nijesmo u stanju da razmišljamo kreativno i „van okvira“. Najbolje ideje uglavnom nastaju kao plod trenutne inspiracije zaposlenih i iz vremenskog ugla su totalno nepredvidive. Samim tim, od organizacije se traži disciplina u okviru postupka prikupljanja ideja i dokumentovanja novih znanja, koji treba da bude kontinuiran. Preporučuje se da korišćenjem ovog metoda zaposleni svaku svoju ideju i novo znanje, u momentu nastanka, prenesu u odgovarajuću formu, koja će obezbijediti akumuliranje novih ideja i znanja (a kasnije i njihovo dijeljenje i „kaizen“ tretman). Organizacija se usmjerava na permanentno razmatranje mogućnosti primjene akumuliranih ideja i znanja, a sve sa ciljem veće inovativnosti i produktivnosti zasnovane na znanju. Dokumentovanje znanja i ideja može se vršiti počev od metoda njihovog prenošenja putem olovke na papir, pa sve do najsofisticiranijih softverskih rješenja i sistema za upravljanje sadržajem. Kroz primjenu ovog metoda zaposleni se usmjeravaju na režim razmišljanja „što sam naučio“, a ne „što sam uradio“, te razumiju da je svaka njihova aktivnost šansa da nešto dodatno nauče i unaprijede, ali i da kroz takav režim, dokumentovanjem novih znanja i ideja, pruže priliku ostalim članovima organizacije da na temelju njihovog iskustva i (sa)znanja povećaju nivo sopstvenih kompetencija i vlastitu produktivnost podignu na viši nivo.

1.1.7.15.

Kolegijalna pomoć (*Peer Assist*)

- Kolegijalna pomoć, za razliku od oluje ideja, teži dubljem razmatranju ideja ili problema pred kojim se određeni zaposleni, tim ili organizacija nalaze. Kod oluje ideja, pri strukturiranju tima koji će generisati ideje, ne postoje ograničenja u pogledu kvalifikacija članova tima, dok se kod kolegijalne pomoći članovi tima biraju na osnovu poznavanja materije i iskustva u datoj oblasti. Kolegijalna pomoć služi u svrhu eksplorativnog istraživanja određenog problema, na bazi znanja i iskustva kolega i eksperata za oblast koja je

predmet interesovanja. Ako zaposleni ili organizacija imaju određenu dilemu ili problem, oni mogu okupiti određeni broj kolega sa iskustvom iz date oblasti i eksperata predmetnog domena djelovanja, koji će pomoći u analizi problema na temelju dosadašnjih saznanja o tome. Ne preporučuje se da tim broji više od šest članova, jer veći broj bitno otežava detaljnije – dubinsko uključivanje svih aktera. Zaposleni ili tim koji je inicirao sastanak povodom uključivanja eksperata u rješavanje problema, na početku izlaže problem, nakon čega pozvani stručnjaci i eksperti daju svoje viđenje situacije, preporuke, smjernice i sugestije. Poželjno je i obezbijediti facilitatora koji će omogućiti ravnomjerno uključivanje svih članova grupe u odnosu na teme koje su unaprijed definisane dnevnim redom, ali i djelovanje grupe u odnosu na dati problem učiniti konkretnijim, usmjerenijim i efikasnijim. U situacijama kada se radi o složenijem problemu, obično se ova tehnika realizuje kroz najmanje dvije sesije, od kojih prva služi za upoznavanje sa problemom, nakon čega se ostavlja određeni vremenski period za razmišljanje i osmišljavanje odgovora, prije nego uslijedi druga sesija, na kojoj se očekuju konkretni prijedlozi uključenih eksperata. Primjenom ove tehnike proces učenja se ubrzava, korišćenjem iskustva onih koji su već bili u sličnim problemima, ali se i smanjuje rizik donošenja pogrešne odluke.

1.1.7.16.

Pregled učenja (*Learning Review*)

- Praćenje učenja je tehnika koja se koristi tokom radnog procesa. Riječ je o kritičkom preispitivanju kvaliteta odvijanja aktivnosti, tj. svojevrsnom vidu tekuće kontrole koja podrazumijeva poređenje onog što se dešava sa onim što je planirano, te u slučaju postojanja odstupanja između realizovanog i planiranog, preduzimanju odgovarajućih korektivnih akcija, uz izvlačenje pouka. Korisnost ove tehnike ogleda se u mogućnosti da uočene nepravilnosti koje uzrokuju odstupanja budu korigovane tokom odvijanja aktivnosti, što konačno odstupanje realizovanog od planiranog čini manjim u odnosu na situaciju kada bi se kontrola aktivnosti radila po završetku procesa. Četiri osnovna pitanja kojim je prožeta ova tehnika jesu: „Što je trebalo da se dogodi?“, „Što se dogodilo?“, „Zašto postoji razlika između ostvarenog i planiranog?“, „Što možemo naučiti iz toga?“ (Young, 2010). U slučaju postojanja pozitivne ili negativne razlike između realizovanog i planiranog, treba razmotriti uzroke kako bi se izveli odgovarajući zaključci, odnosno kako bi konkretno iskustvo bilo valorizovano

kreiranjem novog znanja koje će biti iskorišćeno u prvoj narednoj iteraciji. Suština je da se tokom samog procesa, kroz analizu sprovedenu od strane učesnika, zajednički uči i analizira sve ono što se može uraditi bolje sljedećom prilikom. Takođe, analiziraju se preporuke koje bi se mogle realizovati, a da budu od koristi i drugim timovima unutar organizacije.

1.1.7.17.

Naknadna ocjena aktivnosti (*After Action Review*)

- Naknadna ocjena aktivnosti je svojevrsna evaluacija aktivnosti nakon njihovog završetka. Pomoću ove tehnike potrebno je otkriti pozitivne i negativne strane, te izvesti zaključke koji će buduće aktivnosti organizacije učiniti efikasnijim, kako se greške ne bi ponavljale, tj. kako bi se pozitivne strane dodatno razvijale. Ova tehnika sprovodi se u grupama koje čine akteri aktivnosti koja se ocjenjuje, pri čemu treba obezbijediti atmosferu slobode izražavanja, povjerenja, uz fokus da se dođe do zaključaka koji će svim članovima organizacije biti od pomoći u budućnosti.

1.1.7.18.

Pričanje priča (*Storytelling*)

- Riječ je o tehnici vrlo jednostavnog naziva, ali ogromnih mogućnosti. Prodor informaciono-komunikacionih tehnologija stavio je po strani direktnu komunikaciju zaposlenih, tj. komunikaciju koja nije posredovana internetom već „lice u lice“. Ova tehnika daje primat direktnoj komunikaciji između zaposlenih koji imaju odgovarajuće znanje i iskustvo, i onih koji žele da isto steknu. Pričanje priča omogućava zaposlenom sa znanjem da kroz prizmu sopstvenog iskustva ispriča svoju priču, na neposredan, iskren i dopadljiv način, nerijetko uz odgovarajuća dozvoljena retorička ukrašavanja, čime s jedne strane omogućava drugima da ga bolje upoznaju, a sa druge, nudi im mogućnost učenja iz njegovog iskustva. Kroz pričanje priče, u direktnom razgovoru, mogu se dočarati i najsloženije poslovne situacije mnogo jednostavnije nego kod drugih tehnika. Kroz pričanje priča nerijetko se obezbjeđuje i prenos implicitnog znanja zaposlenog na ostale članove organizacije. Dobar izbor teme, ali i govornika, djelovaće podsticajno i motivišuće na ostale članove

kolektiva, a samo interesovanje zaposlenih za ovaj vid prenosa znanja povratno će biti svojevrsno priznanje govorniku da je njegovo iskustvo vrijedno pratiti i slijediti. Najčešće se u ulozi pripovjedača nalazi član organizacije sa stručnim znanjem i iskustvom vrijednim dijeljenja, dok se među onima koji slušaju nalaze zaposleni sa kraćim radnim stažom i mladi, željni sticanja novih znanja i vještina. Poželjno je i ovaj vid dijeljenja znanja dokumentovati, te eventualno, u slučaju da za to postoji saglasnost pripovjedača, putem videa učiniti dostupnim ostalim članovima organizacije, koji nijesu bili u direktnoj interakciji sa pripovjedačem.

1.1.7.19.

Zajednički radni prostor (*Collaborative Physical Workspace*)

○ Zajednički radni prostor može biti značajan način podsticanja upravljanja znanjem. Pod zajedničkim radnim prostorom podrazumijevaju se kancelarije, sale za sastanke i uopšte kompletan enterijer objekta u kojem članovi organizacije rade. Međutim, samo posjedovanje kancelarija, sala za sastanke i drugih sličnih prostorija ne znači da se ovaj alat koristi na pravi način. Veoma je važno da kroz razumijevanje potreba zaposlenih i organizacione kulture, fizičko radno okruženje, tj. kompletan enterijer, bude prilagođen da djeluje podsticajno na članove organizacije. Neke organizacije će tako u okviru zajedničkog radnog prostora imati salu za praktikovanje joge, zajedničku kuhinju, a neke tere-tanu ili bazen. Od značaja za stvaranje prijatne radne atmosfere, koja pogoduje kreiranju novih znanja i dijeljenju istih, mogu biti čak i boje zidova unutar datog radnog prostora, veličina prozora, raspored kancelarijskog namještaja i sl. Zajednički radni prostor treba da obezbijedi zaposlenima osjećaj opuštenosti, sigurnosti i odsustvo stresa. Očekuje se da zajedničke prostorije zaposlenima omoguće da po potrebi mogu jednostavno ostvariti neformalne interakcije i konsultacije, ali da s druge strane ne remete one kojima je potrebna odgovarajuća dimenzija privatnosti i fokusa koju određeno radno mjesto zahtijeva. Poželjno je da zajednički radni prostor bude opremljen tako da se u momentu nastanka ideja ili znanja ista mogu sačuvati u nekom obliku, papirnom ili elektronskom. Pored toga, u određenim industrijama pokazalo se opravdanim posjedovanje i zajedničkog prostora za izradu prototipa proizvoda i eksperimentalno kreiranje proizvoda ili usluge.

1.1.7.20.

APO alat za procjenu menadžmenta znanja (*APO Knowledge Management Assessment Tool*)

- APO alat predstavlja anketni upitnik čiji je cilj da omogući organizaciji da izvrši inicijalnu procjenu nivoa primjene menadžmenta znanja (Young, 2010). Ideja je da se u svakoj organizaciji prije primjene sistema menadžmenta znanja izvrši procjena stanja, kako bi se dalji koraci usmjerili u pravcu rješavanja uočenih nedostataka. Pitanja u ovom upitniku odnose se na sedam osnovnih elemenata APO alata, i to: liderstvo, organizacioni proces, ljudi, tehnologija, proces znanja, učenje i inovativnost i rezultat menadžmenta znanja (Young, 2010). Pomoću analize navedenih kategorija utvrđuje se da li je i u kojoj mjeri zastupljen sistem menadžmenta znanja u organizaciji, da li postoje odgovarajući uslovi za razvoj sistema menadžmenta znanja i koje su snage i mogućnosti organizacije u tom pravcu. Preporučuje se da za validnost rezultata treba biti ispitano 70-80% zaposlenog kadra, koji je zaposlen u organizaciji najmanje šest mjeseci.⁶

1.1.7.21.

Diskusioni kafe znanja (*Knowledge Café*)

- Diskusioni kafei znanja podrazumijevaju grupnu diskusiju o određenoj temi, koja omogućava dobijanje kvalitetnijeg i dubljeg uvida u datu oblast, a na temelju sinergijskih efekata učesnika. Učesnici diskusionog kafea znanja treba da budu smješteni na način da su usmjereni (okrenuti) jedni ka drugima, što omogućava kružna postavka stolica u prostoriji u kojoj se održava. Uloga facilitatora jeste da otvori diskusiju, na način što će upoznati prisutne sa temom i izložiti jedno ili dva osnovna pitanja o kojima će se razmjenjivati mišljenja. Nakon uvodnog dijela sesije, učesnici se dijele u manje grupe, bez učešća facilitatora, kako bi u manjim timovima razmatrali postavljena pitanja predmetne diskusije. Nakon određenog perioda, svi učesnici su ponovo „u istom krugu“, gdje zajednički razmjenjuju mišljenja, ideje i uvide do kojih su došli u manjim timovima. Obično diskusioni kafei znanja budu programirani tako da traju najduže 120 minuta. Upotreba ovog alata zavisi od konkretnog okruženja, tj. organizacione kulture i same komunikacijske kli-

⁶ Detaljnije na: www.apqc.org/km, 12. 12. 2019.

me koja vlada među zaposlenima, a učešće zaposlenih u diskusionom kafeu znanja može biti isključivo dobrovoljno. Prednosti ovog alata su što podstiče prirodnu komunikaciju i razmjenu mišljenja „licem u lice“, ali i omogućava da se kroz dijalog i direktnu razmjenu mišljenja, na temelju analize sadržaja determinisanog temom diskusionog kafea, dođe do korisnih rezultata i (sa)znanja, koja mogu biti od koristi ne samo za učesnike diskusionog kafea već i za napredak funkcionisanja organizacije u cjelini.

1.1.7.22.

Zajednica prakse (*Community of Practice*)

○ Zajednica prakse čini grupu stručnih ljudi, praktičara, istinskih zaljubljenika u određenu oblast kojom se bave. Usljed velike zainteresovanosti i posvećenosti izučavanju svoje oblasti, članovi zajednice prakse svakodnevno uče i spremni su da razmjenjuju iskustva sa drugim stručnim ljudima. Kod ovog alata su ljubav, energija i strast uz koju članovi zajednice prakse prilaze izučavanju svojih oblasti ono što ih okuplja i čini homogenom grupom. Motiv članova zajednice prakse jeste stalna potreba za usavršavanjem, a nekada i želja da se pomogne prilikom rješavanja određenog problema organizacije ili društva. Za formiranje zajednica prakse u potpunosti važi kontigencijski (situacioni) pristup. One mogu biti formirane namjerno ili spontano. Mogu biti formirane u okviru jedne organizacije, ali i izvan njenih okvira. Broj članova može varirati od svega nekoliko članova do više hiljada ljudi. Zajednice mogu biti izgrađene u fizičkom okruženju, ali i organizovane u virtuelnom okruženju, zasnovanom na informaciono-komunikacionim tehnologijama. Zajednice prakse, zavisno od problema kojim se bave, mogu uključivati stručnjake i praktičare iz istih ili različitih oblasti. Između članova zajednice prakse vlada klima povjerenja i prijateljskih odnosa, koji garantuju česte interakcije i razmjene znanja, kao i spremnost da se pomogne kolegama. Zajednice prakse garantuju zadovoljstvo zaposlenih, koji osjećaju da imaju podršku kolega prilikom rješavanja sopstvenih problema. Zato sa više energije, volje, entuzijazma i posvećenosti pristupaju svojim zadacima i problemima. Samim tim, zadovoljstvo zaposlenih se pozitivno reflektuje i na kvalitet funkcionisanja organizacije i njene rezultate, te posredno i na zadovoljstvo korisnika proizvoda i/ili usluga organizacije.

1.1.7.23.

Taksonomija (*Taxonomy*)

- Taksonomija je tehnika čiji je zadatak da organizaciono znanje, kroz prizmu pojmova kojima je determinisano, strukturira i sistematizuje, na logički zasnovan način, koji će pristup znanju učiniti intuitivnim, jednostavnim i brzim, ali i olakšati suštinsko razumijevanje pojmova. Ova tehnika najčešće koristi hijerarhijsku strukturu za razvrstavanje taksonomskih jedinica, kojima se mjesto i kategorija dodjeljuju na temelju sličnosti i razlika među njima. Taksonomija doprinosi i kvalitetnijoj komunikaciji, jer kada se članovi upoznaju sa sistemski uređenim pojmovima i kategorijama koje se odnose na organizaciono znanje, tada nema prostora za mimoilaženja utemeljena na značenjskim razlikama među pojmovima koje nastaju kao proizvod različitih percepcija samih članova organizacije. Pored toga što članovima organizacije olakšava pristup znanju i ubrzava proces dobijanja novih znanja, taksonomija olakšava suštinsko razumijevanje osnovnih vrijednosti kompanije i strateška usmjerenja definisana vizijom, što doprinosi i izgradnji odgovarajuće korporativne kulture.

1.1.7.24.

Plan razvoja kompetencija zaposlenih (*Knowledge Worker Competency Plan*)

- Plan razvoja kompetencija zaposlenih polazi od analize trenutnog nivoa znanja i vještina svakog zaposlenog, kako bi se na temelju te analize prepoznale potrebe za dodatnim usavršavanjem, koje podrazumijeva trenutna pozicija ili neka buduća pozicija za koju se zaposleni priprema. Na ovaj način znanje i stručnost su u fokusu menadžera ljudskih resursa. Za svakog zaposlenog kreira se svojevrsna kartica znanja (*Knowledge Scorecard*), gdje se dokumentuju njegova trenutna prepoznata znanja i vještine. U slučaju da zaposlenom nedostaje određeni korpus znanja i vještina od značaja za kvalitetno obavljanje posla, nužno je pronaći model za njegovo profesionalno usavršavanje. Svaki zaposleni dobija sopstveni plan razvoja kompetencija i postaje svjestan da će u slučaju profesionalnog razvoja njegove mogućnosti za napredovanje biti veće. Najčešći razvojni tok znanja i vještina u određenom organizacionom segmentu ide od osnovnog, dominantno teorijskog upoznavanja i razvijanja osnovnih praktičnih vještina za rad u datom sektoru, preko dodatnog, praktičnog usavršavanja, koje podrazumijeva dublje razumijevanje date oblasti, do nivoa koji uključuje mogućnost zaposlenog da obučava svoje kolege, na temelju najvišeg nivoa kompetentnosti u datoj oblasti.

1.1.7.25.

Mapiranje znanja (*Knowledge Mapping*)

- Mapiranje znanja predstavlja tehniku kojom se kroz niz koraka dolazi do sistematizovanog vizuelnog prikaza organizacionog eksplicitnog i implicitnog znanja kroz prizmu osnovnih komponenti upravljanja znanjem – ljudi, procesi i tehnologija. Ovakav prikaz dodatno pojačava razumijevanje potrebe povezanosti elemenata u organizacionom dizajnu, u svrhu kvalitetnijeg toka znanja kroz organizaciju. Nastanak mape znanja uzrokovan je prenošenjem određenih aspekata znanja u grafički oblik, koji zaposleni unutar organizacije mogu lako razumjeti. Riječ je o svjesnom načinu komunikacije između kreatora mapa znanja i korisnika istih (Dunić, 2017). Konceptualno posmatrano, putem mapiranja znanja jednostavnije je proniknuti u veze između različitih elemenata upravljanja znanjem, primijetiti određene nedostatke ili smanjeni protok informacija u određenom organizacionom segmentu, te analizirati proces upravljanja znanjem u cjelini.

1.1.7.26.

Model zrelosti upravljanja znanjem (*KM Maturity Model*)

- Modelom zrelosti upravljanja znanjem (pr)ocjenjuje se stepen razvijenosti menadžmenta znanja u organizaciji. Razvoj menadžmenta znanja u organizaciji slijedi prirodan tok po fazama koje se nadovezuju jedna na drugu, a svaka sljedeća faza u razvojnem lancu znači stepen više zrelosti organizacije u odnosu na adekvatno korišćenje menadžmenta znanja i samim tim bolju organizovanost sistema. Razumijevanje faze u kojoj se preduzeće nalazi je važno, kako bi se na temelju te spoznaje moglo usmjeriti ka daljim koracima u usavršavanju tehnika i alata menadžmenta znanja za potrebe racionalnijeg i kvalitetnijeg funkcionisanja organizacije.

1.1.7.27.

Mentor (*Mentor*)

- Mentor je član organizacije, po pravilu iskusan i stručan u svom domenu djelovanja, čiji je zadatak da pomogne drugom članu organizacije, koji najčešće nema dovoljno godi-

na, iskustva i praktičnog znanja, u procesu prilagođavanja i učenja na poslu. Na temelju direktne komunikacije između dvije strane stvaraju se uslovi za razvoj povjerenja, razmjenu znanja i iskustava, i što je najvažnije, omogućava se transfer znanja od iskusnijih kadrova ka onim sa manje iskustva. Ujedno, rizik od grešaka je manji, samopouzdanje manje iskusnog člana organizacije u prisustvu mentora je veće, a proces učenja mnogo brži nego u slučaju samostalnog učenja. Zadatak mentora je da uputi, podstakne, motiviše i ohrabri osobu sa manje iskustva, i da joj primjerom pokaže, nekada i demonstrira, konkretno obavljanje zadatka, ali i ostavi dovoljno širine i slobode za samostalno obavljanje istih, pa ponekad i pravljenje grešaka iz kojih bi se moglo naučiti.

1.2. Organizacioni dizajn

Organizacija je sistem ponašanja ljudi koji su u međusobnoj interakciji. Cilj njenog postojanja je integracija napora članova u svrhu postizanja efikasnih performansi sistema koje će omogućiti najbolje obavljanje određenog zadatka, najčešće podijeljenog u više podсистема (Lawrence & Lorsch, 1967). Organizacija je ciljno usmjeren društveni entitet, koji podrazumijeva koordinaciju, upravljanje i kontrolu (Snow, 2016; Grah, 2016). Ključni elementi svake organizacije su ljudi i njihovi odnosi. Iz ugla systemske teorije, ona se može posmatrati kao podsystem okruženja u kojem funkcioniše. Stoga je veoma značajan ne samo kvalitet međusobnih odnosa članova organizacije već i povezanost i interakcija organizacije sa okruženjem.

Raspored organizacionih resursa u skladu sa dimenzioniranim organizacionim zadacima vrši se na bazi internog obrasca autoriteta, komunikacije i odnosa koji se naziva organizaciona struktura (Koufteros, Nahm, Cheng & Lai, 2007; Daft, 2013; Grah 2016). Strukturiranje organizacionih zadataka i dizajniranje odnosa na bazi kojih se očekuje njihovo izvršenje jeste organizacioni dizajn.

U ovom dijelu biće predstavljen pregled literature o organizacionom dizajnu.

1.2.1.

Različiti pristupi definisanju organizacionog dizajna

- Organizacioni dizajn je pitanje koje već dugo vremena u kontinuitetu zaokuplja pažnju istraživača i u teorijskoj i u praktičnoj ravni. Ujedno, organizacioni dizajn, koji podrazumijeva projektovanje organizacije, na najbolji način ilustruje činjenicu da su teorija i empirija komplementarne aktivnosti, koje jedino kada su međusobno podržavajuće zajednički doprinose razvoju savremenih pristupa proučavanjem menadžment fenomenima, ali i kvalitetnijem učinku organizacije. Samim tim, u naučnoj literaturi se može naći veliki broj radova, kako teoretičara menadžmenta tako i onih koji su bliži praksi menadžmenta, a koji se tiču problema organizacionog dizajna, ili tzv. procesa projektovanja organizacije.

Prema Herbertu Sajmonu (*Herbert Simon*), organizacioni dizajn se može definisati kao menadžment aktivnost koja se tiče izbora ciljeva, strategije, modela organizacione strukture uz kontingencijski pristup, kao i izbora sistema donošenja odluka (Rumelt, 1974). Drugo, posmatra se kao proces planiranja uređenja odnosa između elemenata kako bi se najbolje ispunila određena svrha, ali i ishod oblikovanja i usklađivanja svih komponenti organizacije u postizanju određene misije (Stanford, 2007). Treće, istraživanja pokazuju da se sposobnost organizacije posmatrana kroz prizmu njene efikasnosti velikim dijelom duguje upravo usaglašenosti između različitih elemenata organizacionog dizajna (Obel, 1993; Dotty, Glick & Huber, 1993; Volberda, Van der Weerdt, Verwaal, Stienstra & Verdu, 2012; Burton, Obel & Hakonsson, 2015). Četvrto, organizacioni dizajn predstavlja menadžerske odluke i primjenu odluka o tome kako obavljati poslove i aktivnosti od strane zaposlenih, uključujući i odluke o tome kako će se izvršiti zadaci i aktivnosti, definisati nadležnosti i odgovornosti, kao i to kako će se izvršiti proces departmanizacije (Dimovski, Penger & Škerlavaj, 2007). Peto, organizacioni dizajn portretira se kao poseban oblik rješavanja ljudskih problema u kojem je osnovni zadatak da se više pojedinaca sa različitim znanjima i interesima usmjeri ka kolektivnom postignuću, koje ne bi mogli ostvariti djelujući individualno (Puranam, 2012). Šesto, dizajn organizacije može, kao alat, omogućiti menadžerima da stvore produktivno, ugodno radno okruženje za ostvarivanje novih ciljeva, koji će služiti pojedinačnim, ali i kolektivnim interesima (Snow, Fjeldstad, Lettl & Miles, 2010). Sedmo, organizacioni dizajn predstavlja proces odlučivanja koji uključuje dva glavna pitanja: prvo, podjelu ukupnog zadatka organi-

zacije na manje djelove i jedinice; i drugo, koordinaciju manjih jedinica i djelova kako bi se uklopili, u svrhu postizanja većeg zadatka, tj. organizacionih ciljeva (Lojpur & Kuljak, 2005; Burton, Obel & Hakonsson, 2015).

U nastavku će biti učinjen istraživački napor da se pojam organizacionog dizajna objasni sa stanovišta svih njegovih bitnih internih i eksternih faktora, koji ga čine prepoznatljivim, te daju najviše osnova za razumijevanje njegove suštine.

1.2.2. Eksterni faktori

○ Nijedan sistem nije u vakuumu. Svaki sistem dio je većeg sistema. Zaposleni je dio preduzeća. Preduzeće je dio tržišta. Država je dio globalne ekonomije. U tom smislu svaka organizacija treba da bude posmatrana kao otvoreni sistem, koji je u kontinuiranoj interakciji sa okruženjem čiji je sastavni dio. Samim tim, za uspjeh organizacije neophodna je sveobuhvatna analiza performansi okruženja, posebno kroz prizmu posmatranja odnosa organizacije sa okruženjem, što je u skladu sa sistemskom (integrativnom) teorijom menadžmenta. S obzirom na konstantne promjene okruženja i brojnost kako njegovih elemenata tako i veza i interakcija koje postoje unutar istog, potrebno je i svaku promjenu, unutar organizacije i iz okruženja, sagledati kroz prizmu njenog uticaja na poslovne performanse i uspjeh organizacije. Međutim, održavanje unutrašnje stabilnosti sistema i prilagođavanje okruženju najčešće su konfliktni ciljevi. Pretjerana usmjerenost ka unutrašnjoj stabilnosti može dovesti do slabljenja veze sa okruženjem (tržištem), dok konstantna okrenutost eksternom okruženju (promjenama na tržištu) od organizacije zahtijeva kontinuirane promjene i prilagođavanja, koja ugrožavaju stabilnost odnosa unutar organizacionog sistema. U tom smislu kontinuirano bavljenje pitanjem organizacionog dizajna i usklađenosti njegovih elemenata u odnosu na eksterne faktore, jedini je način da se stvori održiv organizacioni sistem, pogotovo ako se uzme u obzir činjenica da su organizacije vještački sistemi, koji teže entropiji. Usklađivanje organizacionog dizajna sa eksternim faktorima potrebno je izvršiti na bazi poznavanja opšte teorije sistema i kibernetike, kao zasebne nauke koja se bavi upravljanjem složenim dinamičkim sistemima.

Eksterni faktori podrazumijevaju sve elemente van organizacije koji na posredan ili neposredan način utiču na njeno funkcionisanje. Organizacioni dizajn kroz usklađivanje

sa eksternim faktorima kreira organizacionu efektivnost, odnosno obezbeđuje proizvod ili uslugu za kojom postoji tražnja na tržištu. Ključno je kroz organizacioni dizajn učiniti organizaciju fleksibilnom u odnosu na promjene koje se dešavaju u okruženju. Visoka specijalizacija, praćena formalizacijom i centralizacijom, dobro se pokazuje u organizacijama koje posluju u stabilnom okruženju, dok se decentralizacija i manja formalizacija preporučuju organizacijama koje posluju u dinamičnom okruženju (Dimovski, Penger, & Škerlavaj, 2007). Predviđanje događaja je od značaja za organizaciono dizajniranje, i traži od donosilaca odluka kontinuiranu „budnost“, ali i kontigentni pristup, koji podrazumijeva različite scenarije za različite okolnosti. Eksterni faktori mogu se podijeliti u više kategorija (npr. opšte i specifično okruženje), u zavisnosti od toga da li direktno ili indirektno utiču na samu organizaciju. U opšte okruženje najčešće se svrstavaju socijalna, politička, ekonomska, pravna, interkulturalna i tehnološka dimenzija okruženja, koje će detaljnije biti predstavljene u dijelu 2.1.2.3. Ono što je bitno istaći jeste da elementi opšteg okruženja uglavnom posredno djeluju na preduzeće. Specifično okruženje, za razliku od opšteg, direktno utiče na funkcionisanje organizacije. U tom smislu, njega čine kupci, konkurenti i dobavljači. U svrhu analize specifičnog okruženja najčešće se koristi Porterov model pet konkurentskih sila (Porter, 2008; Daft, & Marcic, 2013; Grah, 2016), koji umnogome pomaže pri oblikovanju strategije preduzeća (intenzitet rivalstva među konkurencijom, pregovaračka moć dobavljača, pregovaračka moć kupaca, prisustvo supstitut proizvoda, ulazne barijere). Iz tog razloga pri organizacionom dizajniranju potrebno je voditi računa o faktorima okruženja jer veća pažnja u tom segmentu doprinosi većoj sigurnosti u poslovni uspjeh i održivost organizacije.

1.2.3.

Interni faktori

- Interni ili unutrašnji faktori su oni za koje se može reći da su pod kontrolom organizacije (Burton, 2013). U tom smislu se u ovom radu pod internim faktorima podrazumijevaju: veličina organizacije, tehnologija, ciljevi i strategija, organizaciona kultura, organizaciona klima i stil liderstva.

Organizacija treba da vodi računa o usklađivanju unutrašnjih faktora sa organizacionom strukturom, a organizacija u cjelini treba da bude usklađena sa okruženjem u okviru kojeg funkcioniše (Carmeli, Gelbard & Gefen, 2010).

1.2.3.1.

Veličina organizacije

○ Veličina organizacije važan je element organizacionog dizajna, sa značajnom međuslovljenošću u odnosu na ostale elemente. Izbor pokazatelja na osnovu kojih se vrši diferenciranje prema veličini pitanje je oko kojeg se na različitim tržištima daju različiti odgovori. To je i prirodno, iz razloga što nešto što je veliko u Crnoj Gori (sa aspekta broja zaposlenih npr.), ne mora da bude veliko na nekom drugom tržištu (npr. u Kini). Najprecizniji odgovor na pitanje o tome koliko je neka organizacija velika jeste „zavisi – u odnosu na što mjerimo“. Prema veličini, organizacije se najčešće razvrstavaju u kategorije: mikro, mala, srednja i velika preduzeća. Utvrđivanje veličine organizacije u Crnoj Gori, u skladu sa Zakonom o računovodstvu (2016), utvrđuje se na osnovu prosječnog broja zaposlenih, ukupne aktive i ukupnog prihoda na nivou godine. Veličina organizacije bitno je povezana sa organizacionim dizajnom. Male organizacije po pravilu su fleksibilnije i brže (u odlučivanju) od velikih, što im omogućava i da budu inovativnije u odnosu na veće (krute) sisteme. U malim organizacijama, po pravilu, nizak je nivo formalizacije i specijalizacije. Takođe, jedna od osnovnih karakteristika malih organizacija je i nemogućnost korišćenja efekta ekonomije obima, zbog malog kapaciteta proizvodnje, te su jedinični troškovi veći. Komunikacija u maloj organizaciji direktnija je i ličnija, te su zaposleni uglavnom motivisani za obavljanje posla. U tzv. „ekonomskim definicijama“ malih organizacija navodi se da su male firme one čije je relativno tržišno učešće malo, gdje je vlasnik ujedno i onaj koji upravlja i koje nijesu dio nekog preduzeća (Deakins & Freel, 2012). Sa druge strane, velike organizacije su u prilici da budu efikasnije na bazi korišćenja ekonomije obima zasnovane na masovnoj proizvodnji (prosječni troškovi proizvodnje proizvoda i/ili usluga su niži). Nivo specijalizacije je viši, složenost organizacije je veća, kao i formalizacija koja treba da odgovori na problem koordinacije i kontrole, koji je prisutan u velikim organizacijama, za razliku od malih. Stoga je kroz organizacioni dizajn uvijek prisutna težnja da bude konfigurisan na način da se iskoriste prednosti i malih sistema, poput npr. fleksibilnosti i kvaliteta komunikacije, ali i velikih, poput ekonomije obima. U tu svrhu u velikoj mjeri se koristi decentralizacija odlučivanja, kao i „ravna“ organizaciona struktura sa što manjim brojem organizacionih nivoa, zasnovana na mrežnom poslovnom povezivanju.

1.2.3.2. Tehnologija

○ Tehnologija podrazumijeva informacije, opremu, tehnike i procese potrebne za transformaciju inputa u outpute, te je u tom smislu od velikog značaja u procesu organizacionog dizajniranja (Burton & Obel, 1998). Zavisno od dominantno zastupljene tehnologije proizvodnje proizvoda ili usluga (odnosno od učešća konkretne vrste troška u strukturi ukupnih troškova), organizacije možemo podijeliti na „radno intenzivne“, „kapitalno intenzivne“, „tehnološki intenzivne“, „znanjem intenzivne“ i dr. (Peneder, 2002). Tehnologije se mogu svrstati u rutinske i specifične. Kod rutinskih, način proizvodnje je unaprijed i dobro poznat, uz veoma malo izuzetnih situacija i sa problemima koji su obično lako rješivi (Burton, Lauridsen & Obel, 2003). Sa druge strane, specifične tehnologije podrazumijevaju mnogo izuzetaka, prilagodljivost, fleksibilnost i stalno učenje. Izbor tehnologije bitno determiniše i organizacioni dizajn, te se rutinske tehnologije ne preporučuju u promjenljivom okruženju, kao ni specifične u stabilnom. Takođe, tehnologija proizvodnje u proizvodnim i uslužnim sistemima je različita, što bitno utiče na konfiguraciju ostalih elemenata organizacionog dizajna.

1.2.3.3. Ciljevi i strategija

○ Pri određivanju ciljeva obično se polazi od vizije organizacije. Vizija predstavlja opis onoga što bi organizacija trebalo da postane u budućnosti. Poželjno je da izjava o tome što želimo da postanemo bude fokusirana, fleksibilna, slikovita, dostižna, poželjna, ali i lako pamtljiva. Misija predstavlja konkretizaciju vizije. Ona objašnjava svrhu postojanja organizacije kroz odgovore na pitanja o tome što treba organizacija da radi, zbog koga organizacija funkcioniše i na koji način se trudi da odgovori na potrebe tržišta. Ciljevi preduzeća predstavljaju željeno stanje ili nivo poslovnih performansi kojem organizacija teži. Veoma je bitno da su ciljevi međusobno usklađeni, ali i da su kompatibilni sa vizijom i misijom. Pored toga, osnovni principi za definisanje ciljeva su: njihova određenost i nedvosmislenost, mjerljivost, ostvarivost, realnost i vremenska određenost. Funkcija ciljeva je da motiviše i usmjeri organizaciju ka postignuću, ali i da omogući sprovođenje kontrolne funkcije u smislu poređenja ostvarenog i planiranog.

Ciljevi se mogu posmatrati na različite načine. Jedan od osnovnih pristupa ciljevima odnosi se na to da li su usmjereni na efikasnost ili efektivnost. Efikasnost u fokusu ima optimalno korišćenje resursa u svrhu snižavanja troškova proizvodnje, dok efektivnost kao ključni zahtjev ima konačan proizvod ili uslugu, odnosno plasman proizvoda i usluga na tržištu u svrhu generisanja što većeg prihoda. U odnosu na ovu dimenziju posmatranja, mogu se izdvojiti četiri karakteristične situacije u odnosu na ciljeve organizacije, i to: a) niska efikasnost i niska efektivnost, b) visoka efikasnost i niska efektivnost, c) niska efikasnost i visoka efektivnost i d) visoka efikasnost i visoka efektivnost (Burton, Obel & Hakonsson, 2015).

Svaka od navedenih mogućnosti zahtijeva različit pristup u daljem kreiranju organizacionog dizajna. Nakon što su definisane vizija, misija i ciljevi, pristupa se formulaciji strategije. Strategija nije ništa drugo do način za ostvarivanje ciljeva organizacije. Organizacione strategije dizajniraju put ka postizanju organizacionih ciljeva uz poboljšanje performansi preduzeća, a sve to prateći viziju, misiju i strateške ciljeve organizacije. Integrisanje strategija upravljanja znanjem sa ukupnim organizacionim strategijama doprinosi multiplikativnim pozitivnim efektima, uz akcentovanje znanja kao važnog organizacionog resursa (Dumitriu, 2016). Od velikog značaja je i kreirati konkretne uloge i odgovornosti osoblja kako bi se strategija upravljanja znanjem pretočila u konkretne inicijative i aktivnosti. Strategija se može dimenzionirati kroz ranije objašnjeni model Porterovih pet konkurentskih sila (Porter, 2008). Takođe, moguće je i kreirati marketing strategiju na osnovu četiri osnovna elementa marketing-miksa – proizvod, distribucija, promocija i cijena (Kotler, 2000). Među najšire prihvaćenim podjelama organizacione strategije je ona koju su osmislili Majls i Snou (Miles & Snow, 1978), a koja je dimenzionirana kroz prizmu istraživanja i akcije (eksploatacije). Istraživanje podrazumijeva izučavanje novih tehnologija, inovacije, preuzimanje rizika i veću fleksibilnost. Akcija (eksploatacija) podrazumijeva efikasnost i konkretno djelovanje, odnosno primjenu. U odnosu na ove dvije dimenzije strategije, može se izvršiti sljedeća tipologizacija (Burton, Obel & Hakonsson, 2015): reaktivna (*Reactor*), defanzivna (*Defender*), prospektivna (*Prospector*) i analitička strategija (*Analyzer*). Ove strategije mogu se objasniti na sljedeći način:

1. Reaktivna strategija je zasnovana na pasivnom pristupu i za nju se ne može reći ni da je efikasna, ni da je efektivna. Organizacije sa reaktivnom strategijom djeluju bez fokusa na istraživanje i na akciju. Obično, ovakve organizacije pokušavaju da se prilagode promjenama nakon što se promjene dese. Samim tim, najčešće i propuštaju prilike koje promje-

ne nose sa sobom, odnosno reaguju nakon što su i mogućnosti koje su promjene donijele uveliko apsorbirane od strane konkurenata. Dugoročno, ovakva strategija nije održiva;

2. Defanzivna strategija se zasniva na eksploataciji postojećih resursa. Ona u svom fokusu nema istraživanje novih tržišnih prilika i razvoj novih proizvoda. Ovom strategijom primarno se vodi računa o efikasnosti, unapređenju postojećih proizvoda i usluga, kao i o boljem korišćenju resursa radi snižavanja troškova, a sve sa svrhom zadržavanja konkurentske pozicije i sprečavanja ulaska novih konkurenata na tržište. Defanzivna strategija može izvjesno vrijeme davati rezultate, dok na duži rok dovodi do problema prilikom promjene tržišnih preferencija ili usljed pojave konkurenata usmjerenijih na inovacije;
3. Prospektivna strategija je fokusirana na istraživanje, efektivnost, promjene i uvođenje novih proizvoda. Ova strategija podrazumijeva kontinuiranu okrenutost tržištu. Organizacije sa prospektivnom strategijom konstantno eksperimentišu sa novim idejama, tehnologijama i procesima, zanemarujući efikasnost (troškovi proizvodnje su visoki). Ideja je da one budu te koje će diktirati situaciju na tržištu, te samim tim po osnovu visoke inovativnosti njihovih proizvoda i usluga, mogu se pozicionirati i sa visokom cijenom (sve do momenta dok se na tržištu ne pojave supstituti proizvoda i usluge konkurenata);
4. Analitička strategija bez inovacija je strategija slična defanzivnoj, ali uz pasivnu inovacionu strategiju. Organizacije sa ovom strategijom pored fokusa na efikasnost pokušavaju da imitiraju proizvode i usluge konkurenata i time bez mnogo rizika uvode određene promjene. One se trude da izgrade svoju poziciju korišćenjem benčmarking metoda, odnosno da nakon pojave novog proizvoda ili usluge pokušaju da ponude nešto vrlo slično, ili čak naprednije, pogotovo sa aspekta troškova, i time diversifikuju svoju ponudu;
5. Analitička strategija sa inovacijama fokusira paralelno i efikasnost i efektivnost. Sa jedne strane, troškovi se svode na minimum i na taj način se organizacija pozicionira na tržištu, dok istovremeno konstantno razvija nove proizvode i usluge. Poput prospektivne, ova strategija diktira ritam na tržištu uvodeći nove proizvode i usluge (a ne slijedeći druge), uz tu razliku što su organizacije sa ovom strategijom posvećene i troškovnoj efikasnosti. Riječ je o najboljoj strategiji, ali i najzahtjevnijoj, koja mora biti podržana fleksibilnim organizacionim dizajnom.

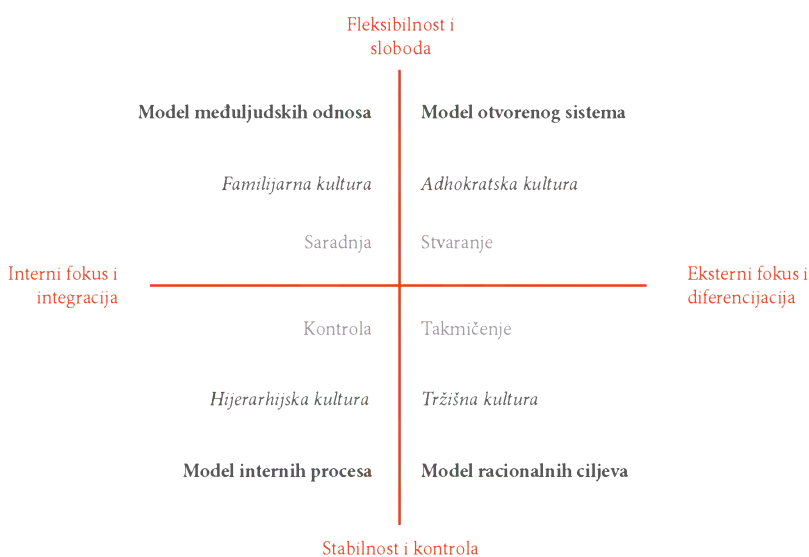
Strategija nije ništa drugo do primjena znanja, a promjene u znanju uzrok su promjene postojećih i primjene novih strategija. U tom smislu, tokom različitih faza životnog ciklusa or-

ganizacije, prirodno je da će dolaziti i do promjena u domenu organizacionog znanja, kao i do promjene strategije u skladu sa multikontigencijskim pristupom organizacionom dizajnu.

1.2.3.4. Organizaciona kultura

Organizaciona kultura tretira se kao unutrašnji faktor organizacionog dizajna. Ona predstavlja jedinstvene karakteristike svake organizacije, zasnovane na simbolima, ritualima, vrijednostima i pretpostavkama o stvarnosti i samoj organizaciji, koje su se razvile interakcijom i izloženošću specifičnim problemima i izazovima (Schedlitzki & Edwards, 2018). Spoznaja zajedničkih vrijednosti unutar organizacije doprinosi jednostavnijoj i efikasnijoj koordinaciji i komunikaciji. U tom smislu organizacijama sa razvijenom organizacionom kulturom jednostavnije je upravljati.

Poznavanje i razumijevanje organizacione kulture bitna je pretpostavka kvalitetnog upravljanja organizacijom, a pogotovo organizacionim promjenama (Alsoulami, Banjar & Mahran, 2018). Za pr(ocjenu) dominantnog tipa organizacione kulture u ovom istraživanju korišćen je OCAI instrument (*Organizational Culture Assessment Instrument*), koji je zasnovan na okviru konkurentskih vrijednosti (*Competing Values Framework*). Konkurentske vrijednosti, koje ujedno znače i specifične obrasce organizacione kulture, predstavljene su na slici br. 2. Organizaciona kultura svake organizacije sačinjena je iz četiri osnovna tipa.



Slika br. 2 – Teorijski okvir konkurentskih vrijednosti

Izvor: Prilagođeno prema – Quinn & Rohrbaugh, 1983; Cameron & Quinn, 2011

Kroz ocjenu šest ključnih dimenzija organizacione kulture (dominantne karakteristike organizacije, organizaciono liderstvo, stil upravljanja, izvor lojalnosti organizaciji, strateško usmjerenje i kriterijum uspjeha) jednostavnim algoritmom dolazi se do četiri osnovna tipa organizacione kulture, od kojih je svaki predstavljen posebnim kvadrantom na slici br. 2.

Četiri kvadranta dimenzionirana su na osnovu dva kriterijuma, i to „stabilnost i kontrola ili fleksibilnost i sloboda“ i „unutrašnji fokus i integracija ili eksterni fokus i diferencijacija“. Vrijedi istaći da ne postoji opšta saglasnost oko toga koji model organizacione kulture je najbolji, već shodno teoriji kontigencije, svaki od njih može biti najbolji u određenom kontekstu.

Među navedena četiri osnovna (međusobno suprotstavljena) tipa organizacione kulture ubrajaju se (Quinn & Rohrbaugh, 1983; Cameron & Quinn, 2011; OCAI Online, 2019):

1. Familijarna kultura (model međuljudskih odnosa). Organizacije ovog tipa liče na srećne porodice (Pilav & Jatić, 2017). Izraženo je zajedništvo, timski rad, kao i lojalnost organizaciji. Međuljudski odnosi i kvalitet komunikacije su na najvišem nivou. Uspjeh je determinisan brigom o ljudima (zaposlenim i kupcima). Posebno se vodi računa o razvoju članova organizacije, njihovom osnaživanju i podsticanju njihovog učešća u svrhu efektivnosti. Lider ovakve organizacije ima ulogu mentora;
2. Adhokratska kultura (model otvorenog sistema). Organizacije ovog tipa karakteriše dinamičnost, kreativnost i preduzetnički rezon. Kod svih članova organizacije prisutna je otvorenost ka inovacijama i spremnost na prihvatanje rizika (Idris, 2017; Santti, Eskelinen, Rajahonka, Villman & Happonen, 2017). Podstiče se eksperimentisanje i traganje za novim proizvodima i/ili uslugama u svrhu fleksibilnosti organizacionog sistema. Posebno se vodi računa o konstantnim poboljšanjima zasnovanim na „kaizen“ metodologiji, stvaranju oduševljenja klijenata i kreiranju novih standarda u konkretnoj oblasti djelovanja. Uspjeh se definiše kroz liderstvo u inovacijama. Lider ovakve organizacije po pravilu je vizionar i inovator;
3. Hijerarhijska kultura (model internih procesa). Organizacija je prilično formalno mjesto. Kontinuitet poslovanja je bitan, kao i poštovanje formalnih pravila i politika (Mandal, 2017). Posebno se vodi računa o kontrolnoj funkciji u svrhu postizanja preciznosti, dosljednosti i efikasnosti. Uspjeh se definiše niskim troškovima

i sigurnom (stabilnom i kontinuiranom) isporukom standardizovanih proizvoda i/ili usluga (Bremer, 2008). Lider u ovakvom tipu organizacije je po pravilu dobar koordinator i organizator koji teži efikasnosti;

- 4. Tržišna kultura (model racionalnih ciljeva). Organizacija je orijentisana na rezultate. Ljudi su takmičarski nastrojeni. Teži se leaderskoj poziciji na tržištu. Posebno se vodi računa o preferencijama kupaca i mrežnom poslovnom povezivanju u svrhu stvaranja pozitivnog imidža. Uspjesi i potreba za pobjeđivanjem u kontinuitetu su snažan integrator članova organizacije. Uspjeh se definiše konkurentnošću, odnosno tržišnim udjelom i profitabilnošću (Anning-Dorson, 2017). Lider ovakve organizacije je takmičarski orijentisan.

Navedeni tipovi organizacione kulture u većoj ili manjoj mjeri postoje u svakoj organizaciji, pri čemu se nivo svakog pojedinačnog tipa organizacione kulture i identifikacija dominantnog tipa može mjeriti OCAI instrumentom. U nastavku rada, u okviru dijela analize podataka i rezultata, biće identifikovani osnovni obrasci organizacione kulture u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori.

1.2.3.5. Stil liderstva

- Rastuća složenost organizacija iz svih oblasti društvenog djelovanja, iz dana u dan, zahtijeva sve više adekvatnog povezivanja i koordinacije različitih subjekata unutar sistema, koje je nemoguće ostvariti bez posredničke i/ili predvodničke uloge istaknutih pojedinaca i/ili grupa (Radević, 2018). Raznovrsnost definicija liderstva je velika, pa se često konstatuje da definicija liderstva u literaturi ima isto koliko i autora koji su pokušali da ga definišu (Stogdill, 1974). Međutim, na osnovu najvećeg broja definicija, liderstvo se objašnjava kao proces u kojem lider ostvaruje uticaj na određenu grupu sa svrhom ostvarivanja zajedničkog cilja.

Liderstvo počiva na razumijevanju organizacione kulture. S obzirom na to da je organizaciona kultura promjenljiva kategorija, to znači i da se njome može i treba upravljati. Samim tim, liderima je data ključna uloga agenata promjena u procesu oblikovanja kulture organizacije, čija je svrha bolje funkcionisanje sistema na čijem su čelu (Schein, 2004). Za razliku od menadžera, čija je uloga da djeluju u okviru postojeće kulture, lider je taj koji dizajnira i

identifikuje nove organizacione obrasce. Dakle, lider svojim riječima i/ili ličnim primjerom bitno utiče na ponašanje, razmišljanje i/ili emocije sljedbenika (Radević, 2018).

Stil liderstva je način koji lider koristi za upravljanje zaposlenima. Stilovi liderstva se mogu podijeliti u dvije osnovne kategorije, u zavisnosti od toga da li je lider dominantno usmjeren ka zadacima ili ka odnosima među ljudima. Prva kategorija podrazumijeva da je osnovna mjera uspjeha krajnji rezultat, te se insistira na izvršenju predviđenih zadataka, čak i po cijenu zanemarivanja (narušavanja) međuljudskih odnosa. Druga kategorija u fokusu ima izgradnju kvalitetnih odnosa među članovima organizacije, pa čak i po cijenu zanemarivanja izvršenja definisanih zadataka (Northouse, 2008). Liderstvo orijentisano na odnose sa ljudima ima najviše uticaja na nivo socijalnog kapitala u zdravstvenim organizacijama (Strömberg, Eriksson, Ahlstrom, Bergman & Dellve, 2017). Ipak, uspješan lider i u ovom segmentu mora naći „srednju mjeru“, odnosno kreirati organizacionu klimu unutar koje će odnosi među zaposlenima biti dovoljno kvalitetni, opušteni i fleksibilni, ali ne na način da mogu naškoditi pravovremenom obavljanju zadataka.

Daglas Mekgregor (*Douglas McGregor*) je razvio dvije teorije u odnosu na koje se može izabrati stil liderstva (Mašić, Babić, Đorđević-Boljanović, Dobrijević & Veselinović, 2010). Prema tzv. X teoriji, pretpostavlja se da su članovi organizacije lijeni, ne vole da rade, izbjegavaju rad i odgovornost, protive se promjenama i nemaju ambicije. Iz tog razloga ih treba u kontinuitetu nadgledati, uz hijerarhijsku strukturu i uzak raspon kontrole na svim nivoima. Prema ovoj teoriji poželjan je autoritativni stil liderstva, dominantno orijentisan na zadatke. Teorija Y podrazumijeva participativni (demokratki) stil liderstva. Podređenima se dozvoljava visok stepen autonomije, članovi se podstiču da rade timski i budu kreativni. Polazi se od pretpostavke da su članovi organizacije spremni da preuzmu odgovornost i posvete se ciljevima organizacije, uz visok potencijal za razvoj. Prema ovoj teoriji, stil liderstva je dominantno usmjeren na odnose.

Jedna od široko prihvaćenih podjela liderskih stilova učinjena je u odnosu na preferencije za delegiranje i izbjegavanje neizvjesnosti. Preferencije za delegiranje podrazumijevaju spremnost top-menadžmenta da podstiče menadžere na nižim nivoima da samostalno donose odluke. Izbjegavanje neizvjesnosti je mjera do koje top-menadžment izbjegava akcije koje nose veliki rizik. Na osnovu ove dvije dimenzije nastaju i četiri osnovna stila li-

derstva, i to (Burton, Obel & Hakonsson, 2015): maestro (*Maestro*), menadžer (*Manager*), lider (*Leader*) i producent (*Producer*). Osnovne karakteristike navedenih stilova mogu se objasniti na sljedeći način:

1. Maestro ima slabe preferencije za delegiranje i ne izbjegava neizvjesnost. Ovaj stil liderstva može učiniti da lider bude preopterećen obavezama. Lider nije fokusiran ni na efikasnost ni na efektivnost. Istraživanja su pokazala da je ovaj stil liderstva najpodudarniji sa reaktivnom strategijom;
2. Menadžer ima slabe preferencije za delegiranje i izbjegava neizvjesnost. Osnovna karakteristika ovog stila je da je dominantno fokusiran na efikasnost i kratkoročne odluke, dok veoma malo pažnje poklanja efektivnosti i strategijskom menadžmentu. Ovaj stil liderstva najpogodniji je za defanzivnu strategiju organizacije;
3. Producent ima visoke preferencije za delegiranje i izbjegava nesigurnost. U ovom slučaju lider je fokusiran i na efikasnost i na efektivnost. Takođe, on vodi računa o ravnoteži između međusobno konfliktnih kratkoročnih i dugoročnih ciljeva. Samim tim, ovaj stil najbolje odgovara analitičkoj strategiji;
- 4. Lider ima izražene preferencije za delegiranje i ne izbjegava neizvjesnost. Delegiranjem obezbjeđuje više vremena za istraživanje tržišta i razmišljanje na dugi rok. Vjeruje svojim podređenim i podstiče njihovo veće uključivanje i nove inicijative. Fokusiran je na efektivnost i spreman na preuzimanje rizika donošenjem strateških odluka. Ovaj liderski stil najpodudarniji je sa prospektivnom strategijom.

Svaki od navedenih stilova može u određenoj situaciji biti odgovarajući, pri čemu analiza podobnosti određenog stila treba da se vrši u skladu sa multikontigencijskim pristupom organizacionom dizajnu, koji je detaljnije objašnjen u dijelu 1.2.6.

1.2.3.6. Organizaciona klima

- Organizaciona klima objašnjava kakvo je raspoloženje među članovima organizacije proizvela dominantna organizaciona kultura. Dakle, to je percepcija organizacione kulture iz ugla članova organizacije. Za razliku od organizacione kulture koja se posmatra na nivou organizacije, organizaciona klima se može razlikovati u različitim djelovima organizacije.

Dok se stil liderstva odnosi na top-menadžment, organizaciona klima se odnosi na sve članove organizacije. Organizaciona klima se može mjeriti analizom povjerenja, sukoba, sistema nagrađivanja, otpornosti na promjene unutar organizacije i sl.

Barton, Obel i Hakonson (2015) ustanovili su dvije dimenzije u odnosu na koje se mogu izdvojiti četiri tipa organizacione klime. Te dvije dimenzije su nivo tenzija unutar organizacije i spremnost za promjene. Tenziju navedeni autori opisuju kao „psihološku ivicu“ u radnoj atmosferi, odnosno nivo stresa koji je prisutan među članovima u organizaciji. Nivo tenzije je određen međusobnim povjerenjem i poštovanjem članova organizacije, kredibilitetom lidera, etičkim i moralnim principima, brojem sukoba i konflikata, kao i sistemom odgovornosti, nagrađivanja i sankcionisanja. Visoka tenzija obično znači nizak nivo povjerenja, veliki broj konflikata, nepravedan sistem nagrađivanja, nizak nivo povjerenja članova tima u lidera i sl. Ipak, treba naglasiti da nekada konflikti mogu biti pozitivni i uticati na veću energiju i posvećenost rješavanju problema. Spremnost za promjene mjeri se stepenom do kojeg su članovi organizacije raspoloženi da prihvate promjene (metoda rada, tržišta i sl.).

Shodno navedenom, kao četiri osnovna tipa organizacione klime izdvajaju se grupna klima, klima internih procesa, razvojna klima i klima racionalnih ciljeva:

1. Grupnu klimu karakteriše nizak nivo tenzija, ali i nizak nivo spremnosti za promjene. Organizacije sa ovom klimom percipiraju se kao mirna mjesta. Zaposlenima je prijatno i lijepo, a sukobi praktično ne postoje. Pripadnost organizaciji je izražena. Stepem povjerenja je visok, kao i kredibilitet lidera. Ovakva klima može biti stresna za lidera, koji može naići na probleme prilikom iniciranja promjena;
2. Interno-procesna klima određena je visokim nivoom tenzije i niskom spremnošću za promjene. Kod ovakve organizacione klime zaposleni su obično razočarani, umorni i nezadovoljni. Atmosfera nije prijatna za rad, broj konflikata je veliki, a motivacija članova tima je niska;
3. Razvojna klima ima nizak nivo tenzija, ali visok nivo spremnosti za promjene. Ova vrsta organizacione klime je u odnosu na atmosferu unutar organizacije slična grupnoj klimi. Članovi tima su motivisani, vjeruju jedni drugima i osjećaju se prijatno.

Fokusirana je na rast i razvoj članova tima, i posljedično, rast i razvoj organizacije. Članovi tima su fleksibilni, optimistični, zadovoljni i sa entuzijazmom prihvataju promjene;

- 4. Klima racionalnih ciljeva ima visok stepen tenzija, kao i visok stepen spremnosti za promjene. Članovi tima su motivisani za promjene. Napetost je visoka, ali ne do nivoa da ugrožava performanse organizacije. Cilj je zadržati kvalifikovane i vrijedne članove tima, ali ne i brinuti ukoliko oni na nižim hijerarhijskim nivoima nijesu zadovoljni i odluče da napuste organizaciju.

Bez obzira na to o kojoj organizaciji se radi, organizaciona klima bitno utiče na njene performanse, kako iz ugla efikasnosti tako i sa aspekta efektivnosti. I u ovom domenu neophodno je u kontinuitetu analizirati usklađenost tipa organizacione klime sa ostalim determinantama organizacionog dizajna.

1.2.4.

Strukturne komponente

- U ovom dijelu rada biće predstavljene tri osnovne komponente pomoću kojih se bliže može odrediti organizaciona struktura, i to (Pertusa-Ortega, Zaragoza-Sáez & Claver-Cortés, 2010): formalizacija, centralizacija i kompleksnost.

1.2.4.1.

Formalizacija

- Formalizacija podrazumijeva organizaciona pravila, politike i formalne procedure koje omogućavaju da ljudi i sektori koji obavljaju različite zadatke adekvatno koordiniraju svoje aktivnosti. Mišljenja autora u vezi sa uticajem formalizacije na stvaranje znanja su podijeljena. Jedni tvrde da pretjerane formalnosti otežavaju i umanjuju primjenu menadžmenta znanja (López, Peón & Ordás, 2006), dok ima i istaživanja koja pokazuju da je formalizacija pretpostavka stvaranja i primjene znanja (Kern, 2006). Treba razlikovati rutinu od formalizacije. Rutine podrazumijevaju implicitno znanje, dok formalizacija podrazumijeva eksplicitno i kodifikovano znanje (Reynaud, 2005). I rutine i formalizacija mogu biti antiteza fleksibilnosti sistema (Pertusa-Ortega, Zaragoza-Sáez & Claver-Cortés, 2010). Pretjerana formalizacija,

koja se manifestuje kroz višak pravila i propisa, često čini organizaciju tromom i negativno utiče na motivaciju zaposlenih. Ipak, bez adekvatno formalizovane organizacione strukture, napore članova u pravcu realizacije postavljenih ciljeva mogu biti neefikasni. Formalizacija treba da omogući kodifikaciju najboljih praksi (kako bi se tako stečena praktična znanja mogla koristiti u budućnosti), umanjiti neizvjesnost i dvosmislenost u funkcionisanju organizacije, i stvoriti režim rada koji će poboljšati poslovne performanse, slijedeći odgovarajuće standarde kvaliteta.

1.2.4.2. Centralizacija

Centralizacija se objašnjava kao stepen do kojeg su autoritet i pravo donošenja odluka koncentrisani u vrhu organizacije (Lojpur & Kuljak, 2005), dok decentralizacija podrazumijeva (ras)podjelu autoriteta članovima tima na različitim (nižim) organizacionim nivoima. Samim tim decentralizacija uključuje veći broj članova u proces strateškog planiranja, doprinosi većem stvaranju znanja (jer je prirodno da će veći broj uključenih rezultirati većim brojem ideja). Autonomija pojedinca, koju obezbjeđuje decentralizacija, podstiče članove organizacije na stvaranje i primjenu novih znanja (Nonaka, Toyama & Konno, 2000; Pertusa-Ortega, Zaragoza-Sáez & Claver-Cortés, 2010). Sa druge strane, centralizacija može negativno da utiče na interpersonalnu komunikaciju i kvalitet odnosa u organizaciji, samim tim i na razvoj novih ideja i znanja. Kao nedostaci centralizovanog sistema odlučivanja navode se: slabija motivacija članova tima, preopterećenost rukovodilaca, nemogućnost brzog reagovanja, dok su prednosti to što je sistem kontrole jednostavan, nekada je ekonomičnija od decentralizacije, konflikti su rijetki i dr. Savremeni uslovi poslovanja, koje karakterišu stalne promjene, podrazumijevaju dominantno korišćenje mrežnih struktura i decentralizovanih sistema (Certo, S. C. & Certo, S. T., 2011), dok centralizovani sistemi mogu funkcionisati u stabilnom okruženju.

1.2.4.3. Kompleksnost

Kompleksnost (ili složenost) kao strukturna komponenta odnosi se na stepen diferencijacije unutar organizacije. Pod diferencijacijom se podrazumijevaju tri tipa, i to: horizontalna, vertikalna i prostorna diferencijacija. Pod horizontalnom diferencijacijom podrazumijeva se broj različitih pozicija na istom nivou organizacije. Odnosno, horizontalna

diferencijacija znači stepen specijalizacije unutar organizacije. Vertikalna diferencijacija odnosi se na broj hijerarhijskih nivoa u organizaciji, dok se pod prostornom diferencijacijom podrazumijeva geografska disperzija organizacionih jedinica.

Horizontalna diferencijacija smatra se značajnijom za stvaranje znanja nego vertikalna i prostorna diferencijacija (Damanpour & Schneider, 2006). Ovo iz razloga što specijalizacija omogućava veću posvećenost konkretnom zadatku, veći stepen efikasnosti (Mintzberg, 1980), dubinsko istraživanje konkretnog problema i usavršavanje obavljanja zadatka.

Organizaciona kompleksnost doprinosi razvoju menadžmenta znanja. Visok nivo složenosti podrazumijeva visok stepen specijalizacije, samim tim i heterogenost znanja. No, potrebno je voditi računa o tome da, bez obzira na složenost organizacije, ne izostane komunikacija između članova, koja je temelj za kreiranje, razmjenu i primjenu menadžmenta znanja.

1.2.5.

Organizaciona struktura

• Organizaciona struktura se može definisati kao sistem veza i odnosa između elemenata u organizaciji, projektovan na duže vrijeme (Lojpur & Kuljak, 2005), iskazan organizacionom šemom, a formalnopravno uobličen aktima organizacije. Organizacionom strukturom definiše se raspored pojedinačnih zadataka, autoriteta i odgovornosti članova kolektiva u svrhu ostvarenja organizacionih ciljeva.

Postoje dva osnovna tipa organizacione strukture – formalna i neformalna. Formalna organizaciona struktura je unaprijed (planski) determinisana aktima organizacije i nefleksibilna, dok neformalna obuhvata sve odnose i vrste komunikacije između članova organizacije, nezavisno od hijerarhijskog nivoa i aktima determinisanog toka informacija, a nastaje sa ciljem da nadomjesti krutost i neelastičnost formalne organizacione strukture.

Organizaciona struktura slijedi strategiju (Chandler, 1962). Dakle, svaka promjena strategije, sljedstveno, podrazumijeva i promjenu organizacione strukture (Pertusa-Ortega, López-Gamero, Pereira-Moliner, Tarí & Molina-Azorín, 2018). Međutim, organizaciona struktura nije samo instrument strategije, već predstavlja i svojevrсни okvir za donošenje i primjenu novih strategija rasta i razvoja organizacije (Ivanović, 2007).

U odnosu na raspored strukturnih komponenti, organizaciona struktura se može podijeliti na mehaničku i organsku. Mehaničku strukturu odlikuje visok stepen centralizacije, formalizacije i standardizacije. Hijerarhija je veoma važna u svrhu jednostavnije koordinacije. Zbog nabrojanih osobina, često se naziva i klasičnom ili birokratskom strukturom. Organsku strukturu karakteriše visok stepen fleksibilnosti, kao i nizak stepen centralizacije, formalizacije i standardizacije. Takođe, u okviru organske strukture izražena je saradnja između članova tima, komunikacija je često neformalnog tipa, dok je odlučivanje decentralizovano. Često se u literaturi naziva i preduzetničkom ili biheviorističkom. U stabilnom okruženju preporučuje se mehanička organizaciona struktura, dok uslovima neizvjesnosti i dinamičnog okruženja bolje odgovara organska organizaciona struktura.

Mincbergova tipologija (Mintzberg, 1980) uključuje pet osnovnih modela organizacione konfiguracije, i to: jednostavna (preduzetnička), mašinska (birokratska), profesionalna, divizionna i adhokratska (inovativna). Jednostavna strukturna konfiguracija oslanja se na visoku centralizaciju i lidera (top-menadžment), koji direktno nadzire ostale članove organizacije. Formalizacija je niska, a komunikacija pretežno neformalna. Najčešće je prisutna u manjim (i/ili tek osnovanim) organizacijama. Poželjna je u dinamičnom okruženju i u situaciji velikih kriza. Mašinska organizaciona konfiguracija dominantno se oslanja na visoku specijalizaciju i formalizaciju. Horizontalna decentralizacija je ograničena, a autoritet je koncentrisan na vrhu organizacione piramide. Može dati dobre rezultate u stabilnom okruženju, u većim (i/ili starijim) organizacijama koje karakteriše masovna proizvodnja. U novije vrijeme sve češće se mašinska organizacija supstituiše adhokratskom (inovativnom) organizacijom. Profesionalna konfiguracija organizacije oslanja se na stručnost članova tima, standardizaciju vještina, visoku specijalizaciju, minimalnu formalizaciju i veliku autonomiju članova tima. Izražena je i vertikalna i horizontalna decentralizacija. Karakteristična je za složena ali stabilna okruženja. Profesionalna konfiguracija organizacije tipična je za sektore zdravstva i obrazovanja (Šunje, 2003). Divizionni model podrazumijeva delegiranje autoriteta organizacionim jedinicama u srednjoj liniji (ograničena vertikalna decentralizacija) u svrhu standardizacije rezultata i razvijanja odgovarajućeg sistema kontrole organizacionih performansi. Karakterističan je za velike (i/ili zrele) organizacije koje djeluju na različitim tržištima. Adhokratska (inovativna) organizaciona konfiguracija podrazumijeva specijalizaciju posla, nizak nivo formalizacije, uključivanje svih

članova i podsticanje kontinuiranog učenja. Inovacija predstavlja ključni izvor konkurentske prednosti u ovom tipu organizacione konfiguracije. Samim tim, pošto svaka inovacija potiče od kreativnosti samih članova tima, ljudski faktor je izrazito značajan u ovom tipu konfiguracije.

Kao bitan aspekt organizacione strukture javlja se raspon kontrole, odnosno broj podređenih kojima jedan menadžer može upravljati. Što je raspon kontrole veći, to horizontalna diferencijacija može biti veća, dok uži raspon kontrole obično podrazumijeva veću vertikalnu diferencijaciju, odnosno veći broj hijerarhijskih nivoa.

Dvije su osnovne dimenzije u odnosu na koje se može izvršiti klasifikacija modela organizacione strukture, i to tržišna orijentacija i funkcionalna specijalizacija. Tržišna orijentacija znači eksterni fokus organizacije. Na primjer, kada se određene organizacione jedinice vežu za konkretan proizvod ili uslugu, odnosno konkretno tržište. Funkcionalna specijalizacija ukazuje na nivo podjele rada, odnosno grupisanje specijalizovanih aktivnosti organizacije u posebne organizacione jedinice. Na primjer, kada su organizacione jedinice u preduzeću marketing, finansije, proizvodnja i sl., tada je riječ o internoj orijentaciji organizacije.

Dvije navedene dimenzije posmatranja organizacione konfiguracije određuju četiri bazična modela organizacione strukture, i to: jednostavni, funkcionalni, divizion i matrični model. Bitno je napomenuti da svaki od osnovnih modela organizacione strukture može biti međusobno kombinovan sa ostalim tipovima, u zavisnosti od ostalih faktora organizacionog dizajna. U praksi su najčešće i prisutni mješoviti modeli, zasnovani na kombinaciji navedenih osnovnih modela. Ono što karakteriše svaki od navedena četiri bazična modela organizacione strukture je sljedeće (Burton, Obel & Hakonsson, 2015):

1. Jednostavni model – nizak nivo tržišne orijentacije i nizak nivo funkcionalne specijalizacije. Ovaj model karakterističan je za male organizacije, koje se sastoje od vlasnika (menadžera) i nekoliko zaposlenih. Specijalizacija je vrlo niska, a samim tim i efikasnost. S obzirom na to da sve odluke donosi vlasnik (menadžer), često biva preopterećen i u nemogućnosti da na pravi način odgovori svim izazovima efikasnosti i efektivnosti;
2. Funkcionalni model – nizak nivo tržišne orijentacije i visok nivo funkcionalne specijalizacije. U ovom modelu organizacije aktivnosti su grupisane kroz zasebne

organizacione jedinice. Svaka organizaciona jedinica ima svog rukovodioca. Korišćenjem prednosti specijalizacije postiže se visoka efikasnost. Ono što se može javiti kao problem jesu manja fleksibilnost i mogućnost nastanka konflikata između različitih funkcionalnih djelova organizacije. Zahtijeva se kvalitetna koordinacija između organizacionih jedinica zasnovana na kontinuiranoj komunikaciji u svrhu kvalitetnijeg donošenja odluka;

3. Divizioni model – visok nivo tržišne orijentacije i nizak nivo funkcionalne specijalizacije. U okviru ovog modela organizacione strukture formiraju se posebne organizacione jedinice (divizije) ili, kako se u literaturi često nazivaju, „strateške poslovne jedinice“, i to sa fokusom na konkretan proizvod, konkretnog kupca ili određeno tržište. Samim tim, orijentacija je eksternog tipa (efektivnost). Cilj ovog modela je kreirati divizije sa minimalnom međuzavisnošću. Iz tog razloga, autonomija organizacionih jedinica je veća – omogućeno je samostalno donošenje odluka na nivou divizija u svrhu prilagođavanja tržišnim zahtjevima. Ovaj model je fleksibilniji od funkcionalnog, međutim, problem kod ovog modela je efikasnost. Često se ne može izbjeći paralelno formiranje istih funkcionalnih cjelina u okviru iste organizacije, što znatno povećava troškove;
4. Matrični model – visok nivo tržišne orijentacije i visok nivo funkcionalne specijalizacije. Matrična organizaciona struktura u fokusu ima istovremeno postizanje organizacione efikasnosti i efektivnosti. Osmišljena je na način da iskoristi prednosti funkcionalnog i divizionog modela. Matrični model može imati dvije ili više dimenzija (npr. trodimenzionalne matrice obuhvataju funkciju, proizvod i državu ili kontinent gdje se proizvodi prodaju). Konkretno, jedan zaposleni može biti pozicioniran u odjeljenju za računovodstvo (funkcija). U okviru tog odjeljenja obavlja administrativne poslove iz svoje oblasti na nivou kompletne organizacije, a paralelno je uključen (delegiran) u tim koji se bavi razvojem konkretnog proizvoda za određeno tržište. Ovakav model organizacione strukture preporučuje se u složenom i dinamičnom okruženju. Karakterističan je za velike sisteme. Izražena horizontalna i vertikalna diferencijacija čine proces komunikacije složenim, te se od menadžmenta zahtijeva visok stepen posvećenosti u smislu usklađivanja kompletne organizacije i njenih elemenata formiranih po ovom modelu.

U literaturi su prisutne i brojne druge forme organizacionih struktura. Međutim, svaka od njih se na određeni način oslanja na četiri navedena modela i predstavlja njihovu kombinaciju. Barton, Obel i Hakonson (2015) kategorizaciju vrše i na osnovu geografske lokacije organizacije. Navode da se organizacija može locirati blizu resursima koji im omogućavaju najveći stepen efikasnosti ili blizu tržištu gdje će plasirati najviše proizvoda. Sa druge strane, članovi organizacije mogu biti locirani na jednom mjestu ili dislocirani u odnosu na različita tržišta koja organizacija namjerava penetrirati. Isti autori navode i specifičnosti u organizacionom dizajnu u odnosu na samostalnost preduzeća, mjerenu brojem formalnih i neformalnih ugovora (npr. za prostor, opremu, sirovine i materijale, angažman ljudi itd.). Svaka konkretna situacija zahtijeva kontigencijski pristup.

Globalno poslovno okruženje, koje karakterišu brze i iznenadne promjene u svim segmentima društva, zahtijeva organski pristup dizajniranju organizacije, sa niskom formalizacijom i centralizacijom, a visokom međuzavisnošću, koordinacijom i integracijom različitih djelova sistema. U tom smislu stvaranje međusobnog povjerenja i poštovanja, koje rezultira motivacijom članova organizacije i sinergijskim efektima, temeljna je pretpostavka kvaliteta organizacione strukture (Miles, R. E., Miles, G. & Snow, 2005; Snow, 2015; Grah, 2016). Potrebno je kreirati strukturu koja omogućava fleksibilnost organizaciji u domenu mogućnosti sklapanja strateških partnerstava zasnovanih na mrežnom poslovnom povezivanju i zajedničkim interesima. Prilikom kreiranja organizacionog dizajna neophodno je voditi računa o aspektima povjerenja, poštovanja i motivacije, ne samo na nivou organizacije (između članova) već i između organizacija (kako onih koje su međusobno povezane i nalaze se u istom proizvodno-prometnom lancu tako i između konkurenata). Komunikacija, motivacija, saradnja i dijeljenje znanja sve više dobijaju na značaju (Anand & Daft, 2007; Dimovski, Penger, Škerlavaj & Žnidaršić, 2005; Eklof & Ahlborg, 2016), te organizaciona struktura treba da bude podržavajuća prema ovim bitnim determinantama menadžmenta znanja, nasuprot tradicionalnim hijerarhijskim pristupima.

1.2.6. Multikontigencijski pristup projektovanju organizacije

- Osnovni princip pri dizajniranju organizacije jeste da organizaciona struktura treba da slijedi funkciju, tj. da omogući efikasno ostvarivanje ciljeva. Proces dizajniranja organiza-

cije bio bi jednostavan kada bi organizacije bile izolovani sistemi i u slučaju da je okruženje u kojem djeluju stabilno. Ipak, realnost je drugačija, zbog čega je organizacioni dizajn veoma kompleksno i sve aktuelnije područje kako za teoretičare tako i za praktičare. Osnovni zadatak organizacionog dizajna sastoji se u stvaranju pretpostavki za ostvarivanje strateških ciljeva, na temelju delegiranja zadataka članovima organizacije, kroz usklađivanje elemenata organizacije. Najčešće, elementi koji se razmatraju u procesu organizacionog dizajniranja su (Hinrichs, 2009): 1) ljudi – članovi organizacije i njihov razvoj, 2) procesi – koji omogućavaju stvaranje vrijednosti, 3) sistemi – informacije, znanja, komunikacija, finansiranje i kontrola, 4) struktura – način konfigurisanja organizacionih elemenata i veza između njih i 5) kultura – zajedničke vrijednosti na bazi kojih se vrši unutrašnja integracija članova, kao i suočavanje sa okruženjem. Nasuprot mehaničkom modelu organizacije, čije su karakteristike visok stepen centralizacije, hijerarhija, stabilnost i težnja ka efikasnosti, u današnjim uslovima poslovanja organski pristup modelu organizacije postaje dominantan. Njega karakterišu adaptacija na dinamičnost okruženja i intenzitet promjena u njemu, proaktivan pristup i decentralizacija. Važno je razumjeti da stabilnost i promjene, konkurencija i saradnja, te individualno i kolektivno – nijesu apsolutno suprotne i međusobno isključujuće tendencije (Hinrichs, 2009). Upravo organski pristup modeliranju organizacione strukture insistira na integraciji i eliminisanju dominantno percipiranog antagonizma između navedenih elemenata. To znači da se u turbulentnom okruženju, stabilnost na dugi rok može garantovati jedino u slučaju odgovarajućeg stepena fleksibilnosti, koji će značiti česte promjene. Zatim, iako je konkurencija sve izraženija, sve veća je i saradnja između konkurenata zasnovana na zajedničkim interesima (Bierbooms, Van Oers, Rijkers & Bongers, 2016) i mrežno poslovno povezivanje (Pouwels & Koster, 2017) zasnovano na specijalizaciji i dostizanju izvrsnosti u kvalitetu proizvedenih proizvoda ili pruženih usluga. Uz to, samo organizacija u kojoj se svaka individua osjeća zadovoljno i slobodno može računati na to da će imati i složan i jak kolektiv, koji će biti zasnovan na sinergiji, uz sve pozitivne posljedice koje ona generiše.

Multikontigencijski pristup u procesu organizacionog dizajna upućuje na potrebu adekvatne konfiguracije elemenata organizacionog dizajna u smislu njihove međusobne usklađenosti. Ovaj pristup je u skladu sa modelima organizacionog dizajna Levita (Leavitt, 1964) i Galbrajta (Galbraith, 1995). Tako se među osnovnim elementima organizacionog di-

zajna koje je potrebno uskladiti navode okolina, strategija i organizaciona struktura (Miles & Snow, 1978). Barton, Obel i Hakonson (Burton & Obel, 2002; Burton, Obel & Hakonsson, 2015) obogatili su ovaj pristup razvijajući multikontigencijski model, koji tretira veličinu organizacije, organizacionu klimu, stil menadžmenta, okruženje, tehnologiju i strategiju kao situacione dimenzije organizacionog dizajna i organizacionu strukturu, kompleksnost, formalizaciju i centralizaciju kao organizacione elemente, a sve sa svrhom stvaranja efikasne i efektivne organizacije. Dakle, važno je organizacione faktore uskladiti sa situacionim faktorima. Interna nekonzistentnost elemenata organizacionog dizajna identifikuje se na osnovu teorijskih i empirijskih dokaza o njenom značajnom negativnom uticaju na organizacione performanse. Na primjer, ako je cilj organizacije efikasnost, najbolja strategija za ostvarenje tog cilja je defanzivna, dok je najbolja struktura koja prati izabranu strategiju u ovom slučaju funkcionalna. Uz navedene elemente kompatibilan je stil liderstva sa slabim preferencijama za delegiranje i koji izbjegava neizvjesnost, dok je poželjna interno-procesna organizaciona klima. Sa druge strane, ukoliko je cilj efektivnost, onda je prospektivna strategija najbolji izbor, uz prateću divizionu strukturu. Razvojna organizaciona klima je najkompatibilnija uz dati set elemenata organizacionog dizajna, kao i stil liderstva koji ima izražene preferencije ka delegiranju i ne izbjegava neizvjesnost.⁷

Model multikontigencije zasnovan je na pravilima „ako–onda“, tj. na ustanovljavanju podobnosti i usaglašenosti elemenata organizacionog dizajna, kojim se determiniše kvalitet konfiguracije elemenata organizacionog dizajna i njihova interna konzistentnost. Neusaglašenost između dva ili više elemenata organizacionog dizajna utiče na lošije performanse organizacije, ali je ujedno i signal za promjene, odnosno utiče i na potrebu organizacione transformacije. Ono na čemu se ovim modelom insistira, jeste da promjena jedne varijable modela utiče na potrebu prilagođavanja ostalih, zbog čega je neophodno kontinuirano pratiti sve relevantne dimenzije organizacionog dizajna. Promjena ciljeva organizacije, uslovljena promjenama iz okruženja, rezultiraće promjenom strategije. Promijenjena strategija rezultiraće promjenom organizacione strukture. Nova organizaciona struktura promijenice organizacionu klimu i sistem motivacije, zahtijevaće novi stil liderstva. U tom smislu, menadžment preduzeća mora pažljivo analizirati svaku promjenu i vršiti

⁷ Detaljnije u: Burton, R. M., Obel, B. & Hakonsson D. D. (2015). *Organizational Design: A Step-By-Step Approach*. Cambridge University Press, Cambridge.

permanentno usklađivanje organizacionih elemenata u svrhu postizanja maksimalnih performansi organizacije.

1.3.

Odnos između teorijskih konstrukata istraživanja

U literaturi se mogu pronaći tri osnovna pristupa znanju. Prvi znanje definiše kao mehanizam za smanjenje neizvjesnosti (Galbraith, 1974; Bensaou & Venkatraman, 1995). Drugi znanje tretira kao resurs koji utiče na smanjenje transakcionih troškova prilikom donošenja odluka (Monteverde & Teece, 1982; Pisano, 1989; Subramani & Venkatraman, 2003). I treći znanju dodjeljuje status ključnog resursa za stvaranje konkurentske prednosti organizacije i njeno diferenciranje na tržištu (Nelson & Winter, 1982; Nonaka, 1994; Dierickx & Cool, 1989; Farjoun, 1994; Venkatraman & Tanriverdi, 2004; Ketchen & Bergh, 2004). U tom smislu, evolucija teorijskih pristupa znanju kao resursu organizacije nedvosmisleno ukazuje na njegovu vezu sa organizacionim dizajnom i modeliranjem organizacione strukture.

Iako organizaciona struktura sama po sebi ne garantuje postojanje učenja i razmjene znanja u organizaciji, pogrešan izbor organizacione strukture može ozbiljno ugroziti ove procese. Ovo iz razloga što organizaciono učenje zavisi od protoka informacija među članovima organizacije (Wang, Zeng, Arntzen, Kim & Liu, 2017), a algoritam toka informacija određen je upravo organizacionom strukturom. Takođe, kao pokretači organizacionog učenja navode se autonomija i fleksibilnost, odnosno veća decentralizacija i manja formalizacija (Kim, 1993; Hodge, Anthony & Gales, 2003; Espinosa & Lindahl, 2016).

Važna dimenzija upravljanja znanjem jeste mogućnost poboljšanja u okviru postojećih resursa organizacije. Gotovo u svakoj organizaciji mogu se pronaći latentne rezerve nedovoljno iskorišćenog znanja zaposlenih, čijom aktivacijom se postiže veći stepen efikasnosti organizacije. S obzirom na to da efikasno upravljanje znanjem ne zavisi samo od tehnologije već dominantno od ljudskih i menadžerskih resursa organizacije, to je važno uložiti napor u osnaživanje zaposlenih i njihov proaktivni i participativni pristup u stvaranju, razmjeni i korišćenju znanja. Zato je uspješno upravljanje znanjem utemeljeno na zdravoj viziji u kombinaciji sa odgovarajućom organizacionom kulturom koja obezbjeđuje i nagrađuje kreiranje, širenje i korišćenje organizacionog znanja (Dumitriu, 2016).

Organizacioni dizajn je jedan od faktora koji u velikoj mjeri utiče na kvalitet primjene menadžmenta znanja (Claver-Cortés, Zaragoza-Sáez & Pertusa-Ortega, 2007). Mogućnosti uštede i poboljšanja procesa su ogromne, što potvrđuje istraživanje među 1,200 velikih evropskih kompanija (Arevuo, 2002), od kojih je više od 70% poboljšalo svoje poslovne rezultate na bazi menadžmenta znanja.

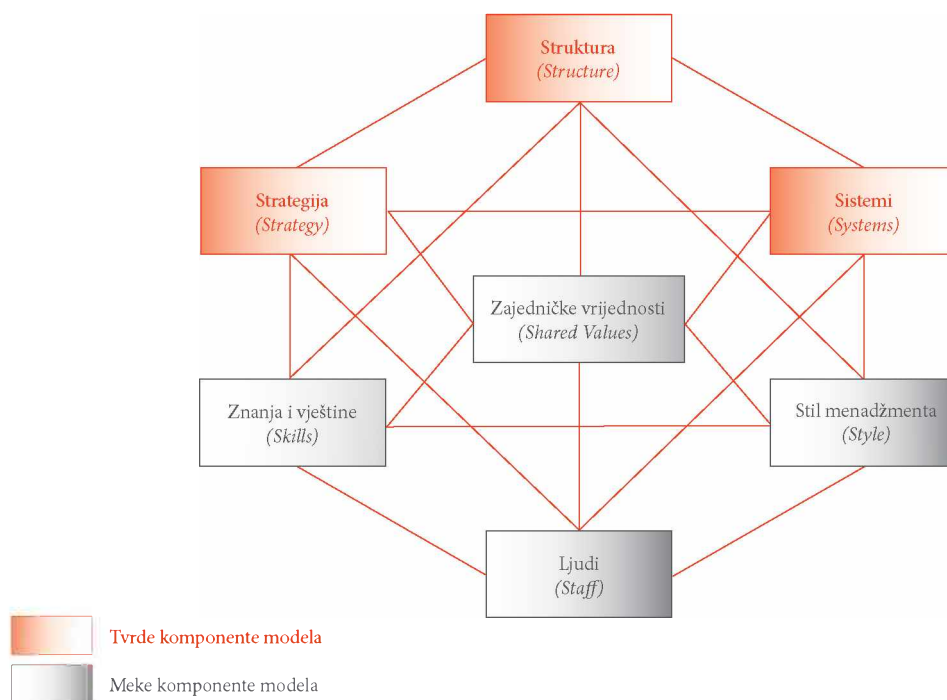
Organizacije su složene, dinamične, nelinearne, raznolike i žive sistemi, koji se ne razvijaju na stabilan i predvidiv način (De Toni, Biotto & Battistella, 2012). Namjesto tradicionalnih centralizovanih sistema upravljanja, savremeno poslovno okruženje zahtijeva osmišljavanje modela koji će omogućiti procese koji se pojavljuju odozdo prema gore. To je moguće postići većom upotrebom novih tehnologija, zasnovanim na umrežavanju, razmjeni informacija i kolektivnom rješavanju problema. Takođe, bitan aspekt poslovnih modela jeste osnaživanje organizacione fleksibilnosti i kreativnosti (Dimovski, Penger, Peterlin, Grah, Černe & Klepec, 2017) kao kritičnih faktora uspjeha u sve promjenljivijem okruženju.

Globalni izazovi savremenih organizacija mogu se svesti u tri kategorije: povećati kvalitet, smanjiti troškove i biti fleksibilan (Cegarra-Navarro, Soto-Acosta & Wensley, 2016). Svaki od ovih izazova bitno je determinisan organizacionom konfiguracijom kroz proces organizacionog dizajna.

Zdravstvene sisteme širom svijeta karakterišu slični problemi, poput problema sa kadrom, finansiranjem, dostupnošću zdravstvenih usluga, procesima privatizacije, korišćenjem informaciono-komunikacionih tehnologija, konstantnom potrebom unapređenja usluga i razvojem informacionog sistema (Almalki, Fitzgerald & Clark, 2011; Alsoulami, Banjar & Mahran, 2018).

Organizaciona kultura pored toga što odnose između članova organizacije čini kvalitetnijim, utiče i na izbor odgovarajućeg stila menadžmenta (Andish, Yousefipour, Shahsavari-pour & Ghorbanipour, 2013). Pored toga, organizaciona kultura utiče i na organizacionu strategiju i organizacionu strukturu (Alsoulami, Banjar & Mahran, 2018), a utvrđen je i njen pozitivan uticaj na upravljanje organizacionim promjenama (Al-Otaibi, 2014).

Uz sve navedeno, istraživanja su pokazala da su i finansijske performanse organizacije bitno determinisane kvalitetom organizacione kulture (Andish, Yousefipour, Shahsavari-pour & Ghorbanipour, 2013).



Slika br. 3 – Mekinzijev 7S model organizovanja

Izvor: Prilagođeno prema – Waterman, Peters & Phillips, 1980.

Mekinzijev 7S (*McKinsey 7S*) model organizovanja (slika br. 3) razvijen je još 1980. godine od strane rukovodilaca Mekinzi kompanije. Ovaj model ukazuje na to da organizaciona efektivnost zavisi od međusobnog odnosa sedam ključnih elemenata modela, i to strukture, strategije i sistema (kao tzv. tvrdih varijabli) i znanja i vještina, ljudi, stila menadžmenta i zajedničkih vrijednosti⁸ (kao tzv. mekih varijabli). U to vrijeme, jedna od osnovnih ideja modela bila je ukazivanje na značaj tzv. mekih varijabli, koje su bile u sjenci strategije, strukture i sistema. Model je našao široku primjenu na polju organizacionih promjena i organizacione transformacije. Temelj modela predstavljaju zajedničke vrijednosti, shvaćene kao segment organizacione kulture. U tom smislu, ovaj model dovodi u vezu različite komponente menadžmenta znanja i organizacionog dizajna i ukazuje na njihov međusobni odnos. Promjena jedne komponente modela zahtijeva usklađivanje ostalih elemenata, zbog čega organizacioni dizajn zahtijeva fleksibilnost i konstantnu rekonfiguraciju elemenata u skladu sa integrativnim teorijama menadžmenta, u koje ubrajamo kontingentnu i sistemsku teoriju menadžmenta (Mašić, Babić, Đorđević-Boljanović, Dobrijević & Veselinović, 2010). Na primjer, promjena nivoa znanja rezultira novom strategijom,

⁸ U radu „Structure is not organization“ kada je prvi put promovisan 7S model, zajedničke vrijednosti pojavljuju se kao „osnovni ciljevi“ (*Superordinate Goals*), da bi nekoliko godina kasnije, autori (Waterman, Peters & Phillips, 1980) ovu varijablu definisali kao zajedničke vrijednosti (*Shared Values*).

a promjena strategije zahtijeva promjenu organizacione strukture. Nova organizaciona struktura može tražiti novi broj ljudi. Različiti broj ljudi u organizaciji zahtijeva različiti stil menadžmenta, drugačije sisteme i procese, a sve ovo prožeto izgradnjom zajedničkih vrijednosti kao temeljne pretpostavke uspjeha. Menadžment uspješnih organizacija sve više pažnje poklanja sistemu vrijednosti unutar organizacije, uz težnju da u njegovom kreiranju učešće uzmu zaposleni na svim nivoima (Šunje, 2003). Stoga se podstiče interakcija i uključenost osoblja, što rezultira time da organizacioni sistem vrijednosti predstavlja zajedničke vrijednosti svih zaposlenih i obezbjeđuje vrijednosnu homogenost organizacije kao pretpostavku uspjeha i održivosti organizacije u dugom roku.

Da su zajedničke vrijednosti bitne ukazuje i Isak Adizeš. Naime, on poslovni uspjeh definiše funkcijom spoljašnje integracije i unutrašnje dezintegracije (Adizeš, 2015). Količnik ove dvije veličine (imenilac je unutrašnja dezintegracija, a brojilac spoljašnja integracija) rezultiraće predviđanjem poslovnog uspjeha organizacije, nezavisno od toga da li se radi o nivou pojedinca, organizacije ili privrede u cjelini. Spoljašnja integracija odnosi se prevashodno na marketing dimenziju organizacije, odnosno pristup zasnovan na praćenju promjena iz okruženja. Suština marketing koncepta je u odgovarajućem korišćenju sposobnosti organizacije u svrhu eksploatacije prilika koje se pojavljuju na tržištu. Drugim riječima, cilj je identifikovati i zadovoljiti potrebe klijenata. Unutrašnja dezintegracija predstavlja različite trzavice unutar preduzeća (nepovjerenje, nepoštovanje, konflikti, mržnja, sujeta i sl.). Unutrašnja dezintegracija mjeri „koliko u organizacionoj kulturi ima ili nema uzajamnog povjerenja i poštovanja“ (Adizeš, 2018). Adizeš objašnjava da svaki sistem ima nepromjenljivu količinu energije, a da se ta energija po pravilu uvijek usmjerava na internu dezintegraciju, da bi se samo višak energije nakon toga usmjerio ka eksternoj integraciji. Na ličnom primjeru to znači da čovjek koji zanemari zdravlje neće imati energije za bilo koji poslovni poduhvat, dok mu se zdravstveni bilten ne poboljša. Dakle, sva energije biće usmjerena na rješenje unutrašnje dezintegracije. Na primjeru organizacije to znači da pretjerana dezintegracija troši svu energiju organizacije kroz rješavanje unutrašnjih sukoba i konflikata (npr. sukob između menadžmenta organizacije i članova sindikata), na način da neće preostati ništa (ili hoće, ali vrlo malo) za klijente organizacije. Organizaciona kultura zasnovana na povjerenju i poštovanju, u kojoj se konflikti između članova tima mogu rješavati na konstruktivan način učiniće da se imenilac razlomka iz prethodno navedene formule uspjeha svede na najnižu

moću mjeru. To će za posljedicu imati s jedne strane činjenicu da će organizacija više vremena moći da se posveti klijentima i tržištu, a sa druge i matematički posmatrano poslovni uspjeh će biti veći usljed povećanja brojioca i/ili smanjenja imenioca. I pošto su promjene veoma učestale, a svaka nova promjena može dovesti do određene unutrašnje dezintegracije sistema, to se permanentno mora voditi računa o balansu sistema i usklađivanju elemenata organizacionog dizajna. Adižes u tom smislu pravi i zanimljivu paralelu između čovjeka i organizacije. Čovjek na raspolaganju ima 24 sata, i nužno jedan dio tog vremena mora da spava. Tokom odmora i sna, doživljava unutrašnju integraciju i unutrašnji mir, koji mu omogućava da bude spreman da se adekvatno usmjeri na prilike iz okruženja. Na isti način i organizacija treba unutrašnju harmoniju i mir. Menadžment organizacije u kontinuitetu mora nalaziti vrijeme koje će biti usmjereno na proces unutrašnje integracije članova i izgradnju organizacione kulture, koja zadovoljnog člana tima prepoznaje kao dugoročno kritičan faktor uspjeha u svakom poslu.

Posljednjih godina, učešće korisnika u procesu unapređenja zdravstvenih usluga postaje sve bitniji faktor konkurentnosti zdravstvenih organizacija (Philips, 2004). Veliki broj zdravstvenih organizacija različitim informaciono-komunikacionim rješenjima omogućava stvaranje virtuelnih zajednica korisnika zdravstvenih usluga (Nambisan & Nambisan, 2009; Zhao, Wang & Fan, 2015). Takav način u skladu je sa teorijskim konceptom menadžmenta znanja, zasnovanim na mrežnom povezivanju i sinergijskim efektima kreiranja znanja (Sawhney & Prandelli, 2000; Gohary & Hamzelu, 2016), kao i sa menadžment teorijom zainteresovanih strana (Reed, 1999). Primjena menadžment teorije zainteresovanih strana doprinosi održivosti sistema organizacije (Uribe, Ortiz-Marcos & Uruburu, 2018; Porter & Kramer, 2019), kroz dimenzioniranje organizacione strategije koja će spriječiti ili izbjeći rizik od neuspjeha (Azim, Gale, Lawlor-Wright, Kirkham, Khan & Alam, 2010; Muriana & Vizzini, 2017), a sve to na bazi proaktivnog menadžment pristupa. Ova teorija je utemeljena na prožimanju retoričkih vještina i emocionalne inteligencije kao osnovnih alata za upravljanje stakeholderima (De Carvalho & Rabechini, 2015). U tom smislu, kao nužna se nameće potreba primjene holističkog marketing pristupa u zdravstvenim organizacijama, koji između ostalog upućuje na neophodnost praćenja percepcije korisnika zdravstvenih usluga, ali i upravljanje tim percepcijama u svrhu kvalitetnog pozicioniranja na tržištu (Fields, 2007). Smanjivanje nezadovoljstva pacijenata i redukcija

uticaja negativnih kampanja („od usta do usta”) imaju direktan uticaj na finansijsku stabilnost i održivost zdravstvenih ustanova (Jandavath & Byram, 2016).

Pored toga, rezultat zdravstvene usluge bitno je uslovljen saradnjom lekara i pacijenta, zbog čega se u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga sve veća pažnja posvećuje ovom odnosu, izgradnji međusobnog povjerenja i aktivnoj ulozi pacijenta u procesu pružanja zdravstvene usluge (Peters, Löbner, Brodie, Breidbach, Hollebeek, Smith, Sörhammar & Varey, 2014; Ostrom, Parasuraman, Bowen, Patrício & Voss, 2015). Pacijenti su sve informisaniji posredstvom mrežnih tehnologija, što bitno mijenja sistem direktne interakcije između lekara i pacijenta (Osei-Frimpong, Wilson & Owusu-Frimpong, 2015), ali i traži dodatnu fleksibilnost pružaoca usluga u komunikaciji (Myllärniemi, Laihonon, Karppinen & Seppänen, 2012), kako bi se moglo doći do najpovoljnijeg rješenja zdravstvenog problema pacijenta. Paralelno sa većom informisanošću, koja je omogućena zahvaljujući internet tehnologijama, ljudi sve više reaktivni pristup supstituišu proaktivnim, tj. postaju zainteresovani za prevenciju bolesti i promociju zdravlja, umjesto pasivnog pristupa – liječenja nakon što nastupi bolest (Oh, Ghose, Chung, Ryu & Han, 2014). To nameće i viši nivo primjene menadžmenta znanja, koji će doprinijeti kvalitetu i kvantitetu interakcije (Gohary & Hamzeli, 2016), iz razloga što se usluge sve više posmataju kroz prizmu iskustva korisnika za vrijeme pružanja usluge (uključujući i period u kojem se djeluje preventivno), zasnovanog na direktnoj interakciji sa pružaocem usluge (McColl-Kennedy, Cheung & Ferrier, 2015), umjesto procjene kvaliteta usluge isključivo na osnovu ishoda liječenja.

Organizaciona kultura i organizaciona klima po novijim istraživanjima u bitnoj su korelaciji i sa samim zdravljem članova organizacije. Kada je očuvanje zdravlja u pitanju, najčešće se ističu tri faktora, i to: redovna fizička aktivnost, kvalitetna ishrana i odgovarajuće vrijeme za odmor. Bitan momenat koji je izostavljen u ovakvim pristupima jeste dimenzija kvaliteta socijalne interakcije, odnosno načina kako se pojedinci ponašaju jedni prema drugima (World Economic Forum, 2019).

Istraživanja pokazuju da ljubav, prijateljstvo, zajednica, životna svrha i okruženje mogu imati veći uticaj na zdravlje nego sve ono što se dešava u ljekarskoj ordinaciji. Korijeni ovih istraživanja datiraju iz 1978. godine, kada je doktor Robert Nerem izveo eksperiment čiji je cilj bio uspostavljanje veze između nivoa holesterola u krvi i zdravlja srca kod

zečeva. Eksperiment je, međutim, pokazao da je povezanost sa drugima skriveni faktor zdravlja. Utvrđeno je da ljubaznost bitno utiče na zdravlje. Novije studije dokazale su i da pozitivni odnosi umanjuju kortizol i stres, pozitivno utiču na krvni pritisak i jačaju imunološku funkciju.

Doktorka Harding sa univerziteta u Kolumbiji u svojoj studiji navodi da hronična usamljenost može biti jednako nezdrava kao i pušenje 15 cigareta dnevno ili konzumiranje velike količine alkohola, dok na primjer postojanje cilja koji motiviše ka postignuću pozitivno utiče na zdravstveni bilten (Harding, 2019 a). Empatija, ljubaznost i ljudska povezanost pozitivno utiču na zdravlje. Konkretno, odnosi unutar porodice, škole, komšiluka, na radnom mjestu i u široj zajednici bitan su faktor zdravlja pojedinca. Harding ističe da jeste važno imati dobrog ljekara, ali je jednako važno imati i dobrog menadžera, koji će unutar organizacije stvoriti odgovarajuću klimu povjerenja, uzajamnog poštovanja, ljubaznosti i sinergije (Harding, 2019 b).

Težnja u organizacionom dizajniranju jeste da se organizaciji obezbijede dualna svojstva, odnosno da bude istovremeno i stabilna i dinamična (O'Reilly & Tushman, 2004; Petković & Lukić, 2013), a što je bitno olakšano korišćenjem informaciono-komunikacionih tehnologija. Veliki broj strategija, poput diversifikacije, autorsoringa, umrežavanja i strateških partnerstava, ne bi bio moguć bez informaciono-komunikacionih tehnologija. Takođe, potvrđen je i uticaj mrežnih tehnologija na stil liderstva i ponašanje zaposlenih (Hedman & Kalling, 2002; Petković & Lukić, 2013). Eksplozija i revolucija podataka, zasnovana na internet tehnologijama u uslovima digitalne ekonomije, uslovlila je potrebu razvoja novih modela za efikasno skladištenje, manipulaciju i analizu podacima (Tisen, Andriesen & Depre, 2006). Zahvaljujući tzv. „Big Data“ modelima, koji omogućavaju obradu velike količine strukturiranih i nestrukturiranih podataka, danas je moguće predvidjeti društveno ponašanje i djelovati proaktivno. Ovi modeli imaju uključene sisteme brzog upravljanja i korišćenja, odnosno „sisteme biznis inteligencije i ekspertске sisteme snabdjevene najpametnijim modelima ekonomske nauke i teorije upravljanja i odlučivanja“ (Lazović & Đuričković, 2018). Nauka koja se bavi proučavanjem ljudskog ponašanja korišćenjem *Big Data* modela naziva se socijalna fizika. Za razliku od elementarnih čestica, jedinice analize u socijalnoj fizici jesu ljudi, koji su po svojoj prirodi složeni, jedinstveni i nepredvidivi.

Ipak, ljudsko ponašanje određeno je društvenim kontekstom jednako koliko i racionalnim razmišljanjem (Pentland, 2014). U tom smislu, socijalna fizika definiše se kao kvantitativna društvena nauka koja matematički determiniše veze između toka informacija među pojedincima (u realnom i virtuelnom svijetu) i ponašanja ljudi – potezi, produktivnost, kreativnost (Epstein, 2013; Pentland, 2014; Perc, 2019). Iz navedenog je jasno da menadžment znanja zasnovan na korišćenju najsofisticiranijih softverskih rješenja bitno determiniše i proces organizacionog dizajna.

2.

2. MODEL ISTRAŽIVANJA

○ Osnovni cilj nauke jeste stvaranje i/ili testiranje (provjera) teorija. Teorije se prihvataju u mjeri u kojoj su podržane empirijskim dokazima, dok u suprotnom obično bivaju supstituisane novim teorijama. Stoga svaki naučni poduhvat podrazumijeva postojanje modela istraživanja, koji upućuje na vezu između različitih varijabli, tj. opisuje kako su varijable povezane, dok teorija objašnjava i zašto su povezane. Iz teorije istraživač kreira istraživačka pitanja i hipoteze, koje su najčešće ništa drugo do logičke implikacije teorija (Leary, 2001). Stoga, način formulisanja hipoteza i istraživačkih pitanja, u smislu preciznosti i nedvosmislenosti, od velikog je značaja za kvalitet istraživanja (Underwood, 1957; Popper, 1959; Feyerabend, 1965).

Bitno je da istraživač od starta bude svjestan da zadatak nauke nije da dođe do apsolutnih istina, kao i toga da apsolutna objektivnost ne postoji (Hoover & Donovan, 2011). U tom smislu, za nauku se ne tvrdi da je istinita, već istinoidna (Ilić, 1996; Radonjić, 2013). Ona zapravo teži dolasku do najboljih ideja i objašnjenja koja pomažu boljem razumijevanju pojava u svijetu (Powell, 1962).

Da bi se neko istraživanje zvalo naučnim, potrebno je ispuniti tri kriterijuma (Stanovich, 1996):

1. *Sistematski empirizam*. Empirizam je gnoseološki pravac koji podrazumijeva dolazak do (sa)znanja na osnovu prakse i iskustva. Dakle, neophodno je posmatranje istraživnog slučaja. Pritom, treba znati da samo posmatranje ne čini neki proces naučnim. Karakteristično za naučno posmatranje i zaključivanje jeste da se ono ne zasniva na vjerovanjima, religioznim doktrinama, intuiciji, mašti ili pretpostavkama (Leary, 2001). Naučno istraživanje je zasnovano na istraživačkim pitanjima za koja se traže odgovori. Ono podrazumijeva sistematsko posmatranje i analizu zapazanja koja se strukturiraju u skladu sa odgovarajućim logičkim okvirom u svrhu dobijanja validnih zaključaka;
2. *Javna verifikacija*. Dva su osnovna razloga koja utiču na potrebu da naučno istraživanje bude javno verifikovano. Najprije, potrebno je da predmet istraživanja bude stvaran, na način da javnost može prepoznati i potvrditi značaj istraživanja. Zatim,

prezentacijom rezultata naučnog istraživanja, kao i samog postupka kojim se došlo do određenih rezultata, stvara se preduslov za dijalog sa naučnom zajednicom i drugim zainteresovanim stranama. Samim tim, lakše je identifikovati određene greške ukoliko postoje, jer drugi istraživači mogu ponoviti isti postupak u svrhu provjere dobijenih rezultata. Takođe, mogu na bazi prezentovane metodologije koja je javno dostupna proširiti datu oblast istraživanja i doprinijeti razvoju tog područja;

- 3. *Rješivost problema.* Ovo podrazumijeva činjenicu da postoje područja koja ne spadaju u domen naučnih. To ne mora značiti da ta pitanja nijesu bitna, ali znači da su još uvijek van domašaja nauke. Tačnije, nauka se bavi samo problemima u kojima je moguće primijeniti naučni metod i njegovim korišćenjem doći do rezultata.

Empirijski model ovog istraživanja građen je u skladu sa navedenim kriterijumima. Takođe, kroz ovaj empirijski model nastoji se, shodno osnovnim epistemološkim principima, doći do kombinacije saznanja o (Porter, 1913; Bengson & Moffett, 2011): 1. konceptu („znati da“), 2. operacijama („znati kako“) i 3. iskustvu („znati iz iskustva“).

U nastavku ovog poglavlja detaljno će biti predstavljen metodološki instrumentarij korišćen u istraživanju. U prvom dijelu, koji se tiče metodologije, analiziran je kvantitativni, kvalitativni i kombinovani istraživački metod. Nakon pregleda metoda, slijedi dio sa dizajnom istraživanja, u okviru kojeg je objašnjen proces izbora jedinica analize, kreiranja upitnika, pilot-testa, uzorkovanja i etička dimenzija istraživanja, ali i predstavljen istraživački protokol. Treći dio dimenzionira samu empirijsku izgradnju modela korišćenog u ovom istraživanju, dok su u posljednjem dijelu analizirani kriterijumi za evaluaciju i procjenu dobijenih rezultata.

2.1. Metodologija

- Metodologija istraživanja sastoji se od pretpostavki, pravila i metoda koje istraživači koriste da bi napravili određenu studiju, odnosno rad, otvoren za analizu, kritiku i/ili replikaciju (Given, 2008). Dakle, obuhvata akcije koje treba preduzeti i razloge za te akcije, u svrhu testiranja postojeće ili stvaranja nove teorije. Teorija najčešće nudi početne argumente za studiju, uokvirujući je u konceptualni model (Fisher, Buglear, Lowry, Mutch &

Tansley, 2010), i pruža smjernice za odgovarajuće metodološki utemeljeno prikupljanje i analizu podataka.

Dakle, metodologija istraživaču ukazuje na put kojim će doći do najobjektivnijih saznanja. Zavisno od dužine i vrste tog puta, metodologija podrazumijeva korišćenje odgovarajućih naučnih metoda kojim se on može najefikasnije preći, odnosno stići do rezultata istraživanja. Stoga je važno razlikovati termin naučna metodologija i naučni metod, ali i voditi računa o podudarnosti izabranog metoda i izabrane metodologije.

Istraživanje koje je predmet ove studije je metodološki prilično složeno, te ima karakter eksplorativnog (istraživačkog), deskriptivnog (opisnog) i eksplikativnog (objašnjavajućeg). S jedne strane akcenat je na utvrđivanju karakterističnih svojstava menadžmenta zdravstvenih institucija sa fokusom na kategorije menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, dok se sa druge strane daje objašnjenje kontekstualnih faktora i ekonomsko-pravnog ambijenta zdravstvenog sistema u Crnoj Gori. U konačnom, ovom studijom se nudi i eksplikacija uočenih pojava, uz nuđenje objašnjenja o vrstama i karakteru odnosa između različitih varijabli obuhvaćenih ovim istraživanjem.

U ovom dijelu rada biće objašnjen set metodoloških postupaka, izabranih u svrhu dobijanja odgovora na četiri osnovna istraživačka pitanja koja su predmet ove disertacije:

1. *Kako menadžment znanja i organizacioni dizajn mogu poboljšati kvalitet usluga zdravstvenih organizacija?;*
2. *Kakav je međusobni odnos menadžmenta znanja i organizacionog dizajna u cilju poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija?;*
3. *U kojoj mjeri je menadžment znanja zastupljen u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori?;*
4. *Koliko se u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori vodi računa o potrebi permanentnog internog i eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna i transformacije organizacije u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga?*

Izbor metodologije detaljnije opisane u nastavku, pored toga što daje odgovore na istraživačka pitanja, daje mogućnost i testiranja osnovnih hipoteza doktorskog rada:

- H1: *Veća zastupljenost i primjena menadžmenta znanja u organizaciji utiče na povećanje kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija;*
- H2: *Rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na internom i eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija.*

Davanje odgovora na istraživački problem podrazumijeva detaljno upoznavanje sa metodološkim i teorijskim konceptima predmetne materije i njihovo potpuno razumijevanje, ali i složen empirijski dio, koji zahtijeva prikupljanje i analizu podataka velikog obima.

U tom smislu, za potrebe ovog istraživanja izabran je kombinovani – kvantitativni i kvalitativni istraživački metod, koji uključuje mnoštvo metodoloških postupaka, detaljno obrađenih u nastavku.

2.1.1. Kvantitativni istraživački metod

○ Kvantitativna istraživanja najčešće podrazumijevaju korišćenje hipoteza i kvantitativnih istraživačkih pitanja, a ponekad i specifične ciljeve, oblikovane za kvalitetnije fokusiranje problema istraživanja. Ovaj oblik istraživanja bavi se odnosom između varijabli. Nerijetko se koristi u društvenim naukama, a sprovodi se anketiranjem. Hipoteze jesu predviđanja istraživača o očekivanim odnosima između posmatranih varijabli, koje se mogu numerički izraziti na osnovu prikupljenih podataka, korišćenjem odgovarajućih statističkih i/ili ekonometrijskih postupaka. One se često formulišu u formalnim istraživačkim projektima, poput doktorskih disertacija, radi preciznijeg usmjeravanja. Međutim, češće se srijeću u kvantitativnim disciplinama, poput finansija, gdje se npr. ocjenjuje isplativost određene investicije, dok se u oblastima poput zdravstva rjeđe javljaju (Creswell, 2009).

Preporučuje se da se koriste ili kvantitativna istraživačka pitanja ili hipoteze, sem u izuzetnim slučajevima, kada je dozvoljeno korišćenje i jednih i drugih paralelno, na način da se hipoteze naslanjaju na istraživačko pitanje i služe odgovarajućem usmjeravanju istraživanja na specifični problem studije.

U nastavku će u okviru ovog dijela biti objašnjen značaj upitnika za kvantitativno istraživanje, kao i posebna grana matematike – statistika, uključujući i domen deskriptivne i

inferencijalne statistike. Za razliku od deskriptivne statistike, koja nam omogućava da okarakterišemo i opišemo podatke (Bordens & Abbott, 2011), inferencijalna statistika (statistika zaključivanja) nam omogućava da rezultate sa nivoa uzorka uopštimo na nivo populacije.

2.1.1.1. Upitnici

○ Percepcija, ili kako se u literaturi često naziva „socijalna spoznaja“, odnosi se na ispitaničeve misaone procese o samom sebi, drugim ljudima i društvenim situacijama koje ga okružuju. Ona uključuje načine kako ljudi prikupljaju, organizuju i tumače informacije, a blisko je povezana sa temom stavova i vjerovanja (Kunda, 1999). Percepcija je obično prilično tačna i realna slika stanja. Ipak, treba biti svjestan da čovjek u odnosu na određenu temu može gajiti iluziju, odnosno biti u zabludi. Zato socijalnu percepciju može da karakteriše i subjektivnost i nepouzdanost (Kahneman & Tversky, 1979; Oskamp & Schultz, 2005).

Ipak, istraživanja pokazuju da je društvena percepcija prilično pouzdana slika stanja, te da ljudi teže da konstruišu značenje njihovog okruženja dovoljno kvalitetno za efikasno djelovanje (Fiske, 1993).

Upitnik koji mjeri percepciju ispitanika najčešće se distribuira na dva načina: direktno – terensko istraživanje, „lice u lice“, ili posredno, telefonskim pozivom, poštom ili imejlom. Najveće stope odgovora bilježe se putem terenskog istraživanja, zatim putem dobijanja odgovora telefonskim pozivom, dok je najmanja stopa odgovora putem pošte i imejla (Bethlehem, 2009; Brick & Montaquila, 2009). Prikupljanje podataka putem upitnika za potrebe ove doktorske teze obavljeno je direktnim terenskim istraživanjem, „lice u lice“, koje je ujedno i najsloženiji i najzahtjevniji oblik prikupljanja podataka.

Mjerenje varijabli putem upitnika može se vršiti pomoću četiri skale mjerenja, i to: nominalne, ordinalne, intervalne i skale odnosa (Stevens, 1946). Nominalna skala služi za mjerenje atributivnih pojava, koje klasifikujemo tako što svakom atributu dodijelimo broj koji se koristi radi lakše evidencije i obrade podataka (npr. pol – 1 = muški; 2 = ženski). Stoga se varijable mjerene ovom skalom često nazivaju i kategorijske. Za razliku od nominalne skale, kod koje nema rangiranja, ordinalne skale rangiraju različite opcije, ali bez poznate razlike između ponuđenih opcija (npr. Likertova skala od pet nivoa – poznato je

rangiranje opcija, zna se koja je opcija preferiranija, ali nijesu poznate, niti su iste razlike između ponuđenih mogućnosti). Intervalna skala je uvijek numeričkog tipa, a osim rangiranja, u ovom slučaju postoji i ekvidistanca, tj. poznate su i razlike između svake dvije susjedne vrijednosti (npr. kod broja bodova na testu, razlika između 50 i 60 osvojenih bodova je ista kao i razlika između 70 i 80 bodova). Skala odnosa (u literaturi prisutna i kao „ratio-skala“) pored rangiranja i apsolutnih razlika između ponuđenih opcija pruža informaciju i o relativnim razlikama među različitim opcijama (npr. godine starosti – za osobu od 22 godine, može se reći da je duplo mlađa od osobe sa 44 godine). Zavisno od skale koja se koristi, primjenjuju se i odgovarajuće statističke i ekonometrijske tehnike.

2.1.1.2.

Deskriptivno istraživanje

○ Deskriptivno istraživanje se bavi ponašanjem, mišljenjima ili stavovima određene grupe ispitanika. U ovoj vrsti istraživanja ne ulaže se veliki napor za razumijevanje uzroka datog ponašanja, već se samo opisuju karakteristike ili ponašanje date populacije. Iako je najjednostavnije, često predstavlja osnovu za sva dalja istraživanja (Leary, 2001). Ankete su najčešći vid primjene deskriptivnog istraživanja. Tumačenjem podataka deskriptivnog istraživanja može se na kvalitetan način ukazati na teme i probleme ka kojima je potrebno usmjeriti pažnju, odnosno može se doći do zanimljivih početnih hipoteza za istraživanje.

Tri su osnovna zahtjeva pri upotrebi deskriptivne statistike: tačnost, konciznost i razumljivost. Svaka interpretacija podataka mora na odgovarajući način da sublimira analizirane podatke, pri čemu se u tom procesu javlja konflikt između tačnosti i konciznosti. Najtačniji opis obično je i najmanje upotrebljiv, jer ima previše informacija koje mogu čitaoca odvući od suštine. Sa druge strane, težnja za konciznošću u izražavanju ne bi smjela da zanemari neke bitne dimenzije interpretacije koje bi mogle ugroziti tačnost. Fokus mora biti na onim podacima koji najjasnije opisuju istraživani fenomen. Nakon što se izvrši selekcija najbitnijih podataka, veoma je važno i to da podaci budu predstavljeni na najjednostavniji način, u svrhu njihovog lakšeg razumijevanja i korišćenja.

2.1.1.3. Mjere pouzdanosti

○ Pouzdanost rezultata definiše se kao stepen u kojem su rezultati u određenom uzorku oslobođeni slučajnih grešaka mjerenja. Preciznije, mjere pouzdanosti ocjenjuju da li bi ispitanik dao isti odgovor na pitanje o nekoj varijabli ukoliko bi više puta odgovarao na isto pitanje. S obzirom na čestu nemogućnost višestrukog ispitivanja istog ispitanika o istoj stvari, usljed ograničenog vremena, budžeta i pažnje ispitanika, razvijeni su i alternativni metodi mjerenja pouzdanosti (Cronbach & Meehl, 1955). Jedan od testova procjene pouzdanosti i valjanosti mjernih instrumenata može se vršiti putem izračunavanja Kronbahovog alfa koeficijenta (*Cronbach Alpha*), koji je i najčešće korišćena mjera pouzdanosti (Kline, 2011). Ovaj koeficijent pouzdanosti mjeri internu konzistentnost skupa pitanja ili stavova koji čine određenu mjeru u upitniku (Cronbach, 1951; Mitchell & Jolley, 2010). Interna konzistentnost analizira da li svi stavovi koji determinišu određenu varijablu variraju u istom smjeru i da li imaju isti statistički značaj korelacije sa ostalim. Vrijednosti koeficijenta mogu varirati od 0 do 1, te je u tom smislu prilično jednostavan za tumačenje. Što je koeficijent bliži jedinici, to se mjerni instrument uzima za pouzdaniji, dok se rezultat koeficijenta oko 0.9 smatra izvrsnim (Kline, 1998). Sa druge strane, ukoliko bi koeficijent bio blizu nuli, to bi značilo da su ocjene kojima se upitnikom nešto želi mjeriti poput slučajnih brojeva, pri čemu slučajni brojevi ništa ne mjere. Zato se, na osnovu pilot-testa, iz upitnika isključuju pitanja koja uzimaju niže vrijednosti Kronbahovog alfa koeficijenta, zbog malog nivoa pouzdanosti.

Postoje tri načina da se testira valjanost mjera iz upitnika, tj. da se procijeni da li mjera mjeri ono što treba da mjeri:

1. Valjanost konstrukta⁹ – ukoliko nekoliko pitanja determinišu istu varijablu, ili mjere slične karakteristike određenog konstrukta, očekivano je da postoji pozitivna korelacija između dobijenih odgovora na ta pitanja;
2. Prediktivna valjanost – ukoliko se na osnovu mjerenja jedne varijable iz upitnika, ili iz odgovora na jedno pitanje, može adekvatno procijeniti neko buduće ponašanje ili odgovor ispitanika;

⁹ Konstrukt podrazumijeva određeni teorijski pojam koji je determinisan varijablama kao mjerljivim domenom konstrukta.

- 3. Diskriminatorna valjanost – ukoliko se ispituju različite grupe ispitanika za koje je logično, iz objektivnih razloga, očekivati da će dati suprotne odgovore u odnosu na ono što se mjeri, očekuje se da će i odgovori biti različiti za te dvije ciljne grupe.

Navedeni načini u osnovi se zasnivaju na logičkom zaključivanju i logičkim testovima u skladu sa datim teorijskim i iskustvenim nalazima. Ipak, istraživač uvijek mora imati na umu i činjenicu da sve što je logično ne mora biti i tačno, te u tom smislu treba uvijek imati širine i slobode za nova saznanja, nove relacije i uglove posmatranja istraživanog fenomena. Međutim, svako odstupanje od standardnih logičkih dimenzija valjanosti i postojećih teorijskih spoznaja mora biti adekvatno objašnjeno kroz prizmu svih okolnosti koje su eventualno dovele do tih odstupanja.

2.1.1.4.

Mjere centralne tendencije

- Veliki broj informacija o analiziranom problemu može se dobiti na osnovu prosječnih vrijednosti ili tipičnog rezultata.

Među najčešće korišćene mjere centralne tendencije ubrajamo: aritmetičku sredinu, modus i medijanu (Brandimarte, 2011). Aritmetičku sredinu dobijamo na način što najprije sve vrijednosti iz određenog skupa podataka saberemo, a zatim podijelimo sa brojem istih. Modus predstavlja najčešće zastupljenu vrijednost u datoj seriji podataka, dok medijana jeste centralna vrijednost u određenoj seriji (ukoliko bismo sortirali podatke po veličini, medijana bi se nalazila tačno na polovini tako sortiranih podataka). Kod normalne distribucije, koju karakteriše simetričnost, aritmetička sredina, modus i medijana su jednaki. Normalna distribucija se predstavlja tzv. Gausovom krivom u obliku zvona, nazvanom po njemačkom matematičaru Gausu (*Johann Carl Friedrich Gauss*). Kod asimetrične distribucije, koja odstupa od normalne (pozitivna ili negativna asimetrija), većina podataka nije skoncentrisana oko sredine serije, već su u uzorku prisutne ekstremne vrijednosti. Kod pozitivne asimetrije većina podataka u uzorku ima malu vrijednost, dok kod negativne asimetrije u podacima preovladavaju više vrijednosti. U tim slučajevima je medijana bolji pokazatelj centralne tendencije od aritmetičke sredine. Provjera oblika distribucije je važna jer se na osnovu nje može izračunati vjerovatnoća pojavljivanja konkretnog rezultata u nizu mjerenja. Za provjeru normalnosti distribucije često se koristi

Kolmogorov–Smirnovljev Z test (Kolmogorov, 1933; Smirnov, 1933). Takođe, normalnost distribucije je jedan od uslova za odabir odgovarajućih statističkih tehnika analize podataka. U slučaju da distribucija nije normalna, izbjegava se korišćenje parametarskih testova.

2.1.1.5.

Mjere disperzije

○ Mjere disperzije, kako im sam naziv ukazuje, mjere disperziju, odnosno raspršenost podataka oko srednje vrijednosti – aritmetičke sredine. U tom smislu, u mjere disperzije se mogu ubrojati:

1. Raspon varijacije (razlika između maksimalne i minimalne vrijednosti iz skupa podataka),
2. Varijansa (numerička mjera koja izražava matematičku procjenu (očekivanje) odstupanja slučajne promjenljive od njene srednje vrijednosti, tj. iskazuje prosječno kvadratno odstupanje konkretne vrijednosti od aritmetičke sredine),
3. Standardna devijacija (numerička mjera koja ukazuje na prosječno odstupanja elementa skupa od aritmetičke sredine – računa se kao kvadratni korijen iz varijanse),
- 4. Koeficijent varijacije (računa se kao količnik standardne devijacije i aritmetičke sredine).

2.1.1.6.

Interval povjerenja

○ Interval povjerenja, kao segment inferencijalne statistike, jeste mjera kojom procjenjujemo tačnost ocjene parametara na osnovu uzorka. Drugim riječima, on ukazuje na vjerovatnoću uz koju možemo izvoditi konkretne zaključke na osnovu kvantitativne analize, odnosno, omogućava nam da na osnovu podataka iz uzorka donosimo zaključke o čitavoj populaciji (Goodwin, 2010). Ovu mjeru kreirao je poljski matematičar i statističar Džerzi Nejman (Neyman, 1937).

U uzoračkim istraživanjima najčešće se koristi interval povjerenja od 95%. Ovaj pokazatelj nam govori da sa vjerovatnoćom od 95% možemo biti sigurni da će se rezultati našeg

istraživanja naći unutar granica intervala povjerenja. Raspon granica intervala povjerenja zavisi od veličine uzorka. Što je veličina uzorka veća, raspon intervala povjerenja je uži, odnosno precizniji, a podaci postaju pouzdaniji.

2.1.1.7.

Neparametarske i parametarske procjene

Parametarske procjene se primjenjuju kada imamo normalnu distribuciju podataka, tj. kada se pojave nalaze u domenu statističkih standarda koji se mogu ilustrovati Gausovom krivom. Sa druge strane, neparametarske procjene se odnose na situacije kada se podaci posmatrane pojave ne približavaju normalnoj distribuciji ili kada distribucija tokom vremena mijenja oblik iz normalne u kvadratnu. U tom smislu statistička analiza podrazumijeva izbor metoda u odnosu na same tipove varijabli.¹⁰ Neke od najčešće korišćenih u ovom istraživanju opisane su u nastavku:

1. Z-skor (z-vrijednost) je statistički test koji dobijamo na način što stavimo u odnos razliku između dobijenog podatka i aritmetičke sredine (odstupanje konkretne vrijednosti od aritmetičke sredine) i standardnu devijaciju (Altman, 1968; Suzić, 2007). On pokazuje u kom procentu standardne devijacije je dati podatak udaljen od aritmetičke sredine (smjer može biti pozitivan ili negativan). Ovaj test upoređuje rezultat pojedinca u odnosu na ostale istraživanjem obuhvaćene jedinice uzorka. Najčešća svrha korišćenja ovog testa jeste omogućavanje uporedivosti različitih vrijednosti (različitih frekvencija i instrumenata);
2. Kolmogorov–Smirnovljev test koristi se za analizu normalnosti distribucije. Zasnovan je na poređenju teorijske i empirijske distribucije. Tačnije, ovaj test analizira u kom domenu se empirijska i teorijska distribucija razlikuju, a zatim procjenjuje da li su te razlike značajne, na način da znatno odstupaju od normalne distribucije (Kolmogorov, 1933; Smirnov, 1933; Bryman & Cramer, 2013);
3. T-test najčešće služi za poređenje dvije grupe rezultata, ili pojedinačnih rezultata iz dvije različite grupe. Na osnovu njega se utvrđuje da li se rezultati koji su predmet poređenja značajno razlikuju ili značajno podudaraju. U osnovi ovog statističkog postupka je mjerenje odstupanja (poređenje) aritmetičkih sredina zavisnih ili nezavi-

¹⁰ Detaljnije u: Suzić, N. (2007). *Primijenjena pedagoška metodologija*. XBS, Banja Luka.

snih uzoraka. Npr. primjenom t-testa, ispitivanjem distribucije podataka, možemo zaključiti sa kojim procentom pouzdanosti se može očekivati da će se u sličnim okolnostima dobiti približno isti rezultati (Suzić, 2007). Uobičajeno je da se najmanje 95% pouzdanosti uzima kao minimum za prihvatanje hipoteze u konkretnom slučaju;

4. Hi-kvadrat. Ovim neparametarskim testom provjerava se značajnost razlika između podataka koje mjerimo i onih koje očekujemo. Matematički, ovaj test se računa na način što se sumiraju količnici između kvadrata razlike izmjerenog i očekivanog podatka (brojilac) i očekivanog podatka (imenilac);
5. Man–Vitnjev test (Mann & Whitney, 1947), koji se često naziva i U-test, služi u svrhu provjere „da li su dva nezavisna uzorka pogodna za parametarsku ili neparametarsku statističku obradu“ (Suzić, 2007, 25), zavisno od toga li navedeni uzorci imaju karakter tzv. U-distribucije. U slučaju da su podaci iz određenog uzorka raspoređeni na način da pripadaju istoj distribuciji, koriste se parametarski statistički testovi, dok se u protivnom koriste neparametarski testovi;
6. Kruskal–Valisov test (Kruskal & Wallis, 1952), koji se često naziva i H-test, poredi više različitih grupa podataka, pri čemu svaka od njih ima različitu frekvenciju. Poređenjem frekvencija utvrđujemo statističku značajnost razlika između grupa podataka. Konkretno, mjeri se odstupanje medijane grupe u odnosu na medijanu uzorka. Ovaj test podrazmijeva nultu hipotezu da medijane nijesu različite. U slučaju da je dobijeni hi-kvadrat značajan, dobijeni podaci su dio različitih uzoraka, te se za njih koriste neparametarske mjere;
7. ANOVA je širokoraštrana parametarska statistička tehnika čiji je cilj poređenje varijansi dvije ili više grupa podataka. Pretpostavka na kojoj počiva F-test (nulta hipoteza) jeste da ne postoje razlike između varijansi seta podataka koje upoređujemo. Jednofaktorska analiza varijanse upućuje na postojanje samo jedne nezavisne varijable (faktor) podijeljene na više nivoa ili grupa (npr. region).

2.1.1.8.

Analiza korelacije

- Analiza korelacije ukazuje na vezu između dvije varijable. Osnovna pitanja na koja analiza korelacije daje odgovor su (Suzić, 2007):

1. Postoji li međuzavisnost dvije varijable?;
2. Kakav je odnos između dvije varijable ukoliko međuzavisnost postoji (da li je korelacija pozitivna ili negativna)?;
3. Koliki je intenzitet korelacije (koliko je snažna veza između dvije varijable)?

Međutim, iako može ukazati na povezanost, ne daje odgovor na pitanje koja varijabla utiče na koju. Jačina korelacije izražava se koeficijentom korelacije koji može varirati na skali od -1 do $+1$. Ako je koeficijent korelacije -1 , riječ je o perfektnoj negativnoj korelaciji između dvije varijable. Kada je koeficijent jednak nuli, to znači da nema korelacije između varijabli, dok u slučaju kada koeficijent uzima vrijednost $+1$, to znači perfektnu pozitivnu povezanost dvije varijable (Urdan, 2011). Dakle, apsolutna vrijednost koeficijenta pokazuje snagu veze, dok predznak pokazuje smjer, tj. da li je korelacija pozitivna ili negativna. Koeficijent linearne korelacije razvio je Pirson (Pearson, 1895)¹¹. Osim Pirsonovog koeficijenta, koji se koristi u linearnim modelima, u radu sa nelinearnim modelima koristi se Spirmanov koeficijent korelacije ranga (Spearman, 1904).

2.1.1.9. Analiza regresije

Analiza regresije je jedan od najčešće korišćenih alata u istraživanju. Najjednostavnije posmatrano, regresiona analiza istraživačima omogućava analizu odnosa između jedne nezavisne i jedne zavisne varijable. Nezavisna varijabla u literaturi se naziva još i prediktorska, antecedentna, objašnjavajuća ili eksplanatorna, dok se zavisna nerijetko označava kao kriterijumska, konsekvantna ili reaktivna. Zavisna varijabla je najčešće cilj do kojeg nam je stalo (npr. kvalitet zdravstvenih usluga), a nezavisna varijabla instrument putem kojeg možemo postići taj cilj (npr. menadžment znanja).

Za razliku od korelacije koja utvrđuje vezu između dvije varijable, regresija analizira ponašanje jedne varijable pri djelovanju druge, tj. istražuje međusobnu interakciju dvije ili više varijabli.

Osnovne pogodnosti korišćenja regresione analize ogledaju se u sljedećim mogućnostima:

1. ispitivanju da li nezavisna varijabla ima značajan odnos sa zavisnom varijablom (ako npr. znamo da menadžment znanja značajno utiče na povećanje kvaliteta zdravstvenih usluga, u prilici smo da kvalitetnije usmjerimo investicione aktivnosti),

¹¹ Detaljnije u: Mužić, V. (1977). *Metodologija pedagoškog istraživanja*. Svjetlost, Sarajevo.

2. zaključivanju o relativnoj snazi efekata različitih nezavisnih varijabli na zavisnu varijablu (npr. možemo biti u prilici da zaključimo da li menadžment znanja više zavisi od menadžerske ili tehnološke infrastrukture) i
3. predviđanju (možemo da predvidimo kako će povećanje ili smanjenje investicione aktivnosti u određenom segmentu poslovanja uticati na krajnji rezultat – npr. kako će povećanje investicija u informaciono-komunikacione tehnologije uticati na nivo primjene menadžmenta znanja).

Specifičan pokazatelj reprezentativnosti regresije je tzv. koeficijent determinacije, koji pokazuje koji se procenat disperzije u zavisnoj varijabli može objasniti djelovanjem nezavisne varijable.

2.1.1.10. Multivarijaciona analiza

- Pored osnovnih statističkih tehnika, koje se uglavnom bave analizom jedne ili dvije varijable istovremeno, za analizu simultanog odnosa više od dvije varijable, zasnovanog na određenom modelu, razvijene su različite tehnike multivarijacione analize.

Varijablu je najjednostavnije objasniti kao skup varijacija nekog obilježja u uzorku ili osnovnom skupu. Najveći broj tehnika prepoznaje sličnosti u relacijama između varijabli, i na osnovu tih sličnosti vrši objašnjenje konkretne relacije ili njeno predviđanje (Sharma, 1996).

Multivarijacione tehnike kategorišu se u dvije grupe: 1) tehnike čiji je fokus analiza zavisnosti, putem kojih se zavisna varijabla objašnjava i predviđaju njene varijacije na osnovu nezavisnih varijabli i 2) tehnike usmjerene na analizu međuzavisnosti, gdje se sve pojave u modelu analiziraju kroz prizmu međuzavisnosti, sa ciljem utvrđivanja obrasca varijabli, tj. njihovih međusobnih sličnosti ili razlika.

Među tehnike analize zavisnosti ubrajaju se: višestruka regresija, diskriminaciona analiza, logit analiza, conjoint analiza, kanonska analiza i dr., dok se u tehnike analize međuzavisnosti svrstavaju: faktorska analiza, klaster analiza, korespondenciona analiza, multidimenzionalno skaliranje i strukturne jednačine (Myers & Mullet, 2003).

2.1.1.11.

Faktorska analiza

- Faktorska analiza za rezultat ima identifikaciju faktora koji objašnjavaju obrasce korelacije unutar skupa posmatranih varijabli. Najčešće se koristi da identifikuje mali broj faktora koji objašnjavaju najveći dio varijanse značajnog broja promjenljivih (Fulgosi, 1979; Kerlinger, 1986; Mooi & Sarstedt, 2011) ili, drugim riječima, da identifikuje neke faktore koji su suvišni (Dunn-Rankin, Knezek, Wallace & Zhang, 2004).

Tri su osnovne vrste faktorskih analiza: istraživačka faktorska analiza, konfirmatorna faktorska analiza i modeliranje strukturnih jednačina.

2.1.1.12.

Jednačine strukturne forme

- Sistem strukturnih jednačina je tehnika multivarijacione analize zasnovana na principima koji se koriste u regresionoj analizi. Ova tehnika prevazilazi neka ograničenja tradicionalnih statističkih metoda. Npr. višestruka regresiona analiza pretpostavlja da nezavisne promjenljive imaju direktan uticaj na zavisne promjenljive, dok metod strukturnih jednačina može identifikovati i indirektne varijable koje utiču na nezavisne varijable, i u konačnom, na zavisnu varijablu (Hill & Lewicki, 2006; Muijs, 2011; Downes, 2014).

Uvažavajući činjenicu da su ekonomske varijable nerijetko međuzavisne, to je često potrebno istovremeno posmatrati veći broj jednačina. Kada više jednačina koje se na jednostavan način mogu ekonomski interpretirati svrstamo u model, dobijamo tzv. model jednačina strukturne forme, čiji je cilj testiranje podudarnosti modela sa prikupljenim podacima koji su predmet analize. Putem strukturnih jednačina, endogene varijable bivaju izražene kroz funkcije drugih endogenih varijabli, predeterminisanih varijabli (egzogenih i endogenih sa docnjom) i grešaka. Ideja je da svaka jednačina posredstvom strukturnih parametara mjeri direktne efekte objašnjavajućih varijabli na zavisnu.

Za potrebe modeliranja strukturnih jednačina u ovom istraživanju biće korišćen softverski paket *IBM SPSS Amos* (verzija 24). Model primijenjen u radu sastoji se od ukupno 25 varijabli, a osnovni cilj je izmjeriti uticaj primjene menadžmenta znanja na kvalitet

zdravstvenih usluga izražen efektivnošću menadžmenta znanja, kao i uticaj determinanti organizacionog dizajna na primjenu menadžmenta znanja, te posredno na kvalitet zdravstvenih usluga, što je detaljno prikazano u posebnom dijelu rada (3.4.1).

2.1.2.

Kvalitativni istraživački metod

○ Kvalitativno istraživanje je zasnovano na logičkom metodu indukcije, koji prilikom zaključivanja podrazumijeva kretanje od pojedinačnog ka opštem slučaju. Najčešće se koristi u područjima u kojima nema mnogo dostupnih podataka koji bi se mogli analizirati u svrhu naučnog zaključivanja. Predmet kvalitativnog istraživanja obično jeste opisivanje specifičnog problema, ponašanja, mišljenja ili događaja sa svrhom generisanja novih istraživačkih hipoteza i teorija. U osnovi kvalitativnog istraživanja je detaljna naracija i holistički pristup u interpretaciji, koji obuhvata kompleksnost ponašanja, iskustava i događaja u prirodnom okruženju. Podaci se mogu prikupljati na različite načine, počev od neposrednog opažanja, preko pregleda dokumentacije, do intervjua i fokus grupa. Zavisno od broja primjera koji se analiziraju, može se govoriti o potpunoj ili nepotpunoj indukciji.

Za razliku od kvantitativnog istraživanja, gdje se veliki broj koraka u istraživanju može matematički precizno definisati i opisati, kod kvalitativnog proces istraživanja ne može biti unaprijed determinisan i konceptualizovan. Umjesto da se detaljno slijedi unaprijed propisan obrazac, kod kvalitativnog istraživanja nerijetko imamo „zamršenu i neurednu interakciju između konceptualnog i empirijskog, kao i između indukcije i dedukcije, koje se dešavaju istovremeno“ (Bechhofer, 1974, 73). Umjesto toga, istraživač mora biti fleksibilan u pristupu (Bryman & Burgess, 1994; Thorpe & Holt, 2008) i otvorenog uma, ne samo za nova saznanja već i za nove metodološke pristupe i kombinacije metoda i tehnika.

Kvalitativna istraživanja koriste se u situacijama kada akcenat nije isključivo na testiranju hipoteze, već na kreiranju konceptualnog okvira i identifikaciji ključnih faktora koji utiču na posmatrane varijable (Geisler, 2007). Stoga, kvalitativna istraživanja obično podrazumijevaju korišćenje istraživačkih pitanja, a ne specifičnih ciljeva istraživanja ili hipoteza (Creswell, 2009). Najčešće se sastoje iz jednog centralnog, opšteg – širokopostavljenog pitanja koje se tiče predmeta istraživanja, sa ciljem da se ostavi dosta širine za istraživanje

i dobijanje novih saznanja. Svako centralno pitanje može pratiti pet do sedam potpitanja, koja izoštravaju fokus studije (Miles & Huberman, 1994).

Prilikom korišćenja metoda utemeljene teorije pitanja mogu biti usmjerena direktno ka generisanju teorije nekog procesa, kao npr. istraživanje procesa u vezi s tim kako ljekari i pacijenti komuniciraju u bolničkom okruženju. U kvalitativnim istraživanjima pitanja mogu tražiti opis slučaja i teme koja proizilazi iz tog proučavanja. Pitanja je poželjno početi sa formulacijom „Što“, „Kako“, „Kada“, „Zašto“... Riječi koje se preporučuju za korišćenje u kvalitativnom istraživanju jesu „otkrijte“ (metod utemeljene teorije), „istražite postupak“ (studija slučaja) i dr., za razliku od kvantitativnog gdje se obično koriste riječi „uticaj“, „uzrok“ i dr. (Creswell, 2009). U kvalitativnoj studiji prirodno je da se istraživačka pitanja mijenjaju za vrijeme njenog trajanja, paralelno sa otkrivanjem novih saznanja o istraživanim fenomenima. To često zna biti problematično za istraživače koji su navikli na kvantitativni dizajn istraživanja, gdje su pitanja fiksirana od početka do kraja.

Kao ključne karakteristike kvalitativnog istraživačkog metoda identifikovane su sljedeće (Yin, 2011, 7–8): 1) proučavanje pojava u realnom svijetu, 2) analiza stavova učesnika, 3) istraživanje ambijentalnih determinanti istraživanog fenomena, 4) doprinos objašnjenju ljudskog ponašanja i 5) korišćenje više izvora podataka, tj. triangulacija.

Sve češćem preferiranju ovog istraživačkog metoda u društvenim naukama doprinose i njegove prednosti, poput: 1) mogućnosti izgradnje novih teorija u slučaju nerazvijenosti ili neadekvatnosti postojećih, 2) analiza iskustava ispitanika, 3) mogućnost razumijevanja složenih istraživačkih problema i procesa, 4) analiza apstraktnih istraživačkih fenomena i dr.

Ovaj istraživački metod je i najzanimljiviji, iz razloga što ne podrazumijeva unaprijed dati recept po kojem se treba ponašati pri kreiranju i realizaciji kvalitativne studije (Graebner, Martin & Roundy, 2012).

2.1.2.1.

Provjera pouzdanosti izvora literature (CRAAP test)

U svakom istraživanju je veoma važno sagledati ono što je do sada istraženo u datom području. Ovo iz razloga što je prilikom početka istraživanja neophodno imati odgovore na sljedeća pitanja (Adams, Khan, Raeside & White, 2007):

- a) Da li je tema kojom se namjeravate baviti već istražena?;
- b) Ko su ključni stručnjaci na tom polju?;
- c) Koje su glavne teorijske postavke?;
- d) Koje su najčešće korišćene metode u sličnim istraživanjima?;
- e) Koji je glavni problem istraživanja?;
- f) Koje su kontroverze u datom području?

Razvoj informaciono-komunikacionih tehnologija utemeljenih na internetu doprinio je većoj dostupnosti različitih baza podataka. Ako su nekada informacije i podaci bili ograničeno dostupni, danas je veći problem kako u ogromnom fondu informacija pronaći relevantnu literaturu.

U tom smislu, prilikom provjere pouzdanosti izvora literature, preporučuje se korišćenje CRAAP testa (Evaluating Source: The Craap Test, 2019). Naziv testa je zapravo akronim od pet riječi: prihvatljivost (*Currency*), relevantnost (*Relevance*), autoritet (*Authority*), tačnost (*Accuracy*) i svrha (*Purpose*). Prvi kriterijum evaluacije – prihvatljivost, podrazumijeva vremensku usklađenost informacije sa potrebama istraživanja. Dakle, potrebno je istražiti kada je informacija objavljena, da li je aktuelna ili zastarjela. U svrhu aktuelnosti istraživanja, savremeni standardi u domenu navođenja izvora literature definisani su na način da 50% literature treba da bude iz posljednjih 10 godina (od čega polovina iz posljednjih pet godina). Ovaj uslov nije obavezujući, ali je poželjan. Drugi kriterijum odnosi se na relevantnost. Pod tim se misli na usklađenost sa temom istraživačkog problema, ciljnu orijentisanost i stepen njihove sofisticiranosti. Treći kriterijum podrazumijeva autoritet. Ovaj kriterijum odnosi se na kredibilitet izdavača ili autora

informacije, njegove reference i kvalifikacije, kao i na mogućnost ostvarivanja direktnog kontakta. Četvrti kriterijum se odnosi na tačnost, tj. istinitost sadržaja. Provjerava se da li su informacije potkrijepljene dokazima, upoređuju se sa informacijama iz drugih izvora ili iz ličnog iskustva. Takođe, ocjenjuju se sa stanovišta jezičke pravilnosti njihovog prezentovanja, kao i eventualne pristrasnosti. Peti kriterijum determiniše svrhu zbog koje su informacije kreirane. Različito će se vjerovati informacijama kreiranim za potrebe komercijalnog projekta (prodaja, zabava), i informacijama iz naučnih izvora. U ovom dijelu testa procjenjuje se da li postoje političke, ideološke, kulturne, vjerske, lukrativne ili druge dimenzije pristrasnosti u izvorima.

2.1.2.2.

Bibliometrija – bibliografsko povezivanje i semantičke mjere sličnosti

• Bibliometrija podrazumijeva primjenu matematičkih i statističkih metoda posredstvom odgovarajućih softverskih rješenja, sa svrhom kvalitetnije organizacije baza podataka naučnih radova. S obzirom na brojnost i raznovrsnost tih baza, javlja se i nemali problem njihove organizacije, kao i selekcije naučnih radova sa najreferentnijom vrijednošću, zbog čega bibliometrija sve više dobija na značaju.

Istraživač ima dvije mogućnosti prilikom traganja za literaturom: 1) neposredna pretraga baza podataka po ključnim riječima i određenim kriterijumima koji stoje na raspolaganju i 2) korišćenje softvera specijalizovanog za bibliografsko povezivanje literature i identifikaciju semantičkih mjera sličnosti. Direktna pretraga definitivno oduzima više vremena istraživaču, ali i omogućava najkvalitetniji stepen analize povezanosti konkretnog naučnog rada sa predmetom istraživanja. Sa druge strane, softverska rješenja se sve više koriste kao podrška u radu, a neka od najpoznatijih su: *VOSviewer*, *CiteNetExplorer*, *CiteSpace*, *Pajek*, *Gephi*, *Sci²* i dr. (Cobo, López-Herrera, Herrera-Viedma & Herrera, 2011; Van Eck & Waltman, 2014). Tako softveri omogućavaju kreiranje pregleda literature (naslova) i kreiranje tzv. bibliometrijskih mreža, koje i vizuelno pomažu autoru da stekne uvid u relevantnost konkretnih izvora. Najčešće su softveri programirani da mjere citiranost naučnih radova iz date oblasti i vrše njihovo rangiranje. Takođe, oni analizom sadržaja i kroz bibliografsko povezivanje iz baza prikazuju naučne radove od značaja za konkretan predmet

istraživanja. Softverska analiza sadržaja najčešće funkcioniše na bazi ključnih riječi, na način što zadate ključne riječi traži u naslovima, apstraktu i ključnim riječima svakog rada iz odgovarajuće baze podataka. Nakon utvrđivanja prisustva zadatih ključnih riječi u konkretnim radovima iz baza koje su pretražene kreira se lista koja odgovara incijalno postavljenom upitu. Citatna analiza, kao osnovna tehnika bibliometrije, pored broja citata analizira i kocitiranje (*Co-Citation*) i bibliografsko uparivanje (*Bibliography Coupling*). Dva naučna rada (npr. A i B) kocitirana su ukoliko postoji treći rad (C) u kojem su prva dva (oba) citirana (Marshakova, 1973; White & McCain, 1998). Bibliografsko uparivanje je suprotno kocitiranju. Dva naučna rada (A i B) bibliografski su uparena ako postoji treći (C) koji je citiran u prva dva (Kessler, 1963; Van Eck & Waltman, 2014). Na ovaj način softveri kroz zadavanje jednostavnih upita (ključne riječi, datum objave i sl.) mogu veoma brzo i efikasno napraviti listu relevantnih izvora literature iz određene baze podataka, u odnosu na konkretan predmet istraživanja.

Za potrebe ovog rada korišćena su oba metoda pretrage, kako direktna pretraga baza tako i softverska, korišćenjem alata *VOSviewer*.

2.1.2.3.

SPELIT analiza

○ Kvalitativno istraživanje podrazumijeva kontekstualnu analizu istraživanog fenomena, sa ciljem donošenja adekvatnih zaključaka. U tu svrhu često se kao polazni metod analize okruženja koristi PEST analiza, koju je osmislio Agilar (Aguilar, 1967). PEST je akronim koji ukazuje na političko (*Political*), ekonomsko (*Economic*), socijalno (*Social*) i tehnološko (*Technological*) okruženje, od kojih svaki na specifičan način utiče na funkcionisanje organizacije. Iz tog razloga se često koristi u strateškom planiranju. Pored četiri specifične dimenzije, ovaj metod nudi mogućnost da se u analizu uključe i pravna (*Legal*), interkulturalna (*Intercultural*), demografska (*Demographic*), ekološka (*Ecological*), obrazovna (*Educational*) i dr. dimenzije. Zavisno od uključenih dimenzija, analiza poprima nazive SLEPT, PESTLE, SPELIT, STEEPLED i dr. pri čemu je karakteristično da su u svakom metodu analize okruženja sadržane četiri osnovne dimenzije (PEST). Za potrebe ovog istraživanja korišćena je SPELIT analiza, koja je široko prihvaćena od strane istraživača, ali i praktičara u svrhu dijagnoze stanja, kao prvog koraka u procesu promjena, odnosno preduslova za

sprovođenje procesa transformacije organizacije (Schmieder-Ramirez & Mallette, 2015). SPELIT uključuje socijalnu, političku, ekonomsku, pravnu, interkulturalnu i tehnološku dimenziju posmatranja zdravstvenog sistema. Socijalna dimenzija okruženja podrazumijeva proučavanje algoritama ponašanja ljudi i različitih grupnih interakcija. Politička dimenzija analize obuhvata sistem donošenja odluka unutar date teritorije, kao i raspored moći i uticaja. Ekonomsko okruženje uključuje osnovne makroekonomske indikatore, poput bruto društvenog proizvoda, inflacije, nezaposlenosti i dr. Pravno okruženje podrazumijeva ustavno-pravni poredak, odnosno sistem pravnog uređenja konkretne oblasti. Interkulturalne specifičnosti se odnose na ljude i njihove međusobne razlike kojih treba biti svjestan u organizaciji, kao i sistem njihovog usaglašavanja kroz odgovarajuću organizacionu strukturu i kvalitet komunikacije i odnosa. Tehnološka dimenzija upućuje na nivo korišćenja savremene tehnologije poput računara, interneta, ali se odnosi i na fizičku infrastrukturu.

Prednosti korišćenja SPELIT analize ogledaju se u prepoznavanju spoljnih uticaja, kvalitetnijem zaključivanju, ublažavanju rizika, i u konačnom izboru kvalitetnijih strateških odluka. Često se sprovodi paralelno sa SWOT (akronim od prednosti – *Strengths*, slabosti – *Weaknesses*, prilike – *Opportunities* i prijetnje – *Threats*) analizom, koja se odnosi na samu organizaciju, i identifikuje njene interne snage i slabosti, kao i eksterne prilike i prijetnje.

Shodno širini obuhvaćenih istraživačkih pitanja, SPELIT analiza korišćena je kao podrška prilikom tumačenja podataka, kroz uvažavanje ambijentalnih determinanti i kontekstualnih faktora zdravstvenog sistema Crne Gore.

2.1.2.4. Metod studije slučaja (Case Study)

- Metod studije slučaja podrazumijeva istraživanje koje se fokusira na opis, razumijevanje, predviđanje ili kontrolu posmatranog fenomena. To može biti čovjek, proces, organizacija, kultura, nacionalnost ili sl. (Woodside, 2010). Studija slučaja ima dugu tradiciju u više akademskih disciplina, a veoma često se koristi u studijama organizacije i menadžmenta (Eriksson & Kovalainen, 2008) zbog svoje sposobnosti da na dobar i cjelo-

vit način prezentuje stvarne situacije. Preporučuje se kad je potrebno odgovoriti na pitanja koja počinju sa „Što“, „Kako“ i „Zašto“. Riječ je o svojevrsnoj empirijskoj istrazi savremenih fenomena (slučaja), stavljenoj u kontekst njegovog okruženja, pogotovo kada granice između fenomena i konteksta nijesu jasno vidljive (Yin, 2012). Zasnovan je na višestrukim izvorima podataka koji će obezbijediti triangulaciju u svrhu povećanja validnosti zaključaka (Stake, 1995), a osnovni izvori podataka su: 1) direktna zapažanja, 2) intervjui, 3) arhivska evidencija, 4) dokumenti, 5) posmatranje učesnika i 6) fizički artefakti. Potreba da se iz više različitih situacija prikupe podaci bila je prisutna i u petom vijeku prije nove ere. Tada su u Iranu (tadašnjoj Persiji) građani prilikom donošenja važnih odluka vodili duge rasprave, i to jednom u trijeznom, a drugi put u pijanom stanju, sa svrhom da utvrde da li u oba slučaja o datoj stvari isto misle (Radonjić, 2013).

Stoga, od ogromnog značaja za adekvatno tumačenje dobijenih podataka prilikom korišćenja metoda studije slučaja je i razumijevanje konteksta, te se preporučuje dugoročno praćenje neke pojave. Alternativno, obavezno je koristiti triangulaciju, koja predstavlja metodu potvrđivanja, odnosno dubljeg razumijevanja istraživanog fenomena, na bazi više različitih izvora od kojih su svi fokusirani na isti proces ili događaj (Web, Campbell, Schwartz & Sechrest, 1966; Webb & Weick, 1979; Woodside, 2010). Triangulacija se najbolje može objasniti korišćenjem narodne izreke „Triput mjeri, jednom sijeci“, koja sugeriše da se iz najmanje tri izvora prikupe podaci, prije nego se iznese zaključak.

Metod studije slučaja ne podrazumijeva da je uzorak nužno jednak jedinici. Postoje i višestruke studije slučaja koje se sprovode kroz analizu više posmatranih jedinica radi produblivanja saznanja i prepoznavanja različitih obrazaca ponašanja u sličnom kontekstu (McCracken, 1988; Nutt, 1993). Međutim, kod metoda studije slučaja fokus nije na veličini uzorka ili njegovoj pristrasnosti, već na sadržaju i dubinskom proučavanju istraživanog fenomena, zahvaljujući čemu nerijetko i jedan primjer može biti dovoljan za uspostavljanje logike koja je primjenjiva i u drugim situacijama (Siggelkow, 2007).

Upotreba studija slučaja opravdana je iz najmanje tri razloga: prvo, detaljno proučavanje manjeg broja jedinica analize može rezultirati brojnim novim idejama za buduća istraživanja, koja se mogu izvršiti i na većem uzorku; drugo, studija slučaja omogućava analizu rijetkih pojava, koje zbog malog broja karakterističnih slučajeva ne bi dobile prostor u

standardnim istraživačkim metodima koji podrazumijevaju veliki broj slučajeva; treće, studije slučaja su odličan način da se objasne i približe javnosti nekada i vrlo apstraktna naučna saznanja, koncepti i procesi.

2.1.2.5.

Polustrukturirani intervjui

Standardizacija pitanja u procesu prikupljanja podataka i precizno strukturiranje intervjua poželjno je jer olakšava vođenje i organizaciju intervjua, ali i agregiranje i uporedivost dobijenih podataka. Međutim, u praksi se potvrđuje (pogotovo kod složenijih istraživačkih poduhvata) da u većini anketnih intervjua standardizacija njegovog toka nije moguća, te se od istraživača zahtijeva određena fleksibilnost (Suchman & Jordan, 1990; Schaeffer, 1991; Tanur, 1991; Fowler, 1995). Ta fleksibilnost znači da istraživač mora biti pažljiv prilikom vođenja intervjua i fokusiran na izgradnju povjerenja između njega i ispitanika. Cilj je stvoriti klimu povjerenja u kojoj će ispitanik shvatiti značaj davanja iskrenih i tačnih odgovora, te uzeti aktivnu ulogu u istraživačkom procesu (Habermas, 1976; Grundy, 1987; Oja & Smulyan, 1989; Elliott, 1991; McKernan, 1991; Suzić, 2007). Generalno, postoje tri osnovne vrste intervjua: strukturirani, polustrukturirani i nestrukturirani. Ova podjela sačinjena je u odnosu na formalnost i fleksibilnost istraživača tokom intervjua. Dok je kompletan protokol i set pitanja kod strukturiranih unaprijed poznat, kod nestrukturiranih se obično dozvoljava ispitaniku da kaže sve što želi i bez vremenskog ograničenja, nakon čega istraživač izdvaja odgovore od značaja za konkretno istraživanje. U ovom istraživanju korišćen je polustrukturirani intervju, iz razloga što dozvoljava fleksibilnost i prilagođavanje konkretnoj situaciji, odnosno sagovorniku. Iako se i u ovoj vrsti intervjua pitanja, odnosno teme, unaprijed pripremaju, sloboda u formulisanju pitanja i vođenju razgovora ostavljena je istraživaču.

Cilj polustrukturiranog intervjua je adekvatno iskomunicirati sa ispitanikom suštinu pitanja, uz mogućnost da se koriste različite formulacije. Ovo iz razloga što se polazi od pretpostavke da svi ispitanici nijesu u jednakoj mjeri elokventni da jednako razumiju svako pitanje. U tom smislu valjanost i pouzdanost polustrukturiranog intervjua dominantno zavisi od prenošenja poente i značenja pitanja. Prevelika fleksibilnost istraživača u formulacijama pitanja može dovesti do kontraefekata i nemogućnosti poređenja dobijenih

podataka. U tom smislu, neophodno je što kvalitetnije testiranje i proaktivan pristup, kako bi se smanjila potreba za većim odstupanjima od standarda tokom samog intervjua.

Dakle, zadatak je istraživača da eliminiše značenjske razlike među pojmovima koji su od značaja za istraživani fenomen, te da stekne povjerenje ispitanika na način da pristane voditi otvoren razgovor o istraživanom problemu (Oppenheim, 1992). Sve navedeno ukazuje na potrebu da istraživač raspolaže bogatim fondom retoričkih znanja i vještina, uključujući i aktivno slušanje i pravovremenu i adekvatnu reakciju na verbalne, paraverbalne i neverbalne znake ispitanika.

Iako jeste zahtjevniji za sprovođenje, ukoliko se pronade adekvatan balans između potrebne fleksibilnosti i standardizacije, kao suprotstavljenih ciljeva polustrukturiranog intervjua, ova tehnika prikupljanja podataka može dati mnogo više korisnih saznanja nego prikupljanje podataka standardizovanim upitnikom ili putem strukturiranog intervjua.

2.1.2.6.

Fokus grupe

• Fokus grupe su jedna od tehnika kvalitativnog istraživanja. Idejnim tvorcem ove tehnike smatra se Robert Merton, koji je tehniku prvi put upotrijebio 1941. godine prilikom analize reagovanja javnog mnjenja na emisije koje su se ticale ratnih dešavanja (Đurić, 2005). U početku je tehnika bila karakteristična samo za istraživanja iz oblasti marketinga, dok je kasnije našla primjenu i u domenu socijalne psihologije, a zatim i u gotovo svim ostalim akademskim disciplinama. Riječ je o grupnoj interakciji učesnika u vezi sa temom od zajedničkog interesa, a u svrhu dubinskog ispitivanja relevantnog istraživačkog fenomena. U osnovi, ova tehnika kombinuje metod klasičnog intervjua i metod posmatranja (Nagle & Williams, 2011). Ovo iz razloga što se analiza rezultata vrši kako na osnovu verbalnih tako i na osnovu neverbalnih iskaza učesnika u interakciji (s obzirom na činjenicu da je neverbalne signale teže kontrolisati nego verbalne, jer su u domenu nesvjesnog, u slučaju da su u suprotnosti sa verbalnim, više im se vjeruje). Grupu obično čini šest do 12 osoba, odabranih po određenom kriterijumu. Razgovori se najčešće vode u više iteracija, a njihov cilj je dolazak do saznanja o mišljenjima, stavovima, vjerovanjima, idejama, ali i osjećanjima i reakcijama učesnika u odnosu na određenu temu. U odnosu na grupni intervju, kada moderator

postavlja pitanja ispitanicima po utvrđenom redosljedu, kod tehnike fokus grupa pitanje se predočava svima, a učesnici se podstiču da razmijene mišljenja o datoj temi. Svaki učesnik podstiče se da obrazloži svoje mišljenje i uputi ga ostalim učesnicima, a ne direktno moderatoru. Pretpostavka je da se prilikom realizacije fokus grupa javlja sinergijski efekat u smislu međusobnog podsticanja učesnika na uključivanje u dijalog. Različita mišljenja su poželjna, uz adekvatnu argumentaciju. Fokus grupe se najčešće sprovode u trajanju od dva sata, uz snimanje toka razgovora i vođenje bilješki tokom razgovora. Tehnika fokus grupa može se primjenjivati samostalno, kao podrška anketnom istraživanju i u mješovitim modelima istraživanja. Najčešći domen primjene ove tehnike jesu eksplorativna istraživanja. Među ključne nedostatke ubraja se najčešće nereprezentativan uzorak i u tom smislu problem generalizacije dobijenih rezultata.

2.1.2.7.

Metod utemeljene teorije (*Grounded Theory*)

Metod utemeljene teorije se koristi za razvijanje teorije zasnovane na sistematizovanom prikupljanju i analizi podataka (Cho & Lee, 2014; Khan, 2014). Kao rezultat sakupljenih i analiziranih teorijskih i empirijskih podataka, generiše se nova teorija koja se sastoji od skupa vjerodostojnih odnosa predloženih među konceptima i skupovima teorijskih konceptata. U osnovi je riječ o induktivnom metodološkom pristupu, gdje se proces validacije vrši ne kao testiranje u kvantitativnom smislu, već kao upoređivanje teorijskih konceptata i odnosa između varijabli tokom istraživanja (Glaser & Strauss, 1967; Turner, 1981; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990; Somekh & Lewin, 2005; Babbie, 2010). Na taj način istraživaču se omogućava da definiše koncepte po svojim svojstvima i dimenzijama, omogućavajući mu konceptualno strukturiranje, i time formiranje novih logičkih, sistematskih i objašnjavajućih šema (Strauss & Corbin, 1998; Mills, Bonner & Francis, 2006).

Autori koji su se bavili objašnjenjem ovog metoda različito pristupaju njegovom definisanju, te ga jedni vežu dominantno za otkrivanje novih teorija (Glaser, 1967), dok ima i onih koji tvrde da se metod može koristiti i u kombinaciji sa drugim naučnim metodima u svrhu provjere i testiranja određenih teorijskih konceptata, tj. za verifikaciju teorije (Myers, 2009). Ovaj metod podrazumijeva da se najčešće u istraživanje kreće od podataka čijom analizom se do-

lazi do teorije, što znači da se pregled literature u odnosu na istraživani fenomen radi nakon analize podataka, kako bi se rezultati dobijeni analizom podataka uporedili sa teorijama.

Ipak, dozvoljen je i suprotan postupak, gdje se može u istraživanje poći od pregleda literature i utvrđivanja teorijskih postulata koji se žele testirati kroz empirijsko istraživanje, pri čemu je ključna pretpostavka kvaliteta istraživanja u tom slučaju da istraživač bude spreman na drugačije rezultate od dotad poznatih. Istraživač mora zadržati „otvoren um“ i ne smije dozvoliti da mu poznavanje postojećeg teorijskog okvira umanjí kreativnost koja će dozvoliti sticanje novih saznanja ili odbacivanje određenih teorija.

Iako ova metoda podrazumijeva fleksibilan pristup u prikupljanju i analizi podataka, metod utemeljene teorije ne treba shvatiti kao (Suddaby, 2006):

1. izgovor za izbjegavanje proučavanja postojećih teorijskih spoznaja tokom prikupljanja podataka,
2. prikupljanje sirovih podataka,
3. automatski postupak analize sadržaja putem odgovarajućih softverskih rješenja,
4. opravdanje za nepostojanje opisa metodologije.

U osnovi ove metode je kodiranje. Čarmaz (Charmaz, 1983, 111) je kodiranje opisao kao „proces kategorisanja i sortiranja podataka“, dok „kodovi“ služe za rezimiranje, sortiranje i sintezu zapažanja izvedenih iz podataka (Bryman & Burgess, 1994; Peters, 2014; Chapman, A. L., Hadfield & Chapman, C. J., 2015). Bitna napomena procesa kodiranja je i ta da kodovi bivaju razvijani za opisivanje podataka i ne predstavljaju unaprijed razvijene kategorije. Proces počinje prikupljanjem podataka, nakon čega istraživač stvara „kategorije“ koje odgovaraju podacima (Kempster & Parry, 2011). Dakle, analizom prikupljenih podataka se identifikuju osnovni pojmovi i njihove ključne dimenzije na osnovu kojih se vrši razvrstavanje podataka. Zatim se dodatna istraživanja vrše dok god kategorije ne budu „zasićene“ (Silverman, 2011; Desveaux, Mitchell, Shaw & Ivers, 2017), tj. dok god istraživač ne dođe do pouzdanog zaključka o njihovoj važnosti i značenju. Sljedeća iteracija podrazumijeva dodatno razmatranje podataka i kategorija, sa ciljem utvrđivanja veza između kategorija. Konačno, tako povezane kategorije se upoređuju sa postojećim

teorijskim modelima i koriste kao gradivni element u izvođenju zaključaka u odnosu na konkretno istraživanje.

U ovom istraživanju metod utemeljene teorije se koristi kao dodatni gradivni element sveukupnog metodološkog postupka kreiranog za potrebe ove doktorske disertacije.

2.1.3.

Kombinovani – mješoviti (kvantitativni i kvalitativni) pristup istraživanju

○ Razvoju kombinovanog – mješovitog modela istraživanja prethodila su i različita mišljenja istraživača u pogledu prihvatljivosti integracije kvantitativnog i kvalitativnog. Najdalje je pošao Guba (1987, 31) istakavši da su kvantitativni i kvalitativni pristup toliko različiti do mjere da je njihova integracija nemoguća, „jednako kao što je nemoguće vjerovati da je zemlja istovremeno i ravna ploča i okrugla“.

Mješoviti model nastao je kao rješenje „paradigmatskih ratova“, zasnovanih na dihotomiji između „induktivno-subjektivno-kontekstualnog pristupa karakterističnog za kvalitativna istraživanja i deduktivno-objektivno-uopštavajućeg pristupa prisutnog u kvantitativnim istraživanjima“ (Morgan, 2007, 73; Evans, Coon & Ume, 2011, 277). Tumači se kao „treći metodološki pokret“, koji slijedi kvantitativne i kvalitativne pristupe (Teddle & Tashakkori, 2003), a sastoji se od kombinacije ta dva pristupa (Greene, 2008; Evans, Coon & Ume, 2011; Creswell, 2015).

Dakle, mješoviti metod zasnovan je na integraciji kvantitativnog i kvalitativnog pristupa i pragmatizma, sa fokusom na istraživački problem i njegov društveni i istorijski kontekst, a ne na jedan metod. Koristi se u složenim istraživačkim poduhvatima, unutar kojih samo kvantitativni ili samo kvalitativni pristup ne mogu kvalitetno odgovoriti na istraživački problem. Kombinacija dva metoda mora biti takva da rezultira sinergijom, odnosno da dobijeni zaključci budu pouzdaniji nego u slučaju da su rađene dvije odvojene studije. Sve više ovaj metod je prisutan u istraživanjima iz oblasti zdravstva (Forthofer, 2003; Twinn, 2003; Evans, Coon & Ume, 2011; Hannes & Lockwood, 2012; Kavanagh, Campbell, Harden & Thomas, 2012). Pored zdravstva, često se koristi i u oblastima obrazovanja, prava, biznisa, medicine, socijalnog rada i dr.

Ovaj metod kombinuje induktivne i deduktivne pristupe, kao i korišćenje različitih metoda prikupljanja i analize podataka. Kvantitativni i kvalitativni dio istraživanja mogu se

sprovesti istovremeno ili sekvencijalno (uzastopno, jedan za drugim). Dizajn istraživanja kod mješovitog istraživačkog modela zahtijeva veliku količinu energije i vremena istraživača, ali i visok stepen poznavanja najrazličitijih istraživačkih tehnika. U osnovi postoje tri metoda kombinovanog tipa istraživanja: istraživački, objašnjavajući i tip triangulacije (Lavrakas, 2008). Njihove razlike oslikavaju se u sljedećem:

1. Istraživački (*Exploratory*) je metod putem kojeg istraživač prvo sprovodi kvalitativno istraživanje. Nakon analize kvalitativnih podataka, kreira se koncept kvantitativne studije, koja će u konačnom služiti za potvrđivanje kvalitativnih nalaza;
2. Objašnjavajući (*Explanatory*) metod istraživačkog dizajna najprije osmišljava kvantitativno istraživanje, zatim prikuplja i analizira kvantitativne podatke, na osnovu kojih pravi koncept kvalitativne istraživačke studije i kreće u prikupljanje kvalitativnih podataka sa svrhom produbljivanja analize i dobijanja što kvalitetnijih zaključaka;
3. Metod triangulacije istovremeno prikuplja i analizira i kvantitativne i kvalitativne podatke, pri čemu istraživač kroz poređenje rezultata dolazi do validnih zaključaka o posmatranom fenomenu.

U ovom istraživanju dominantno je korišćen sekvencijalni objašnjavajući metod istraživačkog dizajna.

Triangulacija se preporučuje kao metod koji podržava kvalitativne i kvantitativne studije (Streubert & Carpenter, 1999). Autorka Termond (Thurmond, 2001) u svom radu „The Point of Triangulation“ specificira više različitih tipova triangulacije, poput: triangulacije istraživača, teorijske triangulacije, triangulacije analize podataka i sl. Triangulacija istraživača podrazumeva učešće više od jednog posmatrača, anketara ili analitičara. U ovom istraživanju korišćen je metod triangulacije istraživača na način što je prije dolaska do zaključaka razgovarano sa drugim istraživačima u svrhu eliminisanja pristrasnosti u tumačenju. Teorijska triangulacija uključuje upotrebu više različitih teorija prilikom ispitivanja predmeta istraživanja (Denzin, 2017). Nerijetko se mogu uzeti i suprotstavljene teorije, u svrhu postizanja većeg stepena naučne objektivnosti prilikom suprotstavljanja argumenata „za“ i „protiv“. Rivalske hipoteze omogućavaju istraživačima da pogledaju izvan očekivanog i očiglednog, kao i da spriječe preuranjeno zaključivanje (Banik, 1993; Thurmong, 2001). Odnosno, više različitih teorijskih perspektiva umanjuje mogućnosti alternativnih objašnjenja fenomena (Mitchell, 1986). Trian-

gulacija analize podataka predstavlja upotrebu dva ili više različitih metoda statističke analize podataka u svrhu stvaranja pouzdanijih zaključaka. Njene prednosti su: povećano povjerenje u istraživačke nalaze, jasnije razumijevanje problema uz korišćenje integracija različitih teorija, inovativan pristup izučavanju problema (Jick, 1979) i veća istraživačeva fleksibilnost.

2.2. Dizajn istraživanja

• Dizajn istraživanja je opšti plan ili strategija za sprovođenje istraživačke studije koja treba da pruži odgovor na određeni problem istraživanja (Lavrakas, 2008). Značaj dizajna istraživanja ogleda se u uštedi vremena istraživača, kao i u omogućavanju drugim istraživačima da urade svoje analize ili ponove istraživanje (Mooi & Sarstedt, 2011). Dizajn istraživanja uključuje istraživačka pitanja i hipoteze, promjenljive uključene u model, uzorak ispitanika, postavke istraživanja, metode prikupljanja i analize podataka, kao i faktore koji determinišu dati istraživački dizajn. Dakle, istraživački dizajn je koncept koji upućuje na proces istraživanja počev od postavljanja istraživačkih pitanja i hipoteza do analize rezultata. Pretpostavka kvalitetnog osmišljavanja dizajna istraživanja i adekvatnog izbora metodologije jeste istraživačevo poznavanje širokog spektra naučnoistraživačkih metoda. U osnovi, prisutna su tri bazična modela istraživanja: kvantitativni, kvalitativni i kombinovani (kvantitativni i kvalitativni) model. U ovom istraživanju korišćen je kombinovani – mješoviti (kvantitativni i kvalitativni) model.

Tabela br. 2 – Faze istraživanja

<i>Faza 1: Prijedlog teme istraživanja</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Problem istraživanja i definisanje istraživačkih pitanja i hipoteza - Dizajn istraživanja <ul style="list-style-type: none"> - Definisanje metoda prikupljanja podataka - Razvoj istraživačkog protokola - Definisanje kriterijuma za izbor uzorka
<i>Faza 2: Pregled literature</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Menadžment znanja - Organizacioni dizajn - Zdravstvene organizacije i crnogorski zdravstveni sistem
<i>Faza 3: Izbor jedinica istraživanja</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Zdravstvene ustanove u Crnoj Gori – 45 jedinica - Korisnici zdravstvenih usluga u Crnoj Gori – 1,769 korisnika

Faza 4: Definisanje upitnika

- Upitnik o menadžmentu znanja
- Upitnik o organizacionom dizajnu
- Upitnik o kvalitetu zdravstvenih usluga

Faza 5: Empirijski dio

- Prikupljanje sekundarnih podataka
- Prikupljanje primarnih podataka putem upitnika
- Izbor metoda za analizu dobijenih rezultata
- Analiza podataka dobijenih putem upitnika
- Priprema pitanja za intervju
- Prikupljanje primarnih podataka putem intervjua
- Analiza podataka dobijenih putem intervjua
- Triangulacija
- Interpretacija rezultata

Faza 6: Zaključci

- Zaključci istraživanja u odnosu na postavljeni istraživački problem
- Teorijski doprinos
- Metodološki doprinos
- Praktični doprinos
- Ograničenja studije
- Buduća istraživanja

Osnovne faze istraživanja predstavljene su u tabeli br. 2. Nakon izbora teme istraživanja, sačinjen je detaljan pregled literature. Zatim je donesena odluka o obimu istraživanja, tj. određivanju jedinica analize. Nakon toga, krenulo se u fazu definisanja upitnika, za kvantitativno istraživanje. Po dobijanju podataka, definisan je okvirni set pitanja za polustrukturirane intervjue, u svrhu triangulacije. Nakon analize rezultata dobijenih putem upitnika i intervjua, izvedeni su zaključci u vezi sa istraživačkim problemom. Uvažavajući fleksibilnost koju podrazumijeva izabrani istraživački dizajn i njime obuhvaćene metode, na kraju je revidiran pregled literature, uz kritički osvrt na postojeće teorijske postavke. Pored navedenog, u svrhu kvalitetnijeg predstavljanja istraživačkog rada i dobijenih zaključaka, tekst disertacije je lektorisan, nakon čega se pristupilo grafičkom dizajnu i konačnom vizuelnom oblikovanju studije.

2.2.1.**Jedinice istraživanja**

- Za jedinice istraživanja birane su zdravstvene ustanove u Crnoj Gori, na način kako je to prikazano u nastavku. Pored toga, zbog nepostojanja i/ili nedostupnosti podataka

pomoću kojih bi se kvalitet zdravstvenih usluga mogao mjeriti na osnovu objektivnih pokazatelja, sprovedeno je i istraživanje među građanima Crne Gore, u svrhu procjene kvaliteta zdravstvenih usluga i zdravstvenog sistema uopšte.

2.2.1.1.

Zdravstvene ustanove

- U okviru svake zdravstvene ustanove koja je obuhvaćena istraživanjem, na anketni upitnik koji je mjerio kategorije menadžmenta znanja i organizacionog dizajna odgovarali su po jedan član uprave zdravstvene ustanove, doktor iz zdravstvene ustanove i medicinski tehničar. Ovakav pristup u skladu je sa metodom triangulacije, koji povećava validnost dobijenih rezultata.

Istraživanje je vršeno na uzorku od 45 zdravstvenih ustanova, i to:

1. Domovi zdravlja (18 ustanova) u: Andrijevići, Baru, Beranama, Bijelom Polju, Budvi, Cetinju, Danilovgradu, Herceg Novom, Kolašinu, Kotoru, Mojkovcu, Nikšiću, Plavu, Pljevljima, Podgorici, Rožajama, Tivtu i Ulcinju;
2. Opšte bolnice (sedam ustanova) u: Baru, Beranama, Bijelom Polju, Cetinju, Kotoru, Nikšiću i Pljevljima;
3. Specijalne bolnice (tri ustanove) u: Brezoviku, Dobroti i Risnu;
4. Institut za javno zdravlje Podgorica, Klinički centar Crne Gore Podgorica, Zavod za hitnu medicinsku pomoć Podgorica i Institut za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju „Dr Simo Milošević“ AD Igalo;
- 5. Privatne zdravstvene ustanove (13 ustanova): Biohemijska i mikrobiološka laboratorija „In Vitro“ Podgorica, Codra Hospital Podgorica, Krapović Medical Budva, Milmedika Nikšić, Očna ordinacija „Borović“ Podgorica, Očna ordinacija „Dr Lutovac“ Berane, Poliklinika Hipokrat Podgorica, Poliklinika Mercur Nera Podgorica, Spa Medica Podgorica, Specijalistička ordinacija interne medicine „Dr Masoničić“ Bar, Specijalna bolnica „Dr MedTim“ Podgorica, Stomatološka ordinacija „Mušura“ Budva i Tesla Medical Berane.

Upitnike je popunilo ukupno 135 osoba zaposlenih u 45 zdravstvenih ustanova (po 45 ispitanika bili su članovi uprave, ljekari i medicinske sestre). Od 45 zdravstvenih ustanova koje su obuhvaćene istraživanjem 32 su u državnom, a 13 u privatnom vlasništvu. Prema

geografskoj lokaciji 18 zdravstvenih ustanova (54 ispitanika) obuhvaćenih istraživanjem je iz centralnog dijela Crne Gore, 14 iz južnog (42 ispitanika), a 13 iz sjevernog (39 ispitanika). Posebno treba istaći da su od javnih zdravstvenih ustanova obuhvaćeni svi domovi zdravlja i sve opšte i specijalizovane bolnice u Crnoj Gori, kao i Klinički centar Crne Gore i Institut za javno zdravlje, što doprinosi kvalitetu dobijenih rezultata i određenim mogućnostima generalizacije u odnosu na crnogorski zdravstveni sistem u cjelini. Takođe, obuhvaćene su i najznačajnije i najreprezentativnije privatne zdravstvene ustanove, a vođeno je računa i o tome da među privatnim zdravstvenim ustanovama budu zastupljene ustanove iz sve tri regije¹² (centar, sjever i jug). Pored navedenog, upitnike je popunilo i 16 ljekara, članova Sindikata doktora medicine Crne Gore.¹³ Svrha ovog dodatnog ispitivanja jeste identifikacija eventualne pristrasnosti ispitanika iz osnovnog uzorka, kao i potreba da se ukaže na eventualnu potrebu internog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna u svrhu eliminisanja većih razlika. Identifikacija pristrasnosti u konkretnom slučaju vršena je poređenjem dobijenih ocjena od strane članova Sindikata doktora medicine i ocjena dobijenih od strane zaposlenih u zdravstvenim institucijama, koji su za učešće u istraživanju izabrani od strane Ministarstva zdravlja. Podaci iz ovog dijela istraživanja (osnovni uzorak) prikupljeni su u periodu od 16. do 30. maja 2019. godine.

2.2.1.2. Građani/ke

• Činjenica je da zainteresovane strane neprestano (pr)ocjenjuju subjekte sa kojima dolaze u kontakt, te je za organizaciju veoma važno da, u mjeri u kojoj je to moguće, upravljaju tim percepcijama, kako bi svoje poslovanje učinili stabilnim i dugoročno održivim (Zavyalova, Pfarrer, Reger & Shapiro, 2012; Bednar, Boivie & Prince, 2013; Harrison, Worth, Thurgood, Hill & Pfarrer, 2018).

U duhu marketing pristupa, preporučljivo je kreirati strategiju organizacije koja će usmjeriti resurse ka postizanju održive konkurentske prednosti i zadovoljenju korisnika i/ili potrošača. U tom smislu signali sa tržišta su veoma važni u svrhu osmišljavanja strategije koja će uskladiti ponudu sa tražnjom. Samim tim, sve češće se korisnici usluga koriste kao aktivni učesnici u kreiranju strategije, ili kako to slikovito navode Prahalad i Ramaswami (Prahalad & Ramaswamy, 2004), „potrošači se sve više transformišu iz pasivne publike u

¹² U Crnoj Gori u formalnopravnom smislu ne postoje regije, te će se pod tim pojmom u daljem tekstu podrazumijevati djelovi države u odnosu na geografski kriterijum.

¹³ Ovi podaci prikupljeni su u periodu od 7. do 19. avgusta 2019. godine.

aktivne igrače” (Hsu, 2017, 3). Iz tih razloga, percepcija korisnika zdravstvenih usluga može biti od izrazitog značaja u svrhu kreiranja adekvatne nacionalne strategije u ovom domenu.

Iz navedenih razloga je kreiran poseban upitnik koji se tiče kvaliteta zdravstvenih usluga u Crnoj Gori, a koji su popunjavali građani, ukupno 1,769 lica (detaljnije u dijelu 2.2.4). Podaci iz ovog segmenta istraživanja prikupljeni su u periodu od 24. maja do 15. juna 2019. godine.

2.2.2. Dizajn upitnika

○ Kvalitet pitanja putem kojih se prikupljaju podaci čini temeljnu pretpostavku uspjeha istraživanja. Formulacija pitanja često je bitnija od veličine samog uzorka. Stoga autori veliku pažnju posvećuju dizajniranju pitanja (Sudman & Bradburn, 1974; Fowler & Mangione, 1990). Ili, kako je to primijetio Fauler „bez obzira na to koliko uzorak bio velik i reprezentativan, bez obzira na to koliko se novca utroši na prikupljanje podataka i kolika je stopa odgovora, kvalitet dobijenih podataka neće biti bolji od pitanja koja se postavljaju“ (Fowler, 1995, 154). Pored toga, dizajn pitanja minimizira i uticaj anketara na kvalitet ispitanikovih odgovora (Payne, 1951; Schuman & Presser, 1981). U tom smislu osnovne preporuke koje je nužno poštovati prilikom sačinjavanja upitnika jesu:

1. postavljati pitanja na koja ispitanici mogu da odgovore,
2. osigurati jasnost ključnih pojmova i koncepata,
3. kreirati ambijent u kojem će ispitanik znati da je objektivno davanje odgovora u njegovom interesu (Fowler, 1995) i
- 4. dimenzionirati pitanja koja na pravi način determinišu varijable koje su predmet istraživanja.

Prilikom dizajniranja pitanja za potrebe ovog istraživanja ideja je bila pomiriti dva suprotstavljena zahtjeva: 1) koristiti standardizovane upitnike i pitanja koja su već korišćena u istraživanjima, kako bi se novi rezultati mogli porediti sa ranijim istraživanjima i 2) formulirati pitanja na način da budu u dovoljnoj mjeri razumljiva ispitanicima i prilagođena crnogorskom zdravstvenom sistemu. Ovo se postiglo kroz fazu testiranja upitnika, koja će biti posebno elaborirana u nastavku (dio 2.2.3).

2.2.2.1.

Upitnik o menadžmentu znanja i organizacionom dizajnu

- Za pitanja o menadžmentu znanja korišćena je prilagođena verzija upitnika koji je upotrebljavao Dauns (Downes, 2014). Dio o organizacionom dizajnu zasnovan je na setu osnovnih pitanja postojećih upitnika koje je razvila grupa autora Barton, Loridsen, Obel i Hakonson (Burton, Lauridsen & Obel, 2003; Burton, Obel & Hakonsson, 2015).

Upitnik sadrži ukupno 190 pitanja. Osnovne informacije koje su prikupljene o ispitanicima su pol, godine, stručna sprema, grad, godine radnog iskustva u zdravstvu i dr. Neke od ključnih varijabli koje su obuhvaćene upitnikom su: nivo primjene menadžmenta znanja, efektivnost menadžmenta znanja, organizaciona kultura, organizaciona struktura, organizaciona infrastruktura, liderstvo, stil menadžmenta, organizaciona klima, okruženje, veličina organizacije, tehnologija, strategija, kompleksnost, formalizacija, centralizacija i dr.

Kompletan upitnik dat je u prilogu rada (A).

2.2.2.2.

Upitnik o kvalitetu zdravstvenih usluga u Crnoj Gori

- Ministarstvo zdravlja ustanovilo je Pravilnik o bližim uputstvima za obavljanje monitoringa i uspostavljanje procesa evaluacije, sa indikatorima i kriterijumima pomoću kojih se vrši monitoring, odnosno evaluacija kvaliteta zdravstvene zaštite (Službeni list Crne Gore, br. 17/15). Pravilnik je veoma sadržajan, i uključuje 16 članova, kao i 16 posebnih priloga, raspoređenih na ukupno 55 stranica teksta. Detaljno su obrađeni indikatori putem kojih se vrši monitoring na različitim nivoima zdravstvene zaštite (npr. vrijeme čekanja na snimanje magnetnom rezonancom, higijena ruku, neželjena dejstva lijekova, vrijeme od poziva do intervencije hitne medicinske pomoći, vakcinisanost djece, broj neplaniranih reoperacija i sl.). Međutim, iako bi podaci definisani navedenim pravilnikom mogli pružiti objektivnu osnovu za mjerenje kvaliteta zdravstvenih usluga, navedeni pravilnik nije moguće u potpunosti primijeniti, najvećim dijelom zbog nepostojanja odgovarajuće softverske infrastrukture. Tačnije, do podataka ove vrste nije mo-

guće doći jer se uglavnom ne prikupljaju (ili djelimično prikupljaju, ali ne u formi koja bi mogla biti upotrebljiva, odnosno agregirana na odgovarajući način u svrhu izvođenja zaključaka).

Iz tog razloga, za potrebe ovog istraživanja, u svrhu procjene kvaliteta zdravstvenih usluga u Crnoj Gori korišćen je percepcijski upitnik. Ovakvi upitnici se odnose na mjerenje stavova i mišljenja pojedinaca o ispitivanom fenomenu (Traugott & Lavrakas, 2004; Asher, 2007; Erikson & Tedin, 2007; Frankovic, Panagopoulos & Shapiro, 2009). Prednost ovog pristupa je u tome što odgovara filozofiji da je klijent uvijek u pravu, odnosno činjenici da je za zdravstvenu organizaciju veoma važno pratiti percepciju korisnika usluga, ali i upravljati njome u određenoj mjeri.

Upitnik, koji se odnosi na kvalitet zdravstvenih usluga, razvijen je korišćenjem više različitih upitnika iz domena procjene kvaliteta zdravstvenih usluga, pri čemu je osnovni dio strukture drugog upitnika razvila grupa autora Čoi, Čo, Li H., Li S., Kim, Delin i Bunda (Choi, Cho, Lee, S., Lee, H. & Kim, 2004; Lee, Delene, Bunda & Kim, 2000). Učinjena su i sitna prilagođavanja u skladu sa prirodom proučavanog problema, a jedan set pitanja (o korupciji u zdravstvu) kreiran je na bazi upitnika Centra za monitoring i istraživanja koji je korišćen u istraživanju javnog mnjenja o korupciji u zdravstvu 2012. godine.

Upitnik sadrži ukupno 163 pitanja. Pored osnovnih informacija o ispitanicima (pol, starost, obrazovanje, zanimanje, prihodi i dr.), upitnikom su mjerene različite kategorije, poput: dužine čekanja na pregled, kvaliteta usluga, finansijske motivacije ljekara, kvaliteta ishrane, bavljenja fizičkim aktivnostima, samoliječenja, korupcije u zdravstvu, autonomije zdravstvenog sistema, problema očuvanja zdravlja, razlika između privatnih i državnih zdravstvenih ustanova i dr.

Kompletna verzija upitnika data je u prilogu rada (B).

2.2.3.

Predtestiranje upitnika i pilot-istraživanje

- S obzirom na to da su, kako je već objašnjeno, upitnici korišćeni u ovom istraživanju već kreirani i korišćeni u naučnim istraživanjima stranih autora, bilo je potrebno, između ostalog, uraditi i kvalitetan prevod. U tu svrhu najprije je upitnik sa engleskog jezika preveden na crnogorski, a zatim je radi veće sigurnosti u kvalitet prevoda, upitnik ponovo preveden na engleski jezik, sa svrhom poređenja izvorne verzije upitnika na engleskom i prevedene. Nakon identifikacije određenih odstupanja u formulacijama, vršene su dodatne korekcije u smislu prilagođavanja našem jeziku.

Zatim su verzije upitnika predtestirane kroz konsultacije sa profesorima i naučnicima iz oblasti menadžmenta znanja, organizacionog dizajna, marketinga, ali i statistike i ekonometrije.

Nakon toga, krenulo se sa pilot-testiranjem, koje služi da se na manjem uzorku identifikuju potencijalni problemi koji bi mogli nastati u fazi prikupljanja podataka. U ovoj fazi pilot-testiranje upitnika namijenjenog zaposlenima u zdravstvenim ustanovama uključilo je 12 osoba, među kojima su bili dominantno članovi zdravstvenih organizacija, ali i lingvisti. Pilot-test upitnika namijenjenog građanima uključio je 200 lica. Tokom ove faze učinjene su određene korekcije u formulacijama pitanja i njihovom redoslijedu, ali i izmjereno prosječno vrijeme potrebno za popunjavanje dva upitnika (za prvi upitnik je prosječno vrijeme popunjavanja 34 minuta, dok je za drugi bilo potrebno 36 minuta u prosjeku). Korekcije su se ticale prilagođavanja pitanja konkretnom istraživanju (uvažavajući činjenicu da neki segmenti nijesu prethodno korišćeni u oblasti zdravstva). Pored toga, s obzirom na obim upitnika, redosljed pitanja je izmijenjen u odnosu na prvobitnu verziju, sa svrhom veće motivacije ispitanika za učešće u istraživanju (procijenjeno je da nije dobro u prvom dijelu upitnika imati zastupljena pitanja o finansijama i složene tabele sa brojnim obilježjima, jer mogu negativno uticati na stopu prihvatanja učešća u istraživanju).

2.2.4.

Odabir uzorka

- Određivanje uzorka je važno jer od njegovog izbora zavisi i kvalitet zaključaka koji se dobijaju istraživanjem. Baš kao što ljekar može analizirati stanje pacijenta na osnovu malog

uzorka krvi, istraživači mogu zaključiti mnogo o populaciji na osnovu relativno malog uzorka. U društvenim istraživanjima najčešće se ispitivanje vrši na nivou određenog uzorka, a ne čitave populacije, pogotovo kada je ta koja se razmatra velika, poput populacije cijele države, regiona ili slično. Nije praktično, niti je isplativo sprovesti ispitivanje kompletne populacije. O kompleksnosti istraživanja cjelokupne populacije (popis stanovništva) dovoljno govori činjenica da se taj istraživački poduhvat sprovodi svakih 10 godina (Ruane, 2005). Uz to, i nepotrebno je da to bude češće, jer uzorci između 1,000 i 2,000 obično pružaju adekvatne informacije o većini populacija u najvećem broju okolnosti (Blaikie, 2003). Popis je preporučljiv u slučajevima kada je mala veličina populacije, kada su neophodne informacije od svakog člana iste, kada je mogućnost grešaka prilikom izvlačenja uzorka velika, kao i onda kada pogrešno zaključivanje i odlučivanje uzrokuju visoke troškove. Uzorak se praktikuje u slučaju velike populacije, čiji bi obuhvat uzrokovao visoke troškove i zahtijevao dug period istraživanja. Posebno se preporučuje kod homogenih populacija.

Da bi se primijenila tehnika uzorkovanja, najprije je potrebno odrediti ciljnu populaciju iz koje se bira uzorak. Populacija se definiše u odnosu na svrhu istraživanja, a mogu je činiti ljudi, ali i drugi elementi (npr. članci u naučnim časopisima na određene teme). Uzorak je izbor elemenata populacije na osnovu kojeg će se donositi zaključci o cjelokupnoj populaciji (Saris & Gallhofer, 2007). Međutim, da bi se dobijeni rezultati iz uzorka mogli koristiti za donošenje zaključaka o populaciji, potrebno je odrediti uzorak na osnovu tehnika vjerovatnoće (Mahalanobis, 1946; Datta, 2009). Prilikom procesa uzorkovanja potrebno je voditi računa o minimiziranju tzv. uzoračkih i neuzoračkih grešaka. Iako primjena uzorka izvjesno dovodi do javljanja greške, cilj je učiniti tu grešku dovoljno malom da ne izazove pogrešnu formulaciju zaključaka (Lehtonen & Pahkinen, 2004). Uzoračke greške nastaju zbog činjenice da zaključivanje vršimo na osnovu uzorka, koji gotovo nikada nije savršeno reprezentativan, te neminovno mora postojati određena razlika tj. odstupanje od stvarnog stanja posmatrane pojave. Ova vrsta grešaka može se eliminisati ispitivanjem cijele populacije, tj. popisom. Neuzoračke greške su prisutne u svakom istraživanju, nezavisno od toga da li je riječ o uzorku ili čitavoj populaciji. Najčešće se u ovu grupu grešaka svrstavaju greške u mjerenju (kada ispitanik ne razumije pitanje ili ne želi da pruži pravi odgovor, ili kada anketar griješi prilikom evidencije odgovora), greške usljed neujednačenog pristupa istraživača prilikom prikupljanja podataka i greške u obradi podataka (greške prilikom unošenja ili kodiranja podataka, dodjele pondera i tabeliranja anketnih podataka).

Nereprezentativni uzorak odlikuje pristrasnost. Iako je činjenica da je pristrasnost teško mjerljiva kategorija, te i pored činjenice da je nemoguće imati idealan uzorak, važno je prilikom izbora uzorka voditi računa da pristrasnost bude što manja. Uzorak je potrebno definisati i u skladu sa načelom ekonomičnosti. Tačnije, odrediti uzorak sa niskom vrijednošću greške procjene, pri čemu bi dodatno povećavanje uzorka uslovalo relativno malo smanjenje greške procjene.

U istraživanju realizovanom među građanima kao uzorački okvir korišćen je birački spisak građana Crne Gore, iz kojeg je izvučen stratifikovani prost slučajni uzorak, planirane veličine 1,800 ispitanika (realizovano 1,769), čiji su stratumi bili regioni sjever, centar, jug i glavni grad Podgorica. Alokacija uzorka proporcionalna je veličini biračkih mjesta (mjereno brojem punoljetnih lica). Uzorak je realizovan u 180 biračkih mjesta. Uvažavajući činjenicu da svako biračko mjesto ima veliki broj punoljetnih lica, moralo se strogo voditi računa o tome da anketari ne biraju lica po sopstvenim preferencijama ili linijom manjeg otpora, već da se odrede pravila koja će slijediti, kako bi se uvažio princip slučajnosti. S tim u vezi, anketari su bili obavezni da anketiraju po 10 lica na području svakog biračkog mjesta. Selekcija domaćinstava vršena je metodom slučajnog koraka od zadate tačke, a selekcija lica u domaćinstvu metodom posljednjeg rođendana. Za navedenu veličinu uzorka, interval povjerenja od 95% za pojave sa incidencom od 50% iznosi $\pm 2.33\%$.

Prilikom prikupljanja podataka od zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, za javne zdravstvene ustanove je praktično izvršen popis, a u okviru svake zdravstvene ustanove u svrhu triangulacije podataka anketirane su po tri osobe, dok je za privatne zdravstvene ustanove korišćena kombinacija prigodnog uzorka i uzorka grudve snijega. Prigodni uzorak pripada kategoriji neslučajnih uzoraka, kod kojih se biraju članovi populacije koji su u datom trenutku dostupni. Uzorak grudve snijega je tip neslučajnog uzorka, u kojem ispitanici pomažu istraživaču u identifikaciji i ostvarivanju saradnje sa ostalim ispitanicima.

2.2.5. Izvori podataka

- Izvori podataka mogu se diferencirati u zavisnosti od vremena kada su prikupljeni, mjesta na kojem su prikupljeni i subjekata od kojih su dobijeni (Thurmond, 2001; Denzin, 2017). Istraživači na raspolaganju imaju različite izvore podataka, koji se najčešće grupišu

u sekundarne ili primarne izvore. Sekundarni podaci su podaci koji su raspoloživi, tj. već postoje u određenoj formi, prikupljeni za određene svrhe. Unutar sekundarnih podataka mogu se razlikovati interni i eksterni. Interni podaci su oni koji se mogu pribaviti u okviru organizacije koja je predmet analize, u vidu određenog izvještaja, analize ili tekuće evidencije (Mihailović, 2003). Eksterni izvori sekundarnih podataka, poput statističkih godišnjaka, ustavnih i zakonskih normi i dr., javljaju se izvan organizacije. Za razliku od sekundarnih, primarni podaci su originalni podaci koje istraživač ciljano prikuplja za tačno određenu svrhu istraživanja. Tačnije, to su svi oni podaci za čije dobijanje je potrebno organizovati posebno istraživanje. Nakon sagledavanja prednosti i nedostataka primarnih i sekundarnih izvora podataka izvršena je selekcija izvora, u zavisnosti od specifičnih zahtjeva konkretnih istraživačkih pitanja. Za potrebe ovog istraživanja, u svrhu dobijanja što objektivnijih rezultata, ali i zbog samog obima istraživačkog poduhvata, korišćeni su i sekundarni i primarni izvori podataka, na način kako je to specificirano dizajnom istraživanja, odnosno prikazano u popisu literature.

U traženje odgovora na osnovni naučni problem doktorske disertacije krenulo se putem prikupljanja i analize sekundarnih podataka. Cilj je bio sticanje šireg uvida u definisani problem, utvrđivanje naučnih zakonitosti između menadžmenta znanja, organizacionog dizajna i kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija, kao i načina i mogućnosti poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga. Analizirane su brojne relevantne dostupne informacije, uz vođenje računa o njihovoj pouzdanosti i tačnosti. Fokus je bio na istraživačkim radovima iz sljedećih naučnih baza: *Academy of Management*, *EBSCO*, *Emerald*, *OECD iLibrary*, *Oxford Journals Online*, *Sage Journals Online*, *ScienceDirect*, *Scopus*, *SpringerLink*, *Taylor and Francis Online*, *Web of Science*, *Wiley Online Library*, *JSTOR* i *Ulrichs Web*.

Takođe, u radu su analizirani i različiti dokumenti i akti koji sa mikro i makro aspekta determinišu funkcionisanje zdravstvenih organizacija, a vršena je i ciljana pretraga veb-stranica organizacija uključenih u istraživanje.

Nakon toga, krenulo se u prikupljanje primarnih podataka. Najprije, putem dva anketna upitnika. Prvi su popunjavali zaposleni u zdravstvenim ustanovama, a drugi građani Crne Gore. Istraživanje je sprovedeno direktnim odlaskom anketara u izabrane institucije, uz

prethodno dobijenu dozvolu (podršku) od strane Ministarstva zdravlja Crne Gore i Svjetske zdravstvene organizacije. Prosječno vrijeme za popunjavanje upitnika bilo je 35 minuta.

Zatim se krenulo u realizaciju intervjua sa rukovodiocima zdravstvenih institucija i organizacija i istaknutim stručnjacima u oblasti menadžmenta i zdravstva, ali i sa nekoliko pacijenata, sa svrhom provjere dobijenih rezultata i kvalitetnijeg zaključivanja. Organizovano je ukupno 10 polustrukturiranih intervjua, koji su u prosjeku trajali po sat vremena i 30 minuta (najkraći je trajao 50 minuta, a najduži dva sata i 20 minuta). Zavisno od preferencija sagovornika u intervjuima, jedan broj je snimljen, a zatim transkribovan, dok se u slučaju zabrane snimanja koristio metod zabilježki i napomena istraživača, koje su kasnije korišćene prilikom obrade. U tom smislu ponašanje istraživača za svaki razgovor je bilo različito, uz aktivno slušanje odgovora na otvorena pitanja i praćenje tema i nacрта pitanja. Takođe, nijesu postavljana ista pitanja svim sagovornicima, već su usklađivana s ulogom sagovornika u zdravstvenom sistemu.

Pored navedenog, istraživanje je realizovano i kroz pet fokus grupa (dvije sa po sedam, dvije sa po šest i jedna od pet članova). U fokus grupama bili su zastupljeni ljekari, medicinski tehničari, zaposleni u Ministarstvu zdravlja, stručnjaci iz oblasti menadžmenta i organizacije, kao i sami pacijenti. Posebno je vođeno računa o homogenosti grupa, sa svrhom da učesnici budu što opušteniji i otvoreniji za diskusiju. Prve dvije fokus grupe u svom sastavu su imale dominantno zaposlene u javnim zdravstvenim ustanovama, treća zaposlene u privatnim ustanovama, četvrta zaposlene u institucijama sistema i ljude iz menadžment struke, dok je peta fokus grupa dominantno okupila pacijente, tj. korisnike zdravstvenih usluga. Pored dodatne provjere dobijenih nalaza kvantitativnim istraživanjem, u okviru fokus grupa posebno je razmatran međusobni uticaj menadžmenta znanja i organizacionog dizajna.

Usljed činjenice da je istraživanje vršeno direktnom posjetom istraživača institucijama, to je bilo i prilike da se istraživač direktno upozna sa određenim aspektima organizacije na licu mjesta, kao i da obiđe službene prostorije, te je na taj način u prikupljanju podataka korišćen i metod posmatranja.

Kompletna istraživački proces obavljen je u skladu sa svim etičkim i moralnim standardima, počev od planiranja do realizacije i samog izvještavanja o dobijenim rezultatima. Obuka anketara za potrebe ovog istraživanja trajala je četiri dana, od čega dva dana za

potrebe istraživanja među građanima i isto toliko za istraživanje među zdravstvenim radnicima. Tokom obuke anketari su upoznati sa predmetom i ciljem istraživanja, ciljnim grupama, sadržajem upitnika, uputstvima za realizaciju uzorka, načinom vođenja intervjua, kao i ostalim organizaciono-tehničkim stvarima, nakon čega je uslijedilo testiranje anketara od strane istraživača (koji je takođe bio dio istraživačkog tima). Oni anketari koji su uspješno završili obuku angažovani su za rad na ovom istraživanju.

2.2.6.

Istraživački protokol kombinovanog (kvantitativnog i kvalitativnog) pristupa istraživanju

○ Istraživački protokol predstavlja mentalni okvir koji se razvija prije početka terenskog rada, sa svrhom sistematskog obuhvatanja istraživačkog pitanja (Yin, 2012). Protokol studije slučaja obično uključuje: obim studije slučaja, cilj i problem istraživanja, procedure prikupljanja i obrade podataka, te način zaključivanja i izvještavanja.

Precizno i temeljno sproveden proces prikupljanja podataka samo je jedan od uslovnih koraka dolaska do određenih empirijski utemeljenih zaključaka u procesu kvantitativnog istraživanja. Nakon što su podaci prikupljeni, neophodno ih je prilagoditi digitalnoj formi pogodnoj za analizu. Ovo se posebno odnosi na podatke prikupljene terenskim istraživanjem, ali treba imati u vidu da i elektronski prikupljeni podaci podrazumijevaju njihovu pripremu, provjeru i strukturiranje prije tretmana odgovarajućim statističkim softverima.

Prenos podataka iz papirnog u elektronski oblik zahtijeva pažljiv pristup, jer je moguće da u tom transferu dođe do grešaka. Iz tog razloga odgovore iz upitnika u računar prekucaju po pravilu dvije osobe. Zatim se porede rezultati koje su te dvije osobe ukucale i korriguju greške, na mjestima gdje su se pojavile razlike. Kod pitanja zatvorenog tipa greške ove vrste procjenjuju se na oko 0,5%, dok kod pitanja otvorenog tipa one u prosjeku iznose 5% (Biemer & Lyberg, 2003). Iako kod popunjavanja odgovora putem računara nema posebnih kontrola odgovora (sem programiranih polja za unos, koja mogu biti određena vrsta kontrole), istraživanja pokazuju da su greške u kucanju zanemarljive (Dielman & Couper, 1995; Lepkowski, Sadosky & Weiss, 1998; Beimer, 2009). Iz tih razloga – kako zbog smanjenja eventualnih grešaka u prekućavanju tako i u svrhu racionalnosti, preporučuje se korišćenje računara već u fazi prikupljanja podataka.

Za anketiranje među građanima korišćena je CAPI (*Computer-Assisted Personal Interviewing*) metoda. Preciznije, umjesto papirnih upitnika, korišćeni su tablet uređaji za prikupljanje podataka. Ovaj metod omogućava efikasniju realizaciju anketnog istraživanja na način što podržava automatsku razmjenu podataka između uređaja i servera, kao i mogućnost uvida u rezultate sa terena u realnom vremenu. Samim tim, moguće je i praćenje lokacije anketara u realnom vremenu, kao i podataka koji se odnose na početak i kraj intervjua, uključujući i posebno vrijeme za odgovor na svako pojedinačno pitanje. Na ovaj način stvoreni su uslovi da se uradi analiza navedenih podataka (socio-demografske karakteristike ispitanika, lokacija, vrijeme potrebno za popunjavanje upitnika) za svakog anketara ponaosob, što je bio i dodatni vid kontrole njihovog rada od strane istraživača.

Nerijetko se dešava da određena pitanja budu bez odgovora u upitniku, što otvara problem tretmana nedostajućih podataka (Pierzchala, 1990; Allison, 2002; Graham, 2009; Enders, 2010; Finch, 2010; Dong & Peng, 2013; Oblaković, Sokolovska & Dinić, 2015). Najčešće nedostaju odgovori na pitanja u vezi sa prihodima ili nekim ličnim karakteristikama ispitanika (Biemer, 2009), koje ispitanik svjesno preskoči, a nekada su jednostavno plod nemara ispitanika prilikom popunjavanja upitnika. U tim slučajevima, upitnik koji sadrži pitanja na koja nije odgovoreno ili nije u potpunosti odgovoreno, u zavisnosti od broja pitanja koja su ostala bez odgovora, može se u potpunosti eliminisati, ili se nedostajući podaci mogu popuniti korišćenjem odgovarajućih postupaka statističke imputacije. Pored problema nedostajućih vrijednosti, u ovoj fazi se vrši identifikacija tzv. neuzoračkih grešaka. Na primjer, može se desiti da neki odgovor bude pogrešan i da izlazi iz okvira zadatih vrijednosti. Takođe, može se desiti i da su dva odgovora ispitanika potpuno kontradiktorna (npr. ispitanik odgovori da ima 15 godina, a u nekom od narednih pitanja odgovori da ima 20 godina radnog iskustva). I u ovim slučajevima primjenom logičkih pravila vrše se odgovarajuće korekcije.

Dakle, nakon unosa u statistički softver, slijedi proces statističkog uređivanja podataka, koji se sastoji iz dvije faze: analize podatka u svrhu lokalizacije greške i statističke imputacije (De Wall, 2009). Analiza podataka podrazumijeva da se identifikuju prazna ili polja sa pogrešnim vrijednostima. Drugi korak odnosi se na korigovanje identifikovanih grešaka, kroz proizvodnju vještačkih vrijednosti koje supstituišu nedostajuće vrijednosti (Haziza, 2007; De Waal, Pannekoek & Scholtus, 2011), ali na način da ne remete validnost dobijenih rezultata.

Odgovori na otvorena pitanja nerijetko se kodiraju u odgovarajuće kategorije kako bi mogli biti tabelarno prikazani (Biemer, 2003). Najčešće se vrši trostepeno kodiranje, pri čemu je prva kategorija osnovna, dok su druga i treća detaljnije specificirane potkategorije. U određenim slučajevima postupak kodiranja moguće je vršiti putem odgovarajućih softvera (npr. ako su u pitanju visine prihoda, zanimanja i slično), dok kod zahtjevnijih analiza kodiranje vrši istraživač, na osnovu sopstvene logike i poznavanja teme kojom se bavi.

Kvalitativno istraživanje utemeljeno na prikupljanju primarnih podataka sprovodi se kroz pet faza (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009; Grah, 2016): 1) kreiranje baze podataka iz originalnih podataka, 2) razvrstavanje podataka iz baze postupkom kodiranja, na osnovu ponovnog čitanja materijala i razdvajanja na male djelove, 3) ponovno sastavljanje podataka, tj. njihova reorganizacija na osnovu sličnosti u posebne kategorije, 4) interpretacija podataka, u smislu davanja značenja podacima i 5) analiza dobijenih podataka i izvođenje konkretnih zaključaka. Kroz kompletan proces istraživanja sprovedena je i uporedna analiza dobijenih podataka, ali i njihovo poređenje sa dominantnim teorijskim postavkama.

Iako je u određenom domenu korišćen softver *NVivo*, iz želje da se istraživanje ne zasniva isključivo na unaprijed definisanoj logici softverskih sistema, dobar dio istraživanja je rađen bez korišćenja sofisticiranih softverskih rješenja. U tom smislu, ideja je da istraživačeva intelektualna radoznalost bude osnova istraživanja.

Nakon što su podaci prikupljeni putem upitnika uneseni u računar i dobijeni preliminarni rezultati analize na bazi dva upitnika, u skladu sa prezentovanim protokolom istraživanja, tretirani su i podaci prikupljeni kroz 10 intervju a i pet fokus grupa sa ključnim stejkholderima iz domena zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori.

2.2.7. Etička dimenzija istraživanja

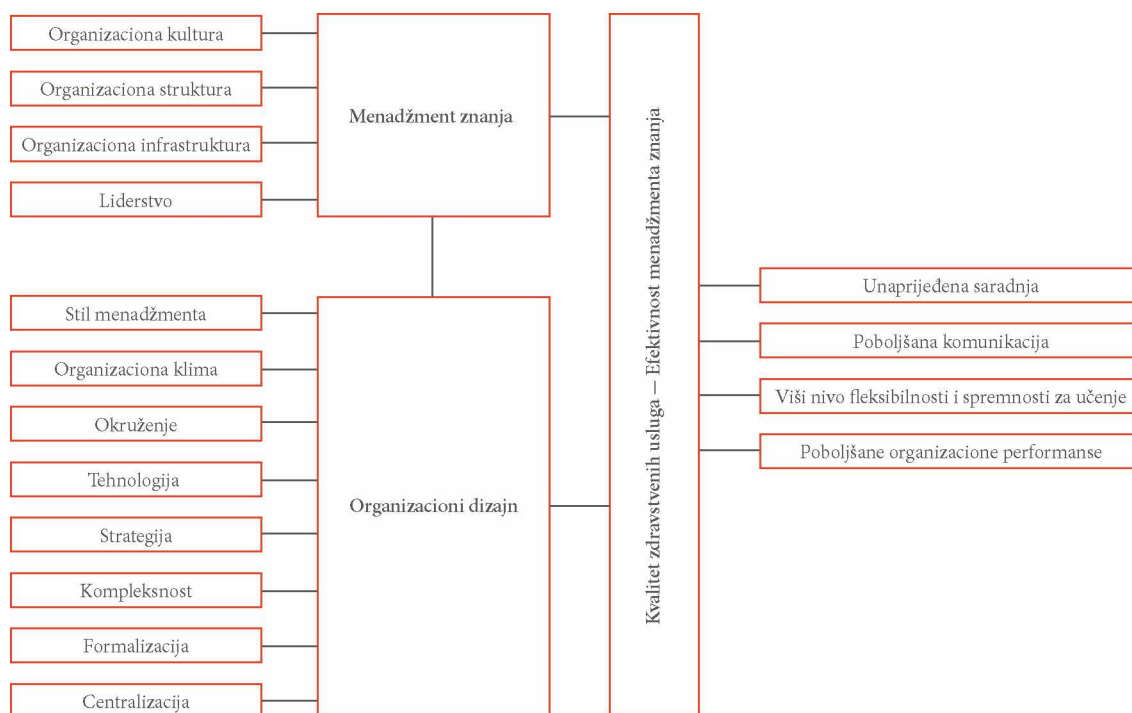
• Etika u istraživanju upućuje na potrebu pravilnog sprovođenja procesa istraživanja kroz pridržavanje etičkih principa i smjernica (Steane, 2004; Davis, 2005; Neuman, 2006; Johnson & Christensen 2012; Downes, 2014). Obaveza istraživača je da se pred-

stavi, upozna ispitanike sa detaljima istraživanja i onim što se od njih očekuje (posebno je važno u slučaju kada se razgovor snima upoznati učesnike sa tim i zatražiti saglasnost), s posebnim osvrtom na to da imaju pravo da biraju žele li učestvovati (Groves, Fowler, Couper, Lepkowski, Singer & Tourangeau, 2004; Brace, 2005). Posebno je važno na pravi način objasniti pitanja anonimnosti i povjerljivosti podataka, kao i procjenu predviđenog vremena za popunjavanje upitnika ili trajanje intervjua. Ukoliko ispitanik odbije da odgovori na anketu, ta odluka se mora poštovati (Cavana, Delahaye & Sekeran 2001). Istraživanje treba da bude modelovano na način da izbjegne negativan uticaj na karijeru ili prihod ispitanika. Ispitanici imaju pravo na iskren, otvoren i pošten pristup, pri čemu pravo na jednak – recipročan tretman ima i istraživač.

Povjerljivost i anonimnost ispitanika moraju biti garantovani na način da je onemogućena njihova identifikacija. To znači da se podaci mogu objaviti samo u odgovarajućem sumarnom obliku koji ne omogućava povezivanje odgovora sa ispitanikom (Skinner, 2009). Uz to, poželjno je da se prilikom samog anketiranja imena i prezimena ispitanika ne koriste, već se umjesto njih upotrebljavaju kodovi, što dodatno utiče na kvalitet anonimnosti podataka. U konkretnom istraživanju anonimnost se štitila na način što nijesu uzimana imena ispitanika. Pored toga, u svakoj ustanovi je intervjuisan jedan član uprave zdravstvene organizacije, jedan ljekar i jedan medicinski tehničar. S obzirom na činjenicu da u većini ustanova može biti i više članova uprave, a pogotovo je veći broj ljekara i medicinskih tehničara, to je mogućnost dovođenja odgovora u vezu sa ličnošću ispitanika nemoguća. Samim tim, etička pitanja u ovom istraživanju riješena su na odgovarajući način.

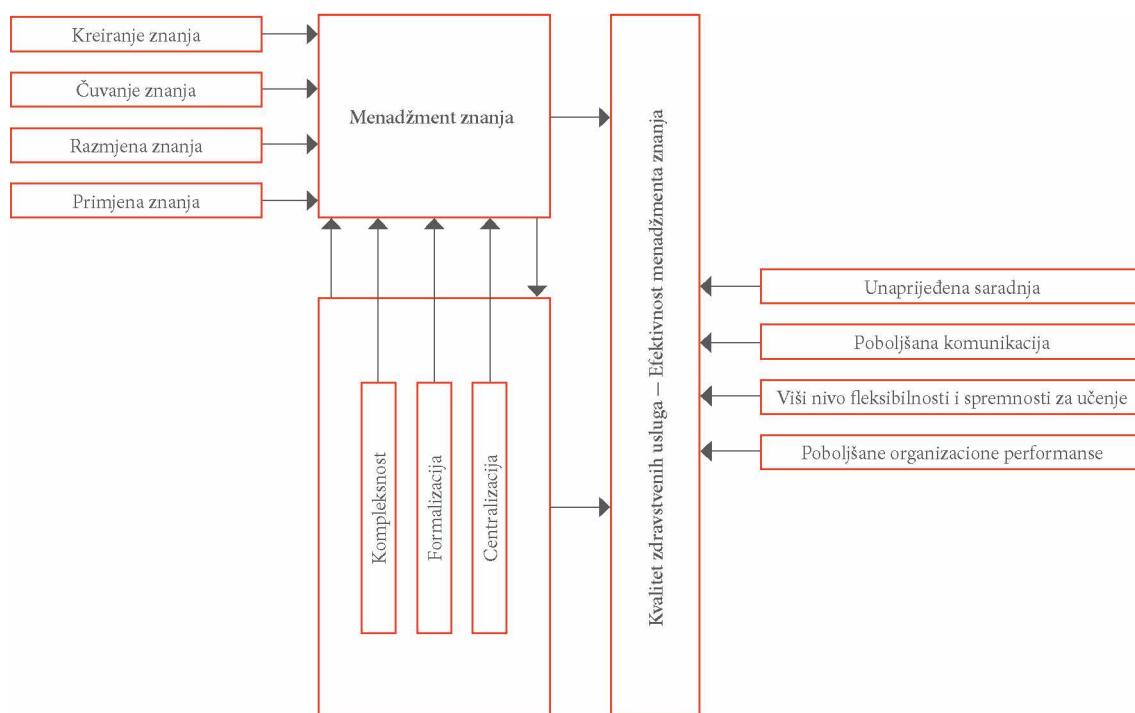
2.3. Empirijska izgradnja modela

- Detaljno predstavljanje faza istraživanja učinjeno je u dijelu 2.2. (tabela br. 2), a osnovni konceptualni model istraživanja prikazan je na slici br. 4. Istraživanjem su obuhvaćene različite dimenzije menadžmenta znanja i organizacionog dizajna zdravstvenog sistema Crne Gore, sa ciljem da se objasni njihov uticaj na kvalitet zdravstvenih usluga u Crnoj Gori.



Slika br. 4 – Konceptualni okvir istraživanja

Problem multidimenzionalnosti tri osnovna konstrukta istraživanja (menadžment znanja, organizacioni dizajn i kvalitet zdravstvenih usluga) zahtijevao je pojednostavljenje modela ili dodatno ispitivanje i veći uzorak ispitanika – što bi podrazumijevalo dodatno vrijeme i dodatna finansijska sredstva. Iz tih razloga, osnovni konceptualni model je korigovan (slika br. 5), kako bi istraživanje moglo biti operacionalizovano uz primjenu odgovarajućih naučnoistraživačkih metoda.



Slika br. 5 – Model istraživanja

Upitnici koji su korišćeni u okviru anketnog istraživanja dati su u prilogu (prilog A i B). Veza pitanja iz upitnika sa konkretnim varijablama poseban je prilog rada (C), dok je lista inicijalnih tema korišćenih u razgovoru tokom intervjua i fokus grupa data u prilogu D.

Istraživanje je dimenzionirano na način da odgovori na četiri istraživačka pitanja, i to:

1. *Kako menadžment znanja i organizacioni dizajn mogu poboljšati kvalitet usluga zdravstvenih organizacija?*

Odgovor na ovo istraživačko pitanje biće dat kroz unakrsnu analizu rezultata anketnog istraživanja i sprovedenih intervjua i fokus grupa, uz korišćenje metoda opisanih u dijelu 2.1.1. i 2.1.2;

2. *Kakav je međusobni odnos menadžmenta znanja i organizacionog dizajna u cilju poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija?*

Odgovor na ovo pitanje zasnovan je na istraživanju sprovedenom putem fokus grupa, opisanih u dijelu 2.1.2.6. i 2.2.5;

3. *U kojoj mjeri je menadžment znanja zastupljen u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori?*

Odgovor na ovo istraživačko pitanje biće predstavljen kroz analizu rezultata upitnika o zastupljenosti menadžmenta znanja na bazi različitih uzoraka uz korišćenje metoda opisanih u dijelu 2.1.1;

4. *Koliko se u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori vodi računa o potrebi permanentnog internog i eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna i transformacije organizacije u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga?*

Ovo pitanje biće razmatrano kroz kvantitativnu i kvalitativnu analizu, zasnovanu na anketnim upitnicima, kao i intervjuima i fokus grupama, na način kako je to objašnjeno u dijelu 2.1.3.

Takođe, istraživanje je usmjeravano na način da se dobiju naučno fundirani zaključci u vezi sa postavljenim osnovnim hipotezama rada.

- H1: *Veća zastupljenost i primjena menadžmenta znanja u organizaciji utiče na povećanje kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija.*

Testiranje hipoteze biće vršeno kroz unakrsnu analizu osnovnih konstrukata istraživanja zasnovanu na modeliranju strukturnih jednačina (SEM model – poglavlje 3.4.1), kao i kvalitativnom analizom.

- H2: *Rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na internom i eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija.*

Interno usklađivanje biće analizirano kroz prizmu sagledavanja elemenata organizacionog dizajna na bazi različitih uzoraka, dok je analiza eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna osmišljena kroz: poređenje osnovnih varijabli organizacionog dizajna prema regijama i tipu svojine (poglavlja 3.2.3, 3.2.4, 3.2.5. i 3.2.6), sagledavanje makroekonomskog konteksta zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori i komparativnu analizu u odnosu na različite zdravstvene sisteme (dio 3.2.1), organizaciono-pravni kontekst analize organizacionog dizajna zdravstvenog sistema (dio 3.2.2), analizu strateške orijentacije

zdravstvenih ustanova (efikasnost ili efektivnost) i uporednu analizu percepcije članova menadžmenta, zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, članova Sindikata doktora medicine i građana.

Testiranje ove hipoteze biće učinjeno unakrsnom analizom osnovnih konstrukata istraživanja, na bazi multikontigencijskog pristupa organizacionom dizajnu (poglavlja 3.2.2, 3.4.2. i 3.4.3).

Istraživač je na osnovu obimnog seta prikupljenih podataka iz velikog broja izvora bio u prilici da se kvalitetno upozna sa proučavanim poljem, te kroz primjenu kombinovanog modela kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja kvalitetno uobliči zaključke. Kriterijumi evaluacije konkretnog istraživanja biće predstavljeni u sljedećem dijelu.

2.4. Evaluacioni kriterijumi

• Bogatstvo korišćene metodologije podrazumijevalo je i korišćenje kombinacije raznovrsnih evaluacionih kriterijuma u različitim segmentima rada. Dok su kod statističkih i ekonometrijskih tehnika evaluacioni kriterijumi unaprijed određeni i kvantitativno izraženi, kvalitativni pristup istraživanju je učinio ovu studiju i kriterijume evaluacije složenijim. Otuda je u nastavku ukratko prezentovan način procjene kvaliteta dobijenih rezultata, odnosno izvođenja konkretnih zaključaka.

2.4.1. Evaluacija kombinovanog (kvantitativnog i kvalitativnog) istraživanja

• Set evaluacionih kriterijuma u ovom istraživanju je izrazito heterogen. S jedne strane prihvaćeni su kvantitativni kriterijumi evaluacije prilikom obrade podataka, u skladu sa izabranim statističkim i ekonometrijskim metodama, što je posebno objašnjeno u dijelu koji se odnosi na konkretne metode i tehnike (2.1.1).

Sa druge strane, korišćena je i kombinacija pristupa koji se preporučuju u kvalitativnim studijama. Najprije, bitan aspekt kvaliteta studije determiniše ponovljivost, tj. da li su istraživački metodi i proces dobijanja rezultata transparentni do mjere da bi drugi istraživači

koristeći isti metodološki instrument mogli doći do istih zaključaka. Zatim, od značaja za kvalitet studije je i valjanost dobijenih zaključaka, koja se analizira na osnovu stepena u kojem konkretni instrumenti mjere ono što se zaista želi mjeriti, odnosno ukazuju na problem koji je predmet istraživanja. Time se obezbjeđuje tzv. unutrašnja (interna) validnost studije. Sa druge strane, spoljašnja (eksterna) validnost dobija se analitičkom generalizacijom (Cozby & Bates, 2012), zasnovanom na analizi unakrsnih slučajeva i objašnjenju kontekstualnih faktora studije.

Takođe, u radu je izražena težnja za uvažavanjem vjerodostojnosti rezultata na sljedeće načine: 1) upoznatost istraživača sa temom koja omogućava logičko promišljanje i preispitivanje dobijenih rezultata, 2) sličnost istraživanja sa drugim istraživanjima u ovom domenu, koje omogućava komparaciju dobijenih rezultata (Lincoln & Guba, 1985; Eriksson & Kovalainen, 2008; Grah, 2016), 3) pouzdanost, u smislu odgovornosti u procesu istraživanja koja podrazumijeva logičan, sistematski i dokumentovan proces prikupljanja i analize podataka, tj. potkrijepljenost analize adekvatnim dokazima, ali i mogućnost da se praćenjem istog istraživačkog postupka dođe do istih rezultata i 4) pragmatizam, koji čini rezultate i interpretaciju istih shvatljivim, čak i onima koji nijesu direktno izučavali oblast organizacionog dizajna, menadžmenta znanja i zdravstvenog sistema.

Pored navedenog, autori koji se bave metodologijom mješovitog modela istraživanja sugerišu da je od značaja prilikom evaluacije uvažiti i sljedeće kriterijume (Charmaz, 2011, 182–183; Grah, 2016, 147): „originalnost, aktuelnost i korisnost“. Pod originalnošću se podrazumijeva dolazak do novih teorijskih ili praktičnih saznanja, koja predstavljaju proširenja ili unapređenja postojećih teorijskih koncepata i/ili praksi. Originalnost proističe iz kreativnog pristupa u istraživanju. Istraživačka pitanja treba da budu zanimljiva, relevantna i cjelovita, na način da podrazumijevaju kritički pristup, odnosno mogućnost čitaocu da samostalno donese zaključak. Aktuelnost rezultata podrazumijeva zainteresovanost šire populacije za rezultate, koji mogu pružiti nove uvide u odnosu na proučavane pojave, od značaja za društvo u cjelini. Korisnost podrazumijeva mogućnost praktične primjene dobijenih rezultata istraživanja u svrhu povećanja kvaliteta u predmetnoj oblasti.

Kako i sama teorija nalaže, nekada se u kvalitativnim studijama zajednički evaluacioni kriterijumi jednostavno napuštaju, zbog specifičnosti istraživačkog problema i potrebe da se problem sagleda i analizira iz odgovarajućeg metodološkog ugla, uvažavajući sve kontekstualne faktore.

2.4.2.

Kriterijumi evaluacije konkretnog istraživanja

- Pri samoj konstrukciji pitanja uzeta su u obzir tri najčešća pristupa, i to logički, faktorsko-analitički i empirijski (Black, 1999; Suzić, 2007).
- 1. Logički pristup polazi od teorijskih koncepata, zasnovanih na dosadašnjim istraživanjima i analizi velikog broja slučajeva iz različitih izvora.
- 2. Faktorsko-analitički pristup takođe polazi od određenog teorijskog koncepta, na osnovu kojeg se formuliše što širi skup pitanja. Iz velikog broja pitanja faktorskom analizom se dolazi do grupe pitanja koja najznačajnije doprinose objašnjenju varijanse i koja su najviše međusobno korelirana. Izabrana pitanja u konačnom definišu istraživački konstrukt.
- 3. Empirijski pristup je zasnovan na opservacijama. Istraživani fenomen se razmatra u realnoj situaciji, i to, ako je moguće, na način da posmatrani nije svjestan da je predmet posmatranja. Na osnovu posmatranja identifikuju se najfrekventnija ponašanja, u svrhu dobijanja odgovarajućih indikatora za konkretno istraživanje. Nakon identifikovanja osnovnih konstrukta istraživanja, formulišu se pitanja u odnosu na identifikovani konstrukt, koja se putem Kronbahovog alfa testa analiziraju u svrhu ispitivanja njihove unutrašnje konzistentnosti, tj. dolaska do odgovora da li sva pitanja determinišu isti konstrukt.

Kako je i navedeno u prethodnom dijelu, postoje različiti kriterijumi evaluacije istraživanja. Snaga višestrukih – mješovitih metoda istraživanja zasnovana je na kvalitetnom razumijevanju metodologije naučnog istraživanja i njene primjene, kao i korišćenju triangulacije u svrhu ukrštanja različitih perspektiva i iskustava prilikom donošenja zaključaka (Thurmond, 2001; Erzberger & Kelle, 2003; Bloch, Sørensen, Graversen, Schneider, Schmidt, Aagaard & Mejlgaard, 2014; Odendaal, Atkins & Lewin, 2016; Denzin, 2017). Cilj je eliminisati pristrasnost koja može biti inherentna pojedinačnim metodama (Denscombe, 2008). Pored toga, kvantitativni pristup omogućava širi obuhvat istraživanja, dok kvalitativna dimenzija garantuje „dubinu“, odnosno detaljnije proučavanje istraživanih fenomena (Vanderstoep & Johnston, 2009). Prednosti kombinovanog modela su brojne u odnosu na pojedinačne. Ipak, njihova vrijednost nije u broju korišćenih

metoda, već u tome u kojoj mjeri odgovaraju konkretnim pitanjima povodom kojih su odabrane i primijenjene (Odendaal, Atkins & Lewin, 2016). Izabrani pristupi podrazumijevaju i brojne izazove koji se tiču prikupljanja podataka koristeći više različitih strategija (Onwuegbuzie & Leech, 2006), kao i analize podataka koji su prikupljeni korišćenjem različitih metodoloških tehnika (Evans, Coon & Ume, 2011; Odendaal, Atkins & Lewin, 2016).

Ova studija uključuje i objašnjenje određenih problema i potencijalno konfliktnih podataka, kao i objašnjenje kako je istraživač prevazišao te probleme. Obim podataka uključenih u studiju i brojnost metodoloških tehnika podrazumijevali su fleksibilnost u tumačenju podataka i njihovo kontekstualno razmatranje. U tom smislu, standardni kriterijumi evaluacije praćeni su kao opšte smjernice, ali su ponekad prilagođeni konkretnom okruženju.

I pored činjenice da nije moguće obezbijediti apsolutnu objektivnost prilikom istraživanja, kompletno istraživanje je prožeto nastojanjem da se obezbijedi relativna neutralnost istraživača prilikom proučavanja ispitavnog fenomena i detaljan opis istraživanja i korišćenih metoda, počev od pripreme istraživanja, preko prikupljanja i analize podataka, do donošenja konkretnih zaključaka. Kreirane su i odgovarajuće baze podataka, koje uključuju i izvore prikupljenih podataka. Uz to, korišćena je i kombinacija pristupa usmjerenih na povećanje pouzdanosti i vjerodostojnosti. Pouzdanost se povećava dosljednom primjenom definisanih metodoloških pravila. Osim toga, od značaja je da period prikupljanja podataka bude što kraći, kako bi se obezbijedili kredibilniji zaključci prilikom analize podataka (njihovog poređenja i/ili agregiranja). Takođe, prilikom evaluacije posebna pažnja je usmjerena na internu i eksternu validnost istraživanja, kao i na metod generalizacije. U nekim segmentima rada, uzorak je dozvoljavao generalizaciju zaključaka u odnosu na kompletnu populaciju, dok u drugom dijelu rada generalizacija nije bila moguća na populaciju, ali jeste generalizacija na teoriju, u okviru odgovarajućeg istraživnog konteksta. Konačno, bitan segment evaluacije jeste i mogućnost praktične primjene rezultata istraživanja. U tom smislu, sa rezultatima istraživanja će posebno biti upoznati kreatori javnih politika iz oblasti zdravstva u Crnoj Gori. Ujedno, oni su bili uključeni i tokom faze pripreme istraživanja, za koje je istraživač dobio organizacionu

(ne i finansijsku) podršku od strane Ministarstva zdravlja i Svjetske zdravstvene organizacije. Predviđeno je da sa rezultatima istraživanja budu upoznati i svi rukovodioci zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori, koje su uzele učešće u istraživanju, stručna javnost kroz publikovanje segmenata istraživanja u naučnim časopisima, ali i najšira javnost putem javne odbrane doktorskog rada i na druge načine.

3

○

3.

ANALIZA PODATAKA I REZULTATA

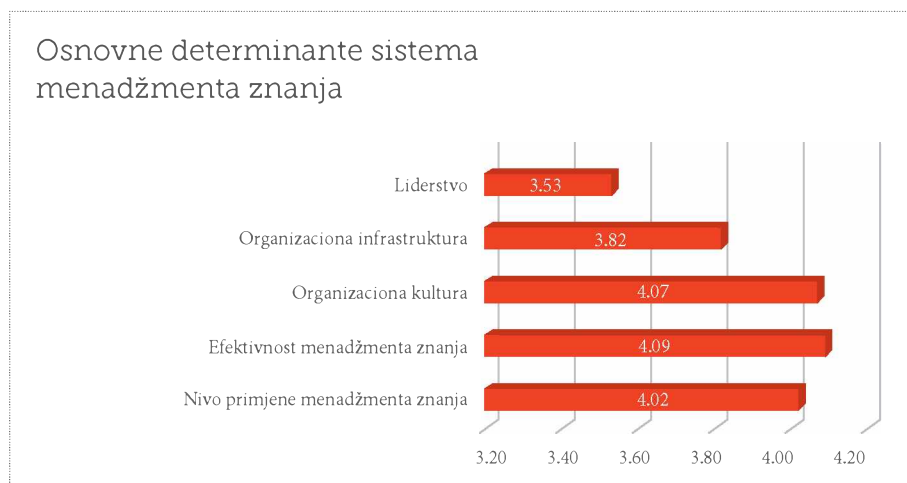
U ovom dijelu rada biće predstavljena analiza podataka i prezentovani rezultati dobijeni na osnovu istraživanja opisanog u drugom dijelu. Ovo poglavlje sastoji se iz četiri osnovne cjeline. U prvoj će biti analizirani rezultati koji se tiču menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori. Druga cjelina posvećena je organizacionom dizajnu zdravstvenih ustanova, a treća kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori. Četvrti dio ovog poglavlja bavi se unakrsnom analizom osnovnih konstrukata istraživanja, tj. menadžmenta znanja, organizacionog dizajna i kvaliteta zdravstvenih usluga.

3.1.

Menadžment znanja u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori

U ovom dijelu rada biće prezentovani rezultati istraživanja iz domena menadžmenta znanja na primjeru zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori.

Najprije će u svrhu upoznavanja sa ambijentalnim determinantama sistema biti predstavljen makroekonomski kontekst znanja u Crnoj Gori. Zatim slijede podaci istraživanja dominantno zasnovanog na prikupljanju primarnih podataka. Posebno će biti predstavljene informacije o uzorku, tj. strukturi ispitanika, nakon čega slijede konkretni rezultati o nivou primjene menadžmenta znanja, efektivnosti menadžmenta znanja, organizacionoj kulturi, organizacionoj infrastrukturi i liderstvu u zdravstvenom sistemu Crne Gore.



Slika br. 6 – Pr(ocjene) osnovnih determinanti sistema menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

Kako je prikazano na slici br. 6, nivo primjene menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori je ocijenjen sa 4.02, efektivnost menadžmenta znanja sa 4.09, dok su organizaciona kultura, organizaciona infrastruktura i liderstvo ocijenjeni sa 4.07, 3.82 i 3.53, respektivno. U nastavku će svaka od ovih ocjena biti detaljnije prezentovana kroz prizmu njenih osnovnih činilaca, uz ispitivanje postojanja statistički značajnih razlika u posmatranim determinantama između zdravstvenih ustanova iz različitih regija, kao i između privatnih i javnih zdravstvenih ustanova.

3.1.1.

Makroekonomski kontekst znanja u Crnoj Gori

○ Nakon što je izglasala nezavisnost, 21. maja 2006. godine, Crna Gora je, kao jedna od najmanjih država Evrope, suočena sa velikim brojem izazova u smislu institucionalizacije sistema. Kako je prikazano u tabeli br. 3, bruto društveni proizvod Crne Gore manji je nego u bilo kojoj od 28 zemalja članica Evropske unije, ali i manji nego u ostalim zemljama Zapadnog Balkana, koje po pristupanju Hrvatske Evropskoj uniji, čine potencijalno novi krug proširenja Evropske unije. S obzirom na to da su sve zemlje Zapadnog Balkana okružene zemljama Evropske unije, često se nazivaju i tzv. „balkanski prsten“ (Đurović, 2017), uz intenciju svih zemalja balkanskog prstena ka evropskoj integraciji, kao jednom od ključnih spoljnopolitičkih prioriteta.

Ako uporedimo bruto društveni proizvod Crne Gore i npr. Luksemburga (koji je takođe mala država), može se primijetiti da je bruto društveni proizvod Luksemburga u 2018. godini veći približno 13 puta od crnogorskog. Samim tim, jasno je da veličina zemlje, jednako kao što može biti hendikep u određenom smislu, može biti i prednost. Za malu ekonomiju kakva je crnogorska, uz sve bogatstvo resursa kojim raspolaže, nameće se obaveza da znanje bude jedan od ključnih razvojnih faktora u budućnosti, u svrhu dostizanja ili prestizanja nivoa kvaliteta života i ekonomskog standarda razvijenih zemalja Evrope. Posebno je okrenutost znanju, budućnosti i integraciji potrebna ako se uzmu u obzir turbulentan i složen političko-istorijski kontekst i sva negativna dešavanja na balkanskim prostorima u prethodnih nekoliko decenija. U tom smislu, Crna Gora, orijentisana ka znanju i budućnosti, mora iskoristiti prednosti malog sistema kao što su fleksibilnost i sposobnost brzog

reagovanja na promjene, kako bi njen već prisutan trend rasta i razvoja bio što izraženiji i brži. Projekcije Međunarodnog monetarnog fonda ukazuju na očekivani kontinuirani rast bruto društvenog proizvoda Crne Gore u narednih pet godina (Međunarodni monetarni fond, 2019). Očekivana stopa realnog rasta u narednoj godini je 3.4%.

Tabela br. 3 – Prikaz vrijednosti nominalnog bruto društvenog proizvoda evropskih zemalja za period 2014–2018. (u milionima eura)

Država / Godina	2014	2015	2016	2017	2018
Crna Gora	3,457.9	3,654.5	3,954.2	4,299.1	4,663.1
Lihtenštajn ¹⁴	5,021.7	5,649.1	5,617.2	5,717.4	-
Kosovo ¹⁵	5,567.5	5,807.5	6,070.1	6,413.8	6,725.9
Sjeverna Makedonija	8,562.0	9,072.3	9,656.5	10,038.3	10,698.1
Malta	8,508.3	9,657.9	10,346.5	11,302.8	12,323.8
Albanija	9,968.6	10,264.1	10,719.9	11,563.8	12,782.4
Bosna i Hercegovina	13,988.3	14,617.4	15,289.9	16,042.4	16,759.3
Kipar	17,408.5	17,826.9	18,872.9	20,039.7	21,137.8
Island	13,389.9	15,679.8	18,646.1	21,677.2	21,987.7
Estonija	20,180.0	20,782.2	21,693.6	23,775.8	26,035.9
Letonija	23,654.2	24,426.0	25,072.6	26,797.8	29,151.0
Srbija	35,467.5	35,715.5	36,723.0	39,183.3	42,855.5
Litvanija	36,544.8	37,321.8	38,893.4	42,269.4	45,264.4
Slovenija	37,634.3	38,852.6	40,366.6	42,987.1	45,754.8
Hrvatska	43,401.3	44,616.4	46,615.5	49,094.4	51,579.1
Bugarska	42,876.1	45,675.8	48,620.5	52,310.0	56,086.9
Luksemburg	49,824.5	52,065.8	54,867.2	56,814.2	60,053.1
Slovačka	76,255.9	79,758.2	81,038.4	84,517.0	89,721.0
Mađarska	105,905.9	112,210.3	115,259.2	125,603.1	133,782.2
Grčka	178,656.5	177,258.4	176,487.9	180,217.6	184,713.6
Rumunija	150,458.0	160,297.8	170,393.6	187,772.7	202,883.6
Portugal	173,053.7	179,713.2	186,489.8	195,947.2	203,896.2
Češka	156,660.0	168,473.3	176,370.1	191,721.8	207,772.4
Finska	206,897.0	211,516.0	217,484.0	225,785.0	234,453.0
Danska	265,757.0	273,017.6	282,090.0	292,806.1	298,276.5
Irska	194,818.2	262,833.4	271,683.6	297,130.8	324,038.2
Norveška	375,947.3	347,632.1	333,471.3	353,316.4	367,893.7
Austrija	333,146.1	344,269.2	357,299.7	370,295.8	385,711.9

¹⁴ Nedostaju podaci za 2018. godinu.

¹⁵ Ovaj natpis ne prejudicira status Kosova i u skladu je sa Rezolucijom Savjeta bezbjednosti Organizacije ujedinjenih nacija 1244/99.

Belgija	403,003.3	416,701.4	430,372.1	446,364.9	459,819.8
Švedska	437,540.9	454,184.3	466,347.6	479,605.4	471,196.2
Poljska	411,163.2	430,258.1	426,555.7	467,312.9	496,360.9
Švajcarska	534,923.4	612,658.5	606,773.1	602,268.6	597,008.7
Turska	703,411.6	772,978.8	780,224.9	754,902.2	652,519.9
Holandija	671,560.0	690,008.0	708,337.0	738,146.0	774,039.0
Španija	1,032,158.0	1,077,590.0	1,113,840.0	1,161,878.0	1,202,193.0
Italija	1,627,405.6	1,655,355.0	1,695,590.1	1,736,601.8	1,765,421.4
Francuska	2,149,765.0	2,198,432.0	2,234,129.0	2,295,063.0	2,353,090.0
Ujedinjeno Kraljevstvo	2,309,785.1	2,640,934.6	2,435,055.2	2,363,109.3	2,419,185.9
Njemačka	2,927,430.0	3,030,070.0	3,134,100.0	3,244,990.0	3,344,370.0

Izvor: Eurostat, 11. 11. 2019.

Tabela br. 4 – Prikaz osnovnih makroekonomskih agregata iz domena obrazovanja na nivou Crne Gore za period 2009–2020.

Godina	Ukupni BDP Crne Gore (u tekućim cijenama)	Sektor obrazovanja u BDP (u tekućim cijenama)	Broj zaposlenih u sektoru obrazovanja	Budžet Crne Gore ¹⁶	Sredstva iz budžeta za obrazovanje
2009	2,993,886,000	125,891,000	12,992	1,623,684,943.65	149,383,608.50
2010	3,125,090,000	147,563,000	12,282	1,425,963,634.38	132,710,312.27
2011	3,264,781,000	151,824,000	12,223	1,400,606,987.97	131,114,278.24
2012	3,181,477,000	157,603,000	13,101	1,378,561,776.66	132,958,692.08
2013	3,362,481,000	153,822,000	13,250	1,375,793,668.99	138,028,699.64
2014	3,457,922,000	152,076,000	13,363	1,509,031,975.30	154,100,301.62
2015	3,654,512,000	158,759,000	13,575	1,963,260,900.49	155,901,807.03
2016	3,954,212,000	168,434,000	13,759	2,125,615,876.83	165,009,559.88
2017	4,299,091,000	172,485,000	14,165	2,005,790,487.10	169,353,606.29
2018	4,663,130,000	178,297,000	14,494	2,004,134,964.15	172,455,311.56
2019	-	-	-	2,384,016,305.99	183,070,000.00
2020	-	-	-	2,578,920,533.32	199,580,000.00

Izvori: Monstat, 11. 11. 2019.

Zakoni o budžetu Crne Gore (2009–2019)

Prijedlog Zakona o budžetu Crne Gore za 2020. godinu

Ministarstvo finansija Crne Gore – Obrazloženje tekućeg budžeta, rezervi i budžeta fondova po funkcionalnoj klasifikaciji (2009–2019), 23. 11. 2019.

¹⁶ U ovom segmentu tretirani su planirani iznosi sredstava za razmatrani period na osnovu Zakona o budžetu, a zbog nedostatka podataka za posmatrani period po završnom računu budžeta (iznosi bi bili dijelom drugačiji, npr. usljed rebalansa budžeta, ukoliko bi se analiza vršila na osnovu Zakona o završnom računu budžeta).

U tabeli br. 4 može se primijetiti da su opredijeljena sredstva iz budžeta Crne Gore za obrazovanje, u prethodnih pet godina, stalno rastuća iz godine u godinu (u apsolutnim iznosima), kao i broj zaposlenih u obrazovnom sektoru, što ukazuje na to da je obrazovanje prepoznato kao važan faktor razvoja nacionalne ekonomije. Takođe, predviđeno je i povećanje izdvajanja iz budžeta za obrazovanja u 2020. godini u iznosu od oko 16.51 milion eura. U relativnim pokazateljima, sredstva opredijeljena za obrazovanje u prethodnih pet godina, mjereno u odnosu na bruto društveni proizvod, bilježe opadajući trend sa 4.5% bruto društvenog proizvoda u 2014. godini na 3.7% u 2018. godini. Kina, kao jedna od vodećih ekonomija svijeta, u prethodnoj (2018) godini za obrazovanje je izdvojila 4.11% bruto društvenog proizvoda (Xinhua, 2019). Prema raspoloživim podacima Svjetske banke, Srbija je u 2017. godini izdvojila 3.95% bruto društvenog proizvoda na obrazovanje. U istoj godini, izdvajanja Crne Gore činila su 3.94% bruto društvenog proizvoda.

Na osnovu intervjua i fokus grupa sa zaposlenim u zdravstvenom sektoru, stiče se utisak da znanje u Crnoj Gori još uvijek nije na cijeni – u mjeri u kojoj bi trebalo, te da umjesto znanja često znaju biti bitnije porodične, prijateljske i/ili političke relacije i reference. Zaposleni u obrazovnom sektoru nijesu zadovoljni primanjima, ali se i na ovom polju primjećuju pozitivni pomaci. U tom smislu, nedavno su se Sindikat prosvjete i Vlada Crne Gore usaglasili oko plana povećanja zarada i potrebe kontinuiranog unapređenja obrazovnog sistema. Obrazovni sistem kao temelj svakog društva i izvor znanja svake profesije mora biti građen na način da status profesora, kao i zdravstvenog radnika, budu vrijedni u društvu. Ne bude li tako, najbolji kadar će zaobilaziti rad u obrazovnom sektoru i tražiti finansijski isplativije angažmane u privatnim organizacijama ili inostranstvu. Sve to posljedično može uzrokovati trajne negativne sistemske posljedice.

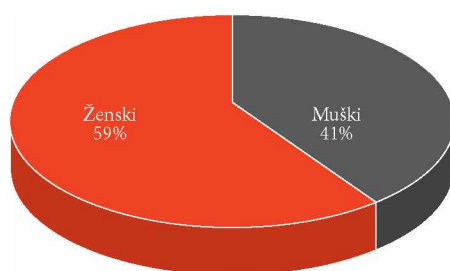
U vremenu kada se promjene u svim oblastima društvenog djelovanja dešavaju na brz i nepredvidiv način, znanje (u smislu cjeloživotnog učenja) treba da bude u fokusu donošenja odluka i prepoznato kao osnovna pretpostavka konkurentnosti nacionalne ekonomije. Samim tim, sistemsku fleksibilnost, održivost i otpornost na promjene iz okruženja, treba graditi na način da se znanje i usavršavanje prepoznaju kao ključna referenca napretka u svim sferama života. Samo u tom slučaju, može se računati da će se i dugoročno mladi ljudi više odlučivati za kvalitet nego za kvantitet, za znanje, a ne za ocjenu, i za aktivaciju i interesovanje umjesto za indolentnost.

3.1.2. Profil ispitanika/ca

U ovom dijelu rada biće razmotreni rezultati istraživanja sprovedenog na uzorku od 135 ispitanika iz 45 zdravstvenih ustanova, od čega 32 javne i 13 privatnih. Iz svih 45 ustanova anketirane su po tri osobe i to po pravilu jedan član uprave, jedan ljekar i jedan zdravstveni saradnik (npr. medicinski tehničar). Svi ispitanici su zaposleni u oblasti zdravstva duže od pet godina.

Pol

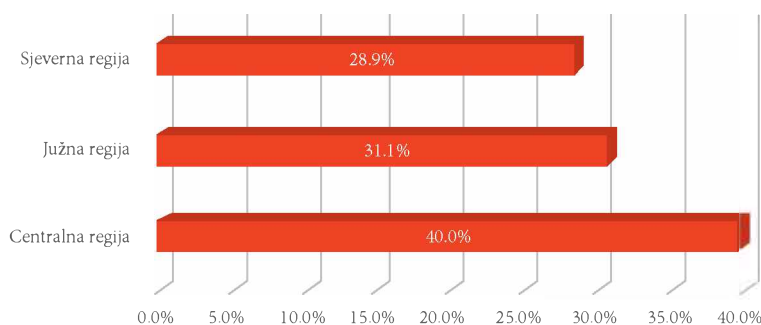
■ Muški
■ Ženski



Slika br. 7 – Struktura ispitanika/ca iz zdravstvenih ustanova prema polu

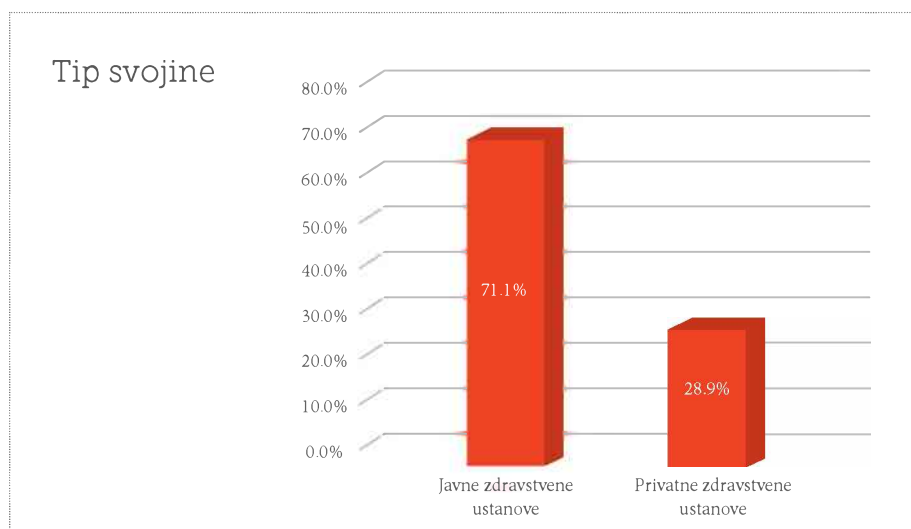
Kao što je prikazano na slici br. 7, od 135 ispitanika u uzorku je bilo 55 muškaraca i 80 žena (40.7% i 59.3%, respektivno). Prosječna starost ispitanika je 49 godina. Pored toga, ispitanici su u prosjeku 24 godine zaposleni u zdravstvenom sektoru, a 17 godina (prosječno) su u kontinuitetu zaposleni u zdravstvenoj ustanovi u vezi sa kojom su davali odgovore.

Regija



Slika br. 8 – Struktura zdravstvenih ustanova koje su obuhvaćene istraživanjem po regijama

Istraživanjem su obuhvaćene zdravstvene ustanove iz svih djelova zemlje, što omogućava poređenje po regionima. Kako je prikazano na slici br. 8, najveći broj zdravstvenih ustanova obuhvaćenih istraživanjem nalazi se u centralnom dijelu Crne Gore (40.0%), dok je broj ustanova iz južnog i sjevernog dijela manji i iznosi 31.1% i 28.9%, respektivno.



Slika br. 9 – Struktura zdravstvenih ustanova koje su obuhvaćene istraživanjem prema tipu svojine

Uzorak ustanova je raznovrstan i sa aspekta vlasništva, te su zastupljene i javne i privatne zdravstvene ustanove. Kako je prikazano na slici br. 9, ispitanika iz privatnih zdravstvenih ustanova je bilo 39 (13 ustanova) ili 28.9%, dok je ispitanika iz javnih zdravstvenih ustanova bilo 96 (32 ustanove) ili 71.1%.

Pored 135 ispitanika iz osnovnog uzorka, naknadno je ispitano još 16 ljekara, članova Sindikata doktora medicine, iz različitih javnih zdravstvenih ustanova. Svrha dodatnog istraživanja bila je poređenje razlika u percepciji posmatranih fenomena od strane zaposlenih u istoj instituciji. Na primjer, biće analizirani odgovori dva ljekara iz iste institucije (jednog koji je za učešće u istraživanju uključen posredstvom uprave, i drugog koji je uključen posredstvom Sindikata doktora medicine). Pored toga, vršiće se i analiza odgovora ljekara delegiranog od strane Sindikata doktora medicine sa prosječnom percepcijom zasnovanom na odgovorima tri ispitanika uključena u istraživanje posredstvom uprave zdravstvene ustanove.

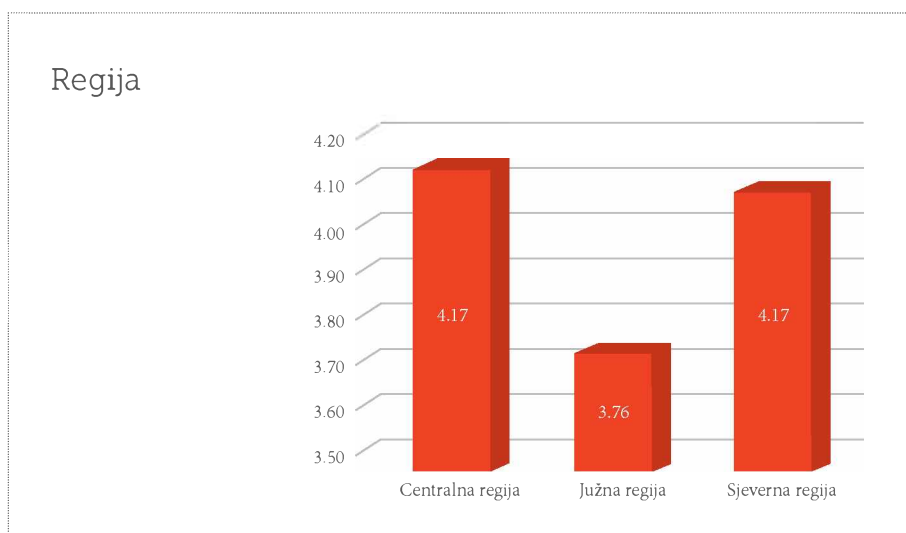
Primjenom Kolmogorov–Smirnovljevog testa za ocjenu normalnosti serije podataka dokazano je da je raspodjela asimetrična (Sig. < 0.05). Iz tog razloga, za analizu podataka

istraživanja realizovanog među zaposlenima u zdravstvenim ustanovama korišćene su neparametarske metode. Neparametarske metode koriste se u situacijama kada nemamo normalnu distribuciju, kada radimo sa malim uzorcima, i u situaciji kada koristimo ordinalne podatke. Među nedostatke ovih metoda ubraja se njihova manja preciznost u odnosu na parametarske metode. Ipak, uvažavajući činjenicu da je riječ o percepciji zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, te da se radi o njihovim stavovima i mišljenjima, korišćenje neparametarskih tehnika u ovom konkretnom slučaju neće prikazati suštinski drugačiju sliku u odnosu na parametarske metode.

3.1.3.

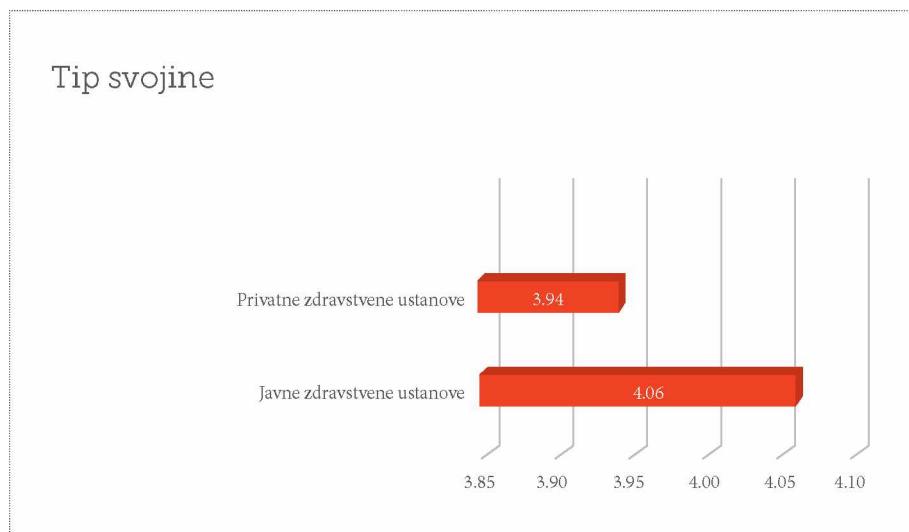
Nivo primjene menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

Istraživanje je (na uzorku od 135 zdravstvenih radnika) pokazalo da je prosječna ocjena nivoa primjene menadžmenta znanja u posmatranim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori 4.02 (mjereno Likertovom petostepenom skalom). Na slici br. 10 predstavljen je raspored ocjena nivoa primjene menadžmenta znanja po regijama. Najveća ocjena zabilježena je u centralnom regionu (4.17), zatim u sjevernom (4.11) i najniža u južnom (3.76). Ipak, Kruskal–Valisov test je pokazao da između ovih ocjena, sumarno posmatrano, nema statistički značajnih razlika.



Slika br. 10 – Pr(ocjene) nivoa primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

Na slici br. 11 predstavljen je nivo primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama, sa aspekta vlasništva – prema tipu svojine. Nivo primjene menadžmenta znanja u javnim zdravstvenim ustanovama ocijenjen je sa 4.06, dok je u privatnim zdravstvenim ustanovama ocjena bila 3.94.



Slika br. 11 – Pr(ocjene)nivoa primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

Statistička značajnost razlika u nivou primjene menadžmenta znanja između privatnih i javnih ustanova utvrđena je na bazi Man–Vitnjevog U testa ($U = 1442.5$, $p = 0.037$). Nivo primjene menadžmenta znanja, mjereno medijanom, u javnim ustanovama iznosi 4.21, dok u privatnim ustanovama isti pokazatelj iznosi 3.94.

U tabeli br. 5 predstavljen je nivo zastupljenosti menadžmenta znanja po fazama. Raspon ocjena u upitniku bio je od 1 do 5. Može se konstatovati da ne postoje bitne razlike između ocjena pojedinačnih faza menadžmenta znanja. Kreiranje znanja ocijenjeno je prosječnom ocjenom 3.90, čuvanje znanja 4.01, razmjena znanja 4.12, a primjena znanja 4.06.

Tabela br. 5 – Nivo zastupljenosti menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori po fazama

Faze menadžmenta znanja	Broj ispitanika/ca	Prosječna ocjena	Standardna devijacija	Minimum	Maksimum
Kreiranje znanja	135	3.9037	.79475	1.33	5.00
Čuvanje znanja	135	4.0104	.82147	1.00	5.00
Razmjena znanja	135	4.1222	.74209	1.00	5.00
Primjena znanja	135	4.0630	.78355	1.00	5.00

U nastavku je analizirana primjena menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim institucijama po regijama. Posebno je ispitivano postojanje statistički značajnih razlika u zastupljenosti menadžmenta znanja u odnosu na regije. Kako se može primijetiti u tabeli br. 6, sjeverna regija prednjači kada je u pitanju kreiranje znanja, dok su po pitanju čuvanja, razmjene i primjene znanja prvorangirane zdravstvene ustanove iz centralnog dijela Crne Gore. Zdravstvene ustanove iz južne regije, kroz sve četiri faze, bilježe lošiji rezultat nego ustanove iz sjevernog i centralnog regiona.

Tabela br. 6 – Rangiranje nivoa primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

<i>Faze menadžmenta znanja</i>	<i>Regija</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Kreiranje znanja	Sjeverna	39	72.12
	Centralna	54	69.02
	Južna	42	62.87
	<i>Ukupno</i>	135	
Čuvanje znanja	Centralna	54	75.66
	Sjeverna	39	71.21
	Južna	42	55.18
	<i>Ukupno</i>	135	
Razmjena znanja	Centralna	54	72.78
	Sjeverna	39	68.73
	Južna	42	61.18
	<i>Ukupno</i>	135	
Primjena znanja	Centralna	54	75.39
	Sjeverna	39	72.42
	Južna	42	54.39
	<i>Ukupno</i>	135	

Kruskal–Valisov test je pokazao statistički značajnu razliku u nivoima kvaliteta čuvanja znanja ($x^2 = 6.937$, $df = 2$, $p = 0.031$) i primjene znanja ($x^2 = 7.569$, $df = 2$, $p = 0.023$) u odnosu na regiju u kojoj se nalaze zdravstvene ustanove. Kako bi utvrdili među kojim regijama se nalazi razlika, primijenjeno je Bonferonijevo prilagođavanje. U oba slučaja, i za čuvanje i za primjenu znanja, utvrđena je statistički značajna razlika u nivou ovih kategorija između južne i centralne regije, dok takvih razlika nema između južne i sjeverne, kao ni između sjeverne i centralne regije.

Posebno je analizirana i razlika u nivoima primjene menadžmenta znanja prema tipu svojine, kako je prikazano u tabeli br. 7. Kroz sve četiri faze menadžmenta znanja primjetno je da se javne zdravstvene ustanove rangiraju iznad privatnih.

Tabela br. 7 – Rangiranje nivoa primjene menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

<i>Faze menadžmenta znanja</i>	<i>Tip svojine</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>	<i>Rang (sumarno)</i>
Kreiranje znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	73.19	7026.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	55.22	2153.50
	<i>Ukupno</i>	135		
Čuvanje znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	70.30	6748.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.35	2431.50
	<i>Ukupno</i>	135		
Razmjena znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	72.43	6953.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	57.10	2227.00
	<i>Ukupno</i>	135		
Primjena znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	71.18	6833.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	60.17	2346.50
	<i>Ukupno</i>	135		

Man–Vitnijev U test je otkrio da postoje statistički značajne razlike kada su u pitanju nivoi kvaliteta kreiranja znanja i razmjene znanja između javnih i privatnih zdravstvenih ustanova. Naime, kod kreiranja znanja, pokazatelji su sljedeći: $U = 1373.5$, $p = 0.014$, dok je kod razmjene znanja vrijednost pokazatelja sljedeća: $U = 1447.0$, $p = 0.039$. Takođe, primjetno je da su nivoi kvaliteta čuvanja i primjene znanja na višem nivou u javnim (medijana iznosi 4.0 i 4.25, respektivno) nego u privatnim ustanovama (3.8 i 4.0).

3.1.4.

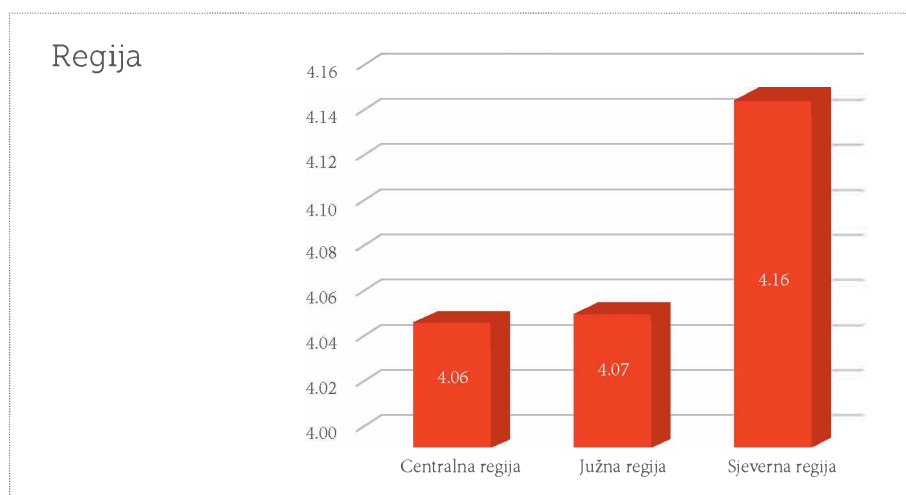
Efektivnost menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

○ Efektivnost se najjednostavnije definiše kao „raditi pravu stvar” (Drucker, 2007). Prava stvar u kontekstu organizacija koje pružaju zdravstvene usluge jeste proizvesti željeni ishod u tretmanu pacijenta. U tom smislu efektivnost menadžmenta znanja u ovom istraživanju tretira kvalitet zdravstvenih usluga.

Efektivnost, za razliku od efikasnosti („raditi na pravi način”), predstavlja spoljnu odliku organizacije, tj. daje odgovor na pitanje da li organizacija funkcioniše na način koji proizvodi željenu reakciju tržišta na njihove proizvode i/ili usluge.

U skladu sa poznatom izjavom jednog od najvećih menadžment autoriteta u svijetu Pitera Drakera: „Ono što ne može biti mjereno, kao da ne postoji”, u ovom istraživanju je stavljen akcenat na dimenzije kvaliteta koje mogu biti mjerene. Stoga, u konkretnom slučaju efektivnost menadžmenta znanja podrazumijeva pozitivno odražavanje na kvalitet zdravstvenih usluga kroz unaprijeđenu saradnju, poboljšanu komunikaciju, viši nivo fleksibilnosti i spremnosti za učenje i poboljšane organizacione sposobnosti.

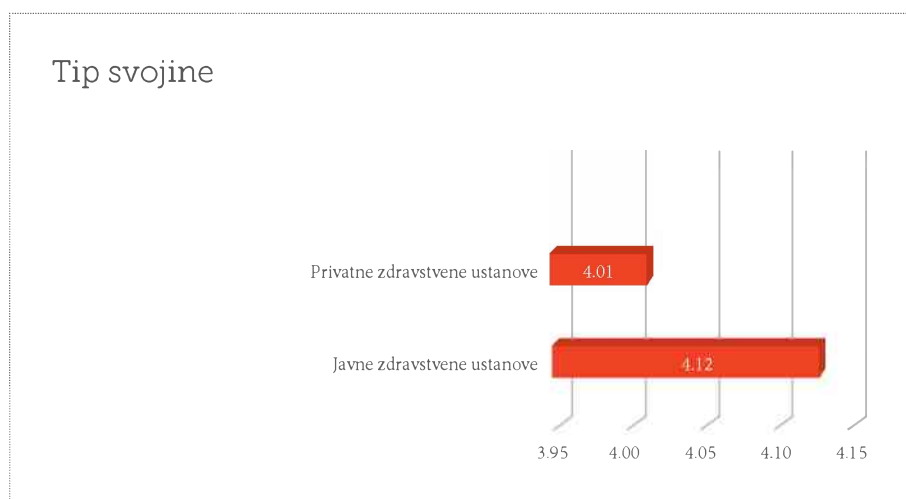
Ukupna prosječna ocjena efektivnosti menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori (na uzorku od 135 ispitanika) iznosi 4.09. Na slici br. 12 prikazan je raspored ocjena efektivnosti menadžmenta znanja po regijama. Najveća ocjena efektivnosti menadžmenta znanja dobijena je u sjevernom regionu (4.16), dok su u južnom i centralnom ocjene približno jednake (4.07 i 4.06, respektivno).



Slika br. 12 – Pr(ocjene) efektivnosti menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

Kruskal–Valisov test ukazuje da ne postoje statistički značajne razlike u efektivnosti menadžmenta znanja (na bazi prosječnih ocjena efektivnosti menadžmenta znanja) posmatrano po različitim regijama.

Analiza sa aspekta vlasništva pokazala je da je efektivnost menadžmenta znanja veća u javnim nego u privatnim zdravstvenim ustanovama, kako je prikazano na slici br. 13. Ocjena efektivnosti znanja u privatnim zdravstvenim ustanovama je 4.01, dok je u javnim zdravstvenim ustanovama 4.12.



Slika br. 13 – Pr(ocjene) efektivnosti menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

Primjenom Man–Vitnijevog U testa utvrđeno je da nema statistički značajnih razlika između efektivnosti menadžmenta znanja u privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama.

Tabela br. 8 – Nivo efektivnosti menadžmenta znanja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

Obilježja efektivnosti menadžmenta znanja	Broj ispitanika ¹⁷	Prosječna ocjena	Standardna devijacija	Minimum	Maksimum
Unaprijedena saradnja	126	4.0940	.55168	2.50	5.00
Poboljšana komunikacija	126	4.1254	.64782	1.60	5.00
Viši nivo fleksibilnosti	126	4.1481	.61182	2.00	5.00
Poboljšane organizacione performanse	126	3.9901	.58969	2.17	5.00

¹⁷ Broj ispitanika u ovom slučaju je 126 (a ne 135) iz razloga što je devet ispitanika (sedam iz javnih i dva iz privatnih ustanova) odgovorilo da u njihovoj ustanovi ne postoji niti formalno niti neformalno upravljanje znanjem. Iz tog razloga su, u skladu sa instrukcijama datim u upitniku, preskočili set pitanja kojim je determinisana efektivnost menadžmenta znanja.

U tabeli br. 8 predstavljene su ocjene pojedinačnih obilježja efektivnosti menadžmenta znanja. Kako se može primijetiti, najveća efektivnost menadžmenta znanja izmjerena je kroz viši nivo fleksibilnosti organizacije (4.15). Poboljšanje komunikacije ocijenjeno je sa 4.13, unaprijeđena saradnja sa 4.09, dok je poboljšanje organizacionih performansi vrednovano ocjenom 3.99.

Rangiranje obilježja efektivnosti menadžmenta znanja izvršeno je u odnosu na tri regije, što je prikazano u tabeli br. 9. Saradnja, komunikacija i fleksibilnost najbolje su rangirane u zdravstvenim ustanovama sjeverne regije, dok su organizacione performanse najbolje u ustanovama centralne regije.

Tabela br. 9 – Rangiranje nivoa efektivnosti menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

<i>Obilježja efektivnosti menadžmenta znanja</i>	<i>Regija</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Unaprijeđena saradnja	Sjeverna	34	71.44
	Centralna	54	60.75
	Južna	38	60.30
	<i>Ukupno</i>	126	
Poboljšana komunikacija	Sjeverna	34	69.37
	Južna	38	62.22
	Centralna	54	60.70
	<i>Ukupno</i>	126	
Viši nivo fleksibilnosti	Sjeverna	34	70.32
	Južna	38	61.39
	Centralna	54	60.69
	<i>Ukupno</i>	126	
Poboljšane organizacione performanse	Centralna	54	65.79
	Sjeverna	34	62.51
	Južna	38	61.13
	<i>Ukupno</i>	126	

Kruskal–Valisov test je pokazao da ne postoje statistički značajne razlike u nivoima efektivnosti menadžmenta znanja posmatrano po različitim regijama.

Takođe, učinjeno je i poređenje nivoa efektivnosti menadžmenta znanja u privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama, što je prikazano u tabeli br. 10. Kako se da primijetiti,

sva četiri obilježja efektivnosti menadžmenta znanja bolje su ocijenjena u javnim nego u privatnim zdravstvenim ustanovama.

Tabela br. 10 – Rangiranje nivoa efektivnosti menadžmenta znanja u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

<i>Obilježja efektivnosti menadžmenta znanja</i>	<i>Tip svojine</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Unaprijedena saradnja	Javne zdravstvene ustanove	89	65.05
	Privatne zdravstvene ustanove	37	59.77
	<i>Ukupno</i>	126	
Poboljšana komunikacija	Javne zdravstvene ustanove	89	65.46
	Privatne zdravstvene ustanove	37	58.80
	<i>Ukupno</i>	126	
Viši nivo fleksibilnosti	Javne zdravstvene ustanove	89	65.60
	Privatne zdravstvene ustanove	37	58.45
	<i>Ukupno</i>	126	
Poboljšane organizacione performanse	Javne zdravstvene ustanove	89	64.03
	Privatne zdravstvene ustanove	37	62.22
	<i>Ukupno</i>	126	

Ipak, i pored različitih ocjena, na osnovu Man–Vitniji-evog U testa utvrđeno je da razlike nijesu statistički značajne.

3.1.5. Organizaciona kultura u funkciji menadžmenta znanja

• Organizaciona kultura izražena brojčano na bazi odgovora na pitanja iz upitnika (prilog A) u crnogorskim zdravstvenim ustanovama vrednovana je prosječnom ocjenom 4.07. Kako se može primijetiti na slici br. 14, ocjene organizacione kulture su gotovo identične u različitim regijama i iznose po 4.07 za centralnu i sjevernu regiju, odnosno 4.06 za južnu. Da u odnosu na organizacionu kulturu ne postoje statistički značajne razlike između regiona potvrđeno je i analizom varijanse – ANOVA ($F = 0.084$, $df = 2$, $p > 0.05$), nakon što je izvršena refleksija i normalizacija podataka (korišćen *Square Root* metod) i nakon što je na bazi Kolmogorov–Smirnovljevog testa utvrđena normalnost distribucije ($df = 151$, $p > 0.05$).

Tabela br. 11 – Kvalitet organizacione kulture u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

<i>Obilježja organizacione kulture</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Prosječna ocjena</i>	<i>Standardna devijacija</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
Posvećenost misiji	135	3.9580	.64573	2.33	5.00
Organizaciono učenje	135	4.1259	.66557	2.50	5.00
Povjerenje, saradnja i poštovanje	135	4.1222	.59449	2.75	5.00
Kreativnost i inovacije	135	4.0667	.82136	1.00	5.00

Primjetne su i razlike u kvalitetu obilježja organizacione kulture u različitim regionima, što je prikazano u tabeli br. 12. Tako je posvećenost misiji najbolje ocijenjena u zdravstvenim ustanovama sjeverne regije. Povjerenje, saradnja i međusobno poštovanje najveći su u južnoj regiji, dok su organizaciono učenje, kreativnost i inovacije najizraženiji u zdravstvenim ustanovama iz centralnog dijela Crne Gore.

Tabela br. 12 – Rangiranje kvaliteta organizacione kulture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

<i>Obilježja organizacione kulture</i>	<i>Regija</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Posvećenost misiji	Sjeverna	39	82.83
	Južna	42	65.75
	Centralna	54	59.04
	<i>Ukupno</i>	135	
Organizaciono učenje	Centralna	54	71.49
	Sjeverna	39	67.62
	Južna	42	63.87
	<i>Ukupno</i>	135	
Povjerenje, saradnja i poštovanje	Južna	42	72.39
	Sjeverna	39	67.06
	Centralna	54	65.26
	<i>Ukupno</i>	135	
Kreativnost i inovacije	Centralna	54	74.61
	Južna	42	68.13
	Sjeverna	39	58.71
	<i>Ukupno</i>	135	

Kruskal–Valisovim testom je ispitana statistička značajnost razlika u obilježjima organizacione kulture po regijama. Statistički značajna razlika ustanovljena je u ocjeni posvećenosti misiji ($\chi^2 = 8.806$, $df = 2$, $p = 0.012$) među ustanovama koje pripadaju različitim regijama. Bonferonijevim prilagođavanjem utvrđeno je da je razlika u posvećenosti misiji statistički

značajna između centralne i sjeverne regije, dok razlike između centralne i južne, odnosno južne i sjeverne regije nijesu statistički značajne. Između nivoa organizacionog učenja, povjerenja, saradnje i poštovanja, kao i kreativnosti i inovacija, nijesu ustanovljene statistički značajne razlike među zdravstvenim ustanovama iz različitih regija.

Tabela br. 13 – Rangiranje kvaliteta organizacione kulture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

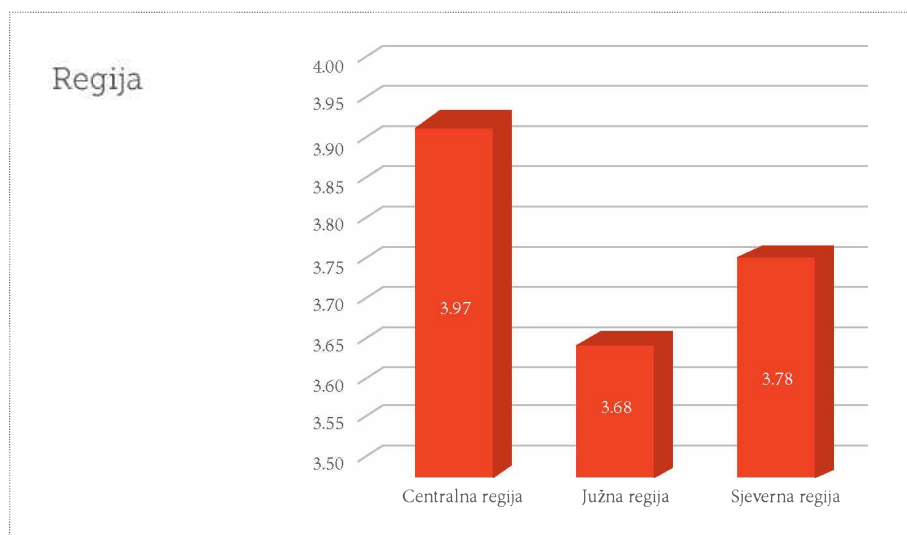
<i>Obilježja organizacione kulture</i>	<i>Tip svojine</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Posvećenost misiji	Javne zdravstvene ustanove	96	79.19
	Privatne zdravstvene ustanove	39	40.45
	<i>Ukupno</i>	135	
Organizaciono učenje	Privatne zdravstvene ustanove	39	70.74
	Javne zdravstvene ustanove	96	66.89
	<i>Ukupno</i>	135	
Povjerenje, saradnja i poštovanje	Privatne zdravstvene ustanove	39	70.28
	Javne zdravstvene ustanove	96	67.07
	<i>Ukupno</i>	135	
Kreativnost i inovacije	Privatne zdravstvene ustanove	39	68.64
	Javne zdravstvene ustanove	96	67.74
	<i>Ukupno</i>	135	

U tabeli br. 13 predstavljeno je rangiranje obilježja organizacione kulture prema tipu svojine. Kako se može primijetiti, tri od četiri posmatrana obilježja organizacione kulture bolje su rangirana u privatnim zdravstvenim ustanovama, i to organizaciono učenje, povjerenje, saradnja i poštovanje, i kreativnost i inovacije. Posvećenost misiji je bolje ocijenjena kod javnih zdravstvenih ustanova.

Primjena Man–Vitnijevog U testa pokazala je da je među posmatranim obilježjima prema tipu svojine statistički značajna razlika prisutna jedino u nivou posvećenosti misiji ($U = 797.5$, $p = 0.000$). Ocjena nivoa posvećenosti mjerena medijanom u javnim ustanovama je 4.00, dok je u privatnim 3.67.

3.1.6. Organizaciona infrastruktura

○ Prosječna ocjena kvaliteta organizacione infrastrukture zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori je 3.82. Posmatrano po regijama (slika br. 16) najkvalitetnija organizaciona infrastruktura je u centralnom dijelu Crne Gore (3.97), nešto slabija u sjevernom (3.78), dok je najslabije ocijenjena u južnom dijelu zemlje (3.68).



Slika br. 16 – Pr(ocene) kvaliteta organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

Kruskal–Valisov test je pokazao statistički značajnu razliku u ocjenama kvaliteta organizacione infrastrukture ($\chi^2 = 6.524$, $df = 2$, $p = 0.038$) prema regionima u kojim se nalaze zdravstvene ustanove. Bonferonijevim testom utvrđeno je da statistički značajna razlika u organizacionoj infrastrukturi postoji između južne i centralne regije, dok ta razlika nije značajna između centralne i sjeverne, odnosno južne i sjeverne regije.



Slika br. 17 – Pr(ocene) kvaliteta organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

Komparativna analiza organizacione infrastrukture prema vlasničkom aspektu prikazana je na slici br. 17. Javne zdravstvene ustanove ocijenjene su prosječnom ocjenom 3.84, dok je prosječna ocjena kvaliteta organizacione infrastrukture u privatnim ustanovama 3.78. Man–Vitnijev U test pokazao je da ove razlike u ukupnoj prosječnoj ocjeni organizacione infrastrukture između privatnih i javnih ustanova nijesu statistički značajne.

U tabeli br. 14 prikazane su pojedinačne ocjene obilježja organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama. Najvećom ocjenom vrednovan je kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa (4.08), zatim prikladnost tehnologije (3.82) i menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja (3.81). Mjerenje organizacionih performansi, kao i proces menadžmenta znanja, ocijenjeni su sa 3.79, dok su šanse za sticanje i razmjenu znanja, te podrška u vezi sa informacionim tehnologijama ocijenjene nešto nižim ocjenama, i to 3.75 i 3.71, respektivno.

Tabela br. 14 – Obilježja organizacione infrastrukture u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

<i>Obilježja organizacione infrastrukture</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Prosječna ocjena</i>	<i>Standardna devijacija</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
Proces menadžmenta znanja	135	3.7870	.68891	1.38	5.00
Kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa	135	4.0815	.75362	1.00	5.00
Menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja	135	3.8059	.68194	1.60	5.00
Mjerenje organizacionih performansi	135	3.7926	.89856	1.00	5.00
Prikladnost tehnologije	135	3.8241	.68640	1.75	5.00
IT podrška i trening	135	3.7074	.74660	1.50	5.00
Šanse za sticanje i razmjenu znanja	135	3.7537	.54292	2.25	5.00

Navedena obilježja organizacione infrastrukture analizirana su i prema pripadnosti zdravstvene ustanove određenoj regiji, što je prikazano u tabeli br. 15. Analiza pokazuje da je šest od sedam obilježja organizacione infrastrukture najbolje ocijenjeno u centralnoj regiji. Izuzetak je prikladnost tehnologije, što je najbolje ocijenjeno u sjevernom regionu. Proces menadžmenta znanja, menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja, mjerenje organizacionih performansi i prikladnost tehnologije najlošiji su u zdravstvenim

ustanovama na jugu zemlje, dok su kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa, podrška u vezi sa informacionim tehnologijama, kao i šanse za sticanje i razmjenu znanja najlošije ocijenjeni u sjevernom regionu.

Tabela br. 15 – Rangiranje obilježja organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

<i>Obilježja organizacione infrastrukture</i>	<i>Regija</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Proces menadžmenta znanja	Centralna	54	77.66
	Sjeverna	39	65.62
	Južna	42	57.80
	<i>Ukupno</i>	135	
Kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa	Centralna	54	75.92
	Južna	42	64.57
	Sjeverna	39	60.73
	<i>Ukupno</i>	135	
Menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja	Centralna	54	76.10
	Sjeverna	39	65.69
	Južna	42	59.73
	<i>Ukupno</i>	135	
Mjerenje organizacionih performansi	Centralna	54	72.51
	Sjeverna	39	72.24
	Južna	42	58.26
	<i>Ukupno</i>	135	
Prikladnost tehnologije	Sjeverna	39	73.46
	Centralna	54	68.64
	Južna	42	62.11
	<i>Ukupno</i>	135	
IT podrška i trening	Centralna	54	81.64
	Južna	42	59.01
	Sjeverna	39	58.79
	<i>Ukupno</i>	135	
Šanse za sticanje i razmjenu znanja	Centralna	54	77.55
	Južna	42	63.38
	Sjeverna	39	59.76
	<i>Ukupno</i>	135	

Kruskal–Valisov test je pokazao statistički značajnu razliku u procesima menadžmenta znanja ($x^2 = 6.326$, $df = 2$, $p = 0.042$) i podršci i treningu iz domena informacionih tehnologija ($x^2 = 11.512$, $df = 2$, $p = 0.003$) u odnosu na regiju u kojoj se nalaze zdravstvene ustanove. Na bazi Bonferonijeve korekcije, utvrđeno je između kojih regija postoje statistički značajne razlike. Proces menadžmenta znanja statistički značajno se razlikuje između ustanova južne i centralne regije, dok se podrška i trening iz oblasti informacionih tehnologija statistički značajno razlikuju između ustanova iz sjeverne i centralne, ali i između ustanova iz južne i centralne regije.

Tabela br. 16 – Rangiranje obilježja organizacione infrastrukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

<i>Obilježja organizacione infrastrukture</i>	<i>Tip svojine</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa	Javne zdravstvene ustanove	96	69.63
	Privatne zdravstvene ustanove	39	63.99
	<i>Ukupno</i>	135	
Proces menadžmenta znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	70.38
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.14
	<i>Ukupno</i>	135	
Menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	72.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	58.15
	<i>Ukupno</i>	135	
Mjerenje organizacionih performansi	Javne zdravstvene ustanove	96	73.28
	Privatne zdravstvene ustanove	39	55.01
	<i>Ukupno</i>	135	
Prikladnost tehnologije	Privatne zdravstvene ustanove	39	72.45
	Javne zdravstvene ustanove	96	66.19
	<i>Ukupno</i>	135	

IT podrška i trening	Privatne zdravstvene ustanove	39	75.58
	Javne zdravstvene ustanove	96	64.92
	<i>Ukupno</i>	135	
Šanse za sticanje i razmjenu znanja	Privatne zdravstvene ustanove	39	70.68
	Javne zdravstvene ustanove	96	66.91
	<i>Ukupno</i>	135	

Rangiranje obilježja organizacione infrastrukture prema tipu vlasništva pokazalo je da su četiri od sedam obilježja bolja u javnim, a tri u privatnim (tabela br. 16). Konkretno, u javnim zdravstvenim ustanovama bolje su ocijenjena sljedeća obilježja: kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa, proces menadžmenta znanja, menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja i mjerenje organizacionih performansi. Na drugoj strani, ispostavilo se da su prikladnost tehnologije, podrška i trening iz domena informacionih tehnologija, kao i šanse za sticanje i razmjenu znanja na višem nivou u privatnim nego u državnim zdravstvenim ustanovama.

Uprkos identifikovanim razlikama, Man–Vitnjev U test je pokazao da se jedine statistički značajne razlike javljaju u domenu mjerenja organizacionih performansi ($U = 1365.5$, $p = 0.011$). Prosječna ocjena u mjerenju organizacionih performansi od strane javnih zdravstvenih ustanova je 3.91, dok kod privatnih isti pokazatelj iznosi 3.51.

3.1.7. Liderstvo

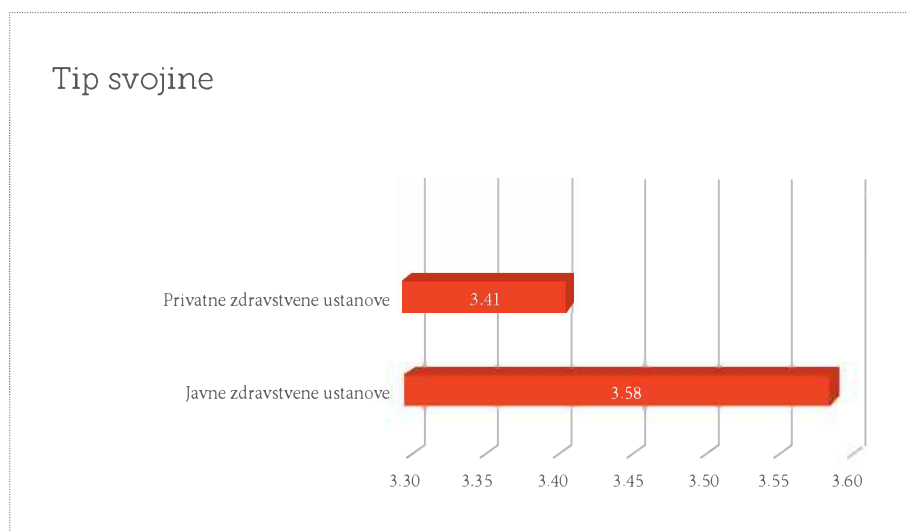
○ Prosječna ocjena kvaliteta liderstva u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori je 3.53. Posmatrano po regijama (slika br. 18) najveći kvalitet liderstva prisutan je u centralnoj regiji (ocijenjen prosječnom ocjenom 3.62). U sjevernoj regiji ocjena liderstva je 3.54, dok je najniža u zdravstvenim ustanovama južne regije (3.42).



Slika br. 18 – Pr(ocjene) kvaliteta liderstva u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

Na bazi Kruskal–Valisovog testa utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između kvaliteta liderstva ($\chi^2 = 6.483$, $df = 2$, $p = 0.039$) posmatrano prema regijama u kojima se nalaze zdravstvene ustanove. Bonferonijevim prilagođavanjem identifikovano je da su statistički značajne razlike u kvalitetu liderstva prisutne između južne i centralne regije, dok takvih značajnih razlika nema između centralne i sjeverne, te sjeverne i južne regije.

Na slici br. 19 prikazan je odnos ocjena kvaliteta liderstva u privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama. Liderstvo u državnim zdravstvenim ustanovama ocijenjeno je sa 3.58, dok je nešto niža ocjena dodijeljena privatnim zdravstvenim ustanovama: 3.41.



Slika br. 19 – Pr(ocjene) kvaliteta liderstva u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

Man-Vitnijev U test je identifikovao statistički značajne razlike u kvalitetu liderstva između privatnih i javnih ustanova ($U = 1277.5$, $p = 0.004$). Medijana kao pokazatelj kvaliteta liderstva u javnim zdravstvenim ustanovama iznosi 3.57, dok je u privatnim niža i iznosi 3.43.

U tabeli br. 17 predstavljene su pojedinačne karakteristike liderstva. Podrška menadžmenta i osnaživanje zaposlenih vrednovani su višim ocjenama nego ostale karakteristike, i to 4.22 i 4.02, respektivno. Zatim sistem kontrole od strane top-menadžmenta (3.98), uključivanje zaposlenih (3.91) i menadžment znanja u okviru strateškog planiranja (3.71). Osjetno nižim ocjenama vrednovani su status, formalnost i interne politike (2.77), kao i preferiranje akcije (rada) u odnosu na upravljanje (delegiranje) od strane menadžmenta (2.12).

Tabela br. 17 – Karakteristike liderstva u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

<i>Karakteristike liderstva</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Prosječna ocjena</i>	<i>Standardna devijacija</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
Menadžment znanja u okviru strateškog planiranja	135	3.7111	.86272	1.00	5.00
Podrška menadžmenta	135	4.2173	.63523	2.00	5.00
Uključivanje zaposlenih	135	3.9111	.87645	1.00	5.00
Oснаživanje zaposlenih	135	4.0222	.76750	1.00	5.00
Status, formalnost i interne politike	135	2.7741	.61304	1.00	4.00
Menadžeri preferiraju akciju u odnosu na upravljanje	135	2.1185	.88984	1.00	4.00
Sistem kontrole od strane top-menadžmenta	135	3.9778	.69612	1.00	5.00

Poređenje zdravstvenih ustanova iz različitih regija (tabela br. 18) pokazalo je da su menadžment znanja u okviru strateškog planiranja, uključivanje zaposlenih, osnaživanje zaposlenih i sistem kontrole od strane top-menadžmenta najkvalitetniji u ustanovama iz centralne regije. Podrška menadžmenta, status, formalnost i politike, kao i preferiranje akcije u odnosu na upravljanje od strane menadžmenta, najbolje su ocijenjeni u zdravstvenim ustanovama iz sjevernog regiona. Zdravstvene ustanove iz južnog regiona u pogledu karakteristika liderskog procesa dobile su najniže ocjene u pet od sedam kategorija

(menadžment znanja u okviru strateškog planiranja, podrška menadžmenta, zaposlenih, osnaživanje zaposlenih, te status, formalnost i politike).

Tabela br. 18 – Rangiranje karakteristika liderstva u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

<i>Karakteristike liderstva</i>	<i>Regija</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Menadžment znanja u okviru strateškog planiranja	Centralna	54	74.30
	Sjeverna	39	71.95
	Južna	42	56.24
	<i>Ukupno</i>	135	
Podrška menadžmenta	Sjeverna	39	73.13
	Centralna	54	71.33
	Južna	42	58.95
	<i>Ukupno</i>	135	
Uključivanje zaposlenih	Centralna	54	75.64
	Sjeverna	39	65.28
	Južna	42	60.70
	<i>Ukupno</i>	135	
Osnaživanje zaposlenih	Centralna	54	72.07
	Sjeverna	39	67.23
	Južna	42	63.48
	<i>Ukupno</i>	135	
Status, formalnost i interne politike	Sjeverna	39	72.99
	Centralna	54	66.13
	Južna	42	65.77
	<i>Ukupno</i>	135	
Menadžeri preferiraju akciju u odnosu na upravljanje	Sjeverna	39	71.55
	Južna	42	68.98
	Centralna	54	64.68
	<i>Ukupno</i>	135	
Sistem kontrole od strane top-menadžmenta	Centralna	54	71.83
	Južna	42	68.83
	Sjeverna	39	61.79
	<i>Ukupno</i>	135	

I pored ustanovljenih razlika u kvalitetu karakteristika leaderskog procesa, primjenom Kruskal–Valisovog testa ustanovljeno je da je od svih sedam karakteristika jedino u do-

menu prisustva menadžmenta znanja u okviru strateškog planiranja utvrđena statistički značajna razlika između regija ($\chi^2 = 6.557$, $df = 2$, $p = 0.038$). Bonferonijevim prilagođavanjem zaključeno je da su statistički značajne razlike u menadžmentu znanja u okviru strateškog planiranja prisutne između južne i centralne regije, dok takvih razlika po osnovu ove karakteristike nema između južne i sjeverne, te centralne i sjeverne regije.

Tabela br. 19 – Rangiranje karakteristika liderstva u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

<i>Karakteristike liderstva</i>	<i>Tip svojine</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Menadžment znanja u okviru strateškog planiranja	Javne zdravstvene ustanove	96	70.07
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.91
	<i>Ukupno</i>	135	
Podrška menadžmenta	Javne zdravstvene ustanove	96	72.69
	Privatne zdravstvene ustanove	39	56.45
	<i>Ukupno</i>	135	
Uključivanje zaposlenih	Javne zdravstvene ustanove	96	70.19
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.60
	<i>Ukupno</i>	135	
Osnaživanje zaposlenih	Javne zdravstvene ustanove	96	72.54
	Privatne zdravstvene ustanove	39	56.82
	<i>Ukupno</i>	135	
Status, formalnost i interne politike	Javne zdravstvene ustanove	96	70.70
	Privatne zdravstvene ustanove	39	61.35
	<i>Ukupno</i>	135	
Menadžeri preferiraju akciju u odnosu na upravljanje	Javne zdravstvene ustanove	96	68.55
	Privatne zdravstvene ustanove	39	66.64
	<i>Ukupno</i>	135	
Sistem kontrole od strane top-menadžmenta	Javne zdravstvene ustanove	96	70.36
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.18
	<i>Ukupno</i>	135	

Javne zdravstvene ustanove su sa stanovišta liderskog procesa ocijenjene kvalitetnijim nego privatne u svih sedam kategorija, što je predstavljeno u tabeli br. 19. Međutim, statistički značajne razlike na osnovu Man-Vitnijevog U testa ustanovljene su jedino u domenu podrške menadžmenta ($U = 1421.5$, $p = 0.019$) i osnaživanja zaposlenih

($U = 1436.0$, $p = 0.017$). Prosječna ocjena podrške menadžmenta u javnim zdravstvenim ustanovama iznosi 4.28, dok je u privatnim 4.05, a osnaživanje zaposlenih u javnim ocijenjeno je u prosjeku sa 4.11, dok je u privatnim prosječna ocjena 3.79.

3.2.

Organizacioni dizajn zdravstvenog sistema Crne Gore

- Organizacioni dizajn predstavlja socijalni izum koji donosi odluka pomaže u procesu upravljanja organizacijom (Clark, 1975). Značaj organizacionog dizajna ogleda se u kreiranju organizacione strukture koja će moći da odgovori na rastuću neizvjesnost u unutrašnjem i spoljašnjem okruženju organizacije i da adekvatno integriše osnovne elemente organizacionog dizajna.

U nastavku će biti analiziran organizacioni dizajn zdravstvenog sistema Crne Gore.

3.2.1.

Makroekonomski kontekst zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori

- Nedostatak ljekara problem je sa kojim se suočava veliki broj zemalja Evrope, a prema istraživanju Evropske mreže novinarstva, zasnovanom na analizi podataka (*European Data Journalism Network*), Evropa će se u 2020. godini suočiti sa nedostatkom 230,000 ljekara. Na ovaj problem, dimenzioniran na područje Evropske unije, ukazala je Evropska komisija još 2012. godine. Drugačija situacija nije ni u Americi, gdje je rast tražnje za ljekarima veći od rasta ponude, a projekcije su da bi do 2032. godine nedostatak ljekara u Americi bio između 46,900 i 121,900 (Heiser, 2019). Najveći broj ljekara iz manje razvijenih država Evropske unije za odredište preferira Njemačku, skandinavske zemlje i Veliku Britaniju (Berthier, 2018).

Uzrok nedostatka ljekara jeste njihova starosna struktura, rast i starenje populacije, nedostatak interesovanja ljekara za rad u ruralnim područjima, a u manje razvijenim državama i izrazito niske plate. Važno je istaći da se sa problemom nedostatka i neravnomjernim brojem ljekara u odnosu na broj stanovnika po regijama suočavaju i skandinavske zemlje, kao i Velika Britanija, Francuska, Estonija, Slovačka i Mađarska. U Slovačkoj i Mađarskoj je broj ljekara

u urbanim područjima na 1,000 stanovnika dvostruko veći nego u ruralnim. Sa druge strane, broj ljekara starijih od 55 godina najizraženiji je u Italiji (55%), Estoniji (48%) i Francuskoj (47%), što ukazuje na potrebu stvaranja mladog kvalifikovanog kadra (Berthier, 2018).

Iako još uvijek nijesmo dio Evropske unije, od problema nedovoljnog broja ljekara sa jedne, i još više, od problema moguće emigracije ljekara, nije pošteđena ni Crna Gora. Nizak nivo plata i dugo radno vrijeme (uključujući prekovremeni rad) utiču na nemogućnost stvaranja ravnoteže između privatnog i profesionalnog života ljekara, što rezultira osjećajem nezadovoljstva, stresom, ali i idejama o odlasku iz zemlje. Najveće emigracije ljekara registrovane su u Rumuniji, čiji zdravstveni sistem je usljed toga izgubio preko 5,000 ljekara (u prethodnih 20 godina). Reakcija Rumunije, uslijedila nakon odlaska ljekara, bilo je značajnije povećanje plata zaposlenima u zdravstvu (trostruko povećanje), ali taj potez nije rezultirao promptnim povratkom istih, što ukazuje na to da se briga o standardu ljekara mora voditi u kontinuitetu i da se mora djelovati u skladu sa proaktivnim menadžment pristupom (prije nastanka problema), a ne reaktivno (nakon).

Težnja za kontinuiranim poboljšanjima u okviru zdravstvenog sistema i rastuća očekivanja korisnika zdravstvenih usluga podrazumijevaju i potrebu rastućih ulaganja u zdravstveni sistem. U tabeli br. 20 može se primijetiti da sredstva iz budžeta Crne Gore opredijeljena za zdravstvo bilježe rast iz godine u godinu od 2013. godine (u apsolutnim iznosima), kao i da raste broj zaposlenih u zdravstvu.

Tabela br. 20 – Prikaz osnovnih makroekonomskih agregata iz domena zdravstva na nivou Crne Gore za period 2009–2020.

<i>Godina</i>	<i>Ukupni BDP Crne Gore (u tekućim cijenama)</i>	<i>Sektor zdravstva i socijalne zaštite u BDP (u tekućim cijenama)</i>	<i>Broj zaposlenih u sektoru zdravstvene i socijalne zaštite¹⁸</i>	<i>Budžet Crne Gore¹⁹</i>	<i>Planirana sredstva iz budžeta za zdravstvo</i>
2009	2,993,886,000	117,221,000	12,238	1,623,684,943.65	161,245,610.31
2010	3,125,090,000	120,149,000	10,945	1,425,963,634.38	175,211,784.80
2011	3,264,781,000	121,681,000	10,565	1,400,606,987.97	168,508,804.28
2012	3,181,477,000	125,684,000	10,869	1,378,561,776.66	173,504,551.60
2013	3,362,481,000	130,704,000	11,001	1,375,793,668.99	166,635,992.10
2014	3,457,922,000	130,500,000	11,288	1,509,031,975.30	169,348,750.44
2015	3,654,512,000	138,571,000	11,482	1,963,260,900.49	172,088,746.51
2016	3,954,212,000	151,933,000	11,695	2,125,615,876.83	183,295,942.29 ²⁰

2017	4,299,091,000	159,493,000	12,124	2,005,790,487.10	198,271,859.13
2018	4,663,130,000	165,503,000	12,526 ²¹	2,004,134,964.15	207,945,018.68 ²²
2019	-	-	-	2,384,016,305.99	241,590,000.00
2020	-	-	-	2,578,920,533.32	285,160,000.00

Izvori: Monstat, 11. 11. 2019.

Zakoni o budžetu Crne Gore (2009–2019)

Prijedlog Zakona o budžetu Crne Gore za 2020. godinu

Ministarstvo finansija Crne Gore – Obrazloženje tekućeg budžeta, rezervi i budžeta fondova po funkcionalnoj klasifikaciji (2009–2019), 23. 11. 2019.

U relativnim pokazateljima, sredstva opredijeljena za zdravstvo u prethodnih pet godina, mjereno u odnosu na bruto društveni proizvod, bilježe pad sa 4.9% bruto društvenog proizvoda u 2014. godini na 4.5% u 2018. godini. Prema raspoloživim podacima Svjetske banke, u 2016. godini najviše su izdvojile Sjedinjene Američke Države (17.07%), dok je od evropskih zemalja najviše izdvojila Švajcarska (12.24%). U 2017. godini, Evropska unija u cjelini izdvojila je 9.6% svog bruto društvenog proizvoda za zdravstvo (OECD, 2018), što je približno nepromijenjeno u odnosu na prethodne dvije godine, usljed približno istog rasta troškova za zdravstvo i ukupnog ekonomskog rasta. Sedam članica Evropske unije u 2017. godini trošile su na zdravstvo 10 ili više procenata bruto društvenog proizvoda, i to: Francuska, Njemačka, Švedska, Austrija, Danska, Holandija i Belgija. Prema podacima Eurostata, u Crnoj Gori je taj procenat u istoj godini iznosio 5.9%,²³ dok je u Srbiji, Sloveniji, Hrvatskoj i Makedoniji iznosio 9.4%, 8.0%, 7.5% i 6.1%, respektivno (WHO, 2018; Eurostat, 2019). Niži udio zdravstvenih troškova u bruto društvenom proizvodu u odnosu na Crnu Goru, u 2017. godini, zabilježen je u Turskoj (4.2%) i Rumuniji (5.2%). Na globalnom nivou, ukupna zdravstvena potrošnja raste brže nego bruto domaći proizvod, posebno u zemljama sa niskim i srednjim dohotkom (Xu et al, 2018).

¹⁸ U ovoj koloni zbirno su prikazani zaposleni u sektorima zdravstva i socijalne zaštite. Od prikazanog broja između 81% i 85% čine zaposleni u zdravstvenoj djelatnosti (zavisno od godine posmatranja), dok zaposleni u oblasti socijalne zaštite čine između 15% i 19%.

¹⁹ U ovom segmentu tretirani su planirani iznosi sredstava za razmatrani period na osnovu Zakona o budžetu, a zbog nedostatka podataka za posmatrani period po završnom računu budžeta (iznosi bi bili dijelom drugačiji, npr. usljed rebalansa budžeta, ukoliko bi se analiza vršila na osnovu Zakona o završnom računu budžeta).

²⁰ Prema podacima Fonda za zdravstveno osiguranje realizovani budžet za zdravstvo u ovoj godini značajno se razlikuje od planiranog, i iznosi 228,571,270.84 eura.

²¹ Samo u zdravstvenoj djelatnosti 10,571 (84%), a 1,955 (16%) u djelatnosti socijalne zaštite.

²² Prema podacima Fonda za zdravstveno osiguranje budžet za zdravstvo u ovoj godini bio je 230,408,527.56 eura, što je i najveća razlika u podacima u posmatranim godinama (uz 2016. godinu, kako je prethodno naznačeno).

²³ Podaci zvaničnih statistika nerijetko se razlikuju u zavisnosti od metodologije obračuna.

Na osnovu intervjua i fokus grupa sa zaposlenima u zdravstvenom sektoru, najveće nezadovoljstvo zaposlenih izraženo je zbog neodgovarajuće visine zarada zdravstvenih radnika. Nezadovoljstvo je izraženo do mjere da iz Sindikata doktora medicine ističu da „većina doktora uči njemački jezik“, aludirajući na to da veliki broj sadašnjih i još veći broj budućih zdravstvenih radnika (studenata medicine) razmišlja o odlasku iz Crne Gore. Takođe, navode da se kontinuirano povećanje izdvajanja za zdravstveni sistem u prethodnih pet godina nije bitnije odrazilo na povećanje zarada zaposlenih. Prema izjavama članova Sindikata doktora medicine Crne Gore, prosječna plata ljekara opšte prakse i specijalizanta u Crnoj Gori iznosi 550 eura, specijaliste 670 eura, a supspecijaliste oko 750 eura. Iako prekovremeni rad omogućava i sticanje dodatnih prihoda, članovi Sindikata ističu da je prekovremeni rad plaćen znatno niže nego rad u okviru standardnog radnog vremena. Ako pretpostavimo da je vrijeme najograničeniji resurs, onda prekovremeni rad uzrokuje više oportunitetne troškove ljekara (usljed nedostatka vremena za privatni život i odmor) nego rad u okviru standardnog radnog vremena, zbog čega bi i cijena tog prekovremenog rada trebalo da bude viša. Činjenično je stanje da su plate ljekara u Crnoj Gori značajno niže nego u zemljama regiona, koje su takođe suočene sa potencijalnim ili stvarnim problemom odlaska ljekara, te u tom smislu članovi Sindikata doktora medicine Crne Gore pokušavaju da skrenu pažnju na problem i izbore se za kvalitetniji tretman zdravstvenih radnika u Crnoj Gori. Iz tog razloga vode se intenzivni pregovori između Sindikata doktora medicine i Vlade Crne Gore o poboljšanju statusa zdravstvenih radnika. Vlada je u Prijedlogu budžeta Crne Gore za 2020. godinu utvrdila povećanje zarada zdravstvenim radnicima. Nezadovoljni mjerama Vlade Crne Gore i najavljenim povećanjem od 9% u narednoj godini (što je višestruko niži iznos povećanja od prvobitno zahtijevanog od 300 eura), ljekari su pokrenuli i peticiju, u kojoj traže povećanje koeficijenta za obračun zarada za doktore medicine, doktore specijaliste i supspecijaliste na ne niži od 14, 18 i 20, respektivno, u odnosu na trenutne 8.25, 10.25 i 11.00 (Peticija za povećanje zarada ljekara, 2019). Iz navedenih razloga, pitanje finansijske motivacije zaposlenih u zdravstvenom sistemu (kao i u obrazovnom) mora biti sa pažnjom tretirano, uz vođenje računa o strukturi rasporeda budžetskih sredstava. Apropos teze da je najsigurnija investicija znanje, jednako se može zaključiti da je štednja na račun ljudi sa znanjem dugoročno najskuplja štednja. Odnos ponude i tražnje jasno ukazuje na potrebu da se u slučaju veće tražnje u odnosu na

ponudu, cijena povećava. Odnosno da ono čega nema u dovoljnim količinama, ima veću vrijednost. Posebno je vrijedno istaći da osnov svakog sistema čine ljudi, te da je u zdravstvu i obrazovanju supstituisanje rada tehnologijom teže nego u svim drugim sektorima i, po pravilu, ograničeno. Motivacioni aspekt zaposlenih sigurno nije isključivo finansijski. Ali, dok god zaposleni u zdravstvenom sektoru brinu o egzistencijalnim potrebama, teško je očekivati bitnija poboljšanja u tom (kao i u bilo kom drugom) sektoru. Iako se broj ljekova koji su pokriveni zdravstvenim osiguranjem u Crnoj Gori povećava, kao i budžet za zdravstvo, postavlja se pitanje određivanja prioriteta i namjene trošenja sredstava. Na primjer, kao upitna se može tretirati efektivnost budžetskih izdvajanja za lijekove, pod pretpostavkom prisustva potencijalnog problema nedostatka kadra koji će propisati terapiju i odgovarajući tretman pacijentu (usljed nedostatka kadra, ili kašnjenja sa pregledom, ili dekoncentracije usljed prekovremenog rada). Pogotovo, sa stanovišta održivosti sistema i posmatranja situacije u dugom roku, pitanje koje se nameće jeste da li će mladi ljudi biti u dovoljnoj mjeri motivisani da se školuju (a prosječno vrijeme školovanja ljekara je od sedam do 15 godina), da bi radili za platu koja im ne može obezbijediti pristojan život u svojoj zemlji. Dakle, realno je očekivati da će doći do potrebe za povećanjem broja školovanih mladih ljekara, ali i problema motivisanosti mladih ljudi da se prihvate tog poziva. Rješenja za potencijalni problem odlaska ljekara iz Crne Gore moraju se tražiti na više načina i pravovremeno. Jedno od rješenja moglo bi, i trebalo bi da bude, da umjesto odlaska ljekara iz Crne Gore u razvijene zemlje, javni zdravstveni sistem bude izgrađen na način da pacijenti iz razvijenih zemalja dolaze u Crnu Goru, odnosno da strane zdravstvene ustanove određeni segment zdravstvenih usluga, u kojem su deficitarni, autorsuju preko zdravstvenog sistema Crne Gore. U krajnjem, to bi doprinijelo i razvoju turizma kao najvažnije privredne grane u Crnoj Gori.

3.2.2.

Izazovi procesa decentralizacije crnogorskog zdravstvenog sistema – organizaciono-pravni kontekst

- U ovom dijelu rada cilj je, iz organizaciono-pravne perspektive, procijeniti organizacioni dizajn sistema javnog zdravstva Crne Gore, posebno iz ugla mogućnosti decentralizacije

većim uključivanjem jedinica lokalne samouprave i privatnog sektora, a sa ciljem povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga. Analiza je zasnovana na metodu studije slučaja. Istraživanje je vršeno na temelju analize crnogorskog zakonodavstva, a posebno crnogorske i evropske pravne regulative i strateških dokumenata koji se odnose na lokalnu samoupravu i zdravstveni sistem. Sprovedeni su pojedinačni i grupni intervjui namjerno izabranih učesnika, iz reda najviših menadžera i/ili rukovodilaca Ministarstva zdravlja Crne Gore, Fonda za zdravstveno osiguranje, Ministarstva javne uprave, a sa stažom dužim od pet godina.

Osnovna istraživačka pitanja u ovom dijelu rada su:

1. Da li je zdravstveni sistem u Crnoj Gori centralizovan ili decentralizovan?;
2. Da li je crnogorsko zakonodavstvo podržavajuće prema decentralizaciji sistema javne uprave?;
3. U kojoj mjeri su jedinice lokalne samouprave uključene u pružanje zdravstvenih usluga?;
4. Na koji način se može postići veće uključivanje jedinica lokalne samouprave i privatnog sektora u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenog sistema?

Cilj traženja odgovora na ova pitanja jeste ustanoviti pravno-organizacione faktore koji utiču na kvalitet organizacionog dizajna, posebno decentralizacije zdravstvenog sistema, te na bazi istog identifikovati mogućnosti za unapređenje kvaliteta zdravstvenih usluga.

3.2.2.1.

Trend decentralizacije upravnih sistema

- Modernizacija upravnih sistema utemeljena na razvoju javnih službi i javnih regulatornih agencija, profesionalizacija uprave i decentralizacija zasnovana na saradnji subjekata upravnog sistema, karakteristike su savremenog menadžmenta javne uprave. Globalni trendovi i savremeno društvo zahtijevaju uslužno orijentisanu državu i upravu koja je okrenuta građanima kao svojim klijentima i partnerima, dok „savremena uprava svoj legitimitet zasniva na stvarnoj podršci građana mjerama i aktima uprave“ (Radević & Haček, 2019, 472).

Lokalna vlast ima vjekovnu tradiciju u Evropi. Stoker (1991) čak navodi da je lokalna uprava ključni element političkog sistema evropske liberalne demokratije, civilizacijsko dostignuće i ujedno, teorijski i praktično, komponenta svih modernih demokratskih političkih sistema. Najjednostavniji opis lokalne vlasti je da je to nivo vlasti najbliži građanima, sa zadatkom da predstavlja i zastupa interese lokalne zajednice. Vršiti poslove lokalne uprave zahtjevan je zadatak, koji se odnosi prije svega na „podjelu vlasti između države i lokalnih zajednica“ (Haček, Kuković & Brezovšek, 2017, 113; Kuković, 2018, 86). Tri su osnovna normativna elementa na kojima počiva lokalna uprava u Evropi: autonomija, demokratija i efikasnost (Greer, Murphy & Ogard, 2005). Autonomija pokazuje stepen moći odlučivanja između centralnih i lokalnih vlasti. Odlučivanje na lokalnom nivou sprečava izrazitu centralizaciju, tj. koncentraciju političke moći na centralnom nivou i omogućava različite političke izbore u različitim lokalnim sredinama. Demokratija je element putem kojeg lokalna vlast predstavlja političku platformu za učešće građana u upravljanju lokalnim poslovima. Efikasnost predstavlja bitan element, jer su, po pravilu, lokalne vlasti efikasnije od centralnih u pružanju javnih usluga, pronalaženju rješenja za lokalne probleme i prilagođavanju lokalnim uslovima.

Evropska povelja o lokalnoj samoupravi, koju je pripremio Savjet Evrope, značajno je doprinijela razvoju lokalnih vlasti i lokalne demokratije. Usvojena je 15. oktobra 1985. godine u Strazburu, a na snagu je stupila 1. septembra 1988. godine, kada je ratifikovana od strane prve četiri države članice Savjeta Evrope, dok je u Crnoj Gori na snazi od septembra 2008. godine. Zemlje koje su usvojile Evropsku povelju o lokalnoj samoupravi obavezale su se da se pridržavaju principa i pravila povelje, da usklade zakonodavni okvir na način da lokalna uprava bude prisutna u nacionalnom zakonodavstvu, kao i da jasno definišu domen djelovanja lokalne uprave, odnosno kriterijume i načine raspodjele nadležnosti. Lokalnim vlastima mora se obezbijediti odgovarajući stepen autonomije, zaštita granica i ograničenje kontrole nad lokalnom zajednicom. Bitno je osigurati „demokratski izborni proces, slobodu izražavanja i udruživanja i adekvatno učešće građana u svim oblicima lokalne demokratije“ (Brezovšek & Kuković, 2015, 218–219). Pored navedenog, lokalne vlasti imaju pravo i na odgovarajuća finansijska sredstva (koja mogu poticati od lokalnih poreza i taksu i sl.) kojima mogu raspolagati u okviru svoje nadležnosti. Cilj je stvaranje efikasne lokalne uprave, koja je bliža građanima, u skladu sa principima demokratije i decentralizacije, uz jačanje međuopštinskih odnosa i prekogranične saradnje.

Pored decentralizacije upravnih sistema jačanjem lokalnih uprava, važan je i pojam javnih službi, koji je razvijen u Francuskoj, uz ključni doprinos Leona Digija (*Léon Duguit*). Kao i većina francuskih autora iz tog perioda, Digi je tražio kriterijume za „razgraničenje sudске i administrativne kontrole“ (Pečarić & Bugarić, 2011, 20). Digijev koncept javne službe, upravljanje principima javnog prava, predstavlja svaku aktivnost koja je neophodna za postojanje i razvoj društva u cjelini. Nju moraju osigurati, regulisati i kontrolisati oni koji vladaju, a svako kašnjenje u obavljanju ovih aktivnosti može dovesti do nereda i/ili stagnacije u društvu. Ono što je suština uloge države i upravnog aparata, po Digijevom mišljenju, jeste da se država smatra zajednicom, tj. „mrežom javnih službi, dok su različite funkcije države samo različiti načini uspostavljanja i sprovođenja javnih usluga“ (Rakočević, 1994, 137). Rivero (1971, 397), mnogo godina kasnije, objasnio je javnu službu kao „oblik administrativne aktivnosti kojom javni subjekti osiguravaju zadovoljenje potreba u javnom interesu“. I u savremenoj engleskoj teoriji, koncept javnih usluga je osmišljen vrlo široko, jer su javne službe „sve organizacije javnog sektora koje građanima pružaju javna dobra, uključujući državu i lokalnu upravu, zdravstvo, obrazovanje i policiju“ (Fahrham & Horton 1996, 7–8). Javne usluge predstavljaju pružanje javnih dobara na sljedeći način (Brezovšek, Haček & Kuković, 2015): prvo, da to bude u javnom interesu; drugo, da država ili lokalna zajednica snose odgovornost za kontinuirano pružanje tih usluga; treće, da su javne usluge svima pod jednakim uslovima dostupne; četvrto, da im je cijena u velikoj mjeri regulisana, i peto, da je sve navedeno u skladu sa posebnim režimom javnog prava, zbog potrebe osiguranja ravnoteže između javnog interesa i tržišnih principa funkcionisanja.

U javnim službama javni interes obično prevladava nad privatnim, mada aktivnosti javnih službi mogu obavljati i privatni subjekti, pri čemu se u tom slučaju zahtijeva kvalitetno zakonsko regulisanje međusobnih odnosa države i privatnog sektora.

Zakoni Evropske unije nemaju previše odredbi koje se direktno primjenjuju na javne usluge, ali je moguće pronaći zajednički niz obaveza javnih službi koje moraju osigurati države članice (Grafenhauer & Brezovnik, 2006): prvo, obaveza pružaoca usluge da pokrije kompletnu teritoriju države makar minimalno potrebnom količinom javne usluge radi ostvarivanja javnog interesa; drugo, obaveza kontinuiranog pružanja usluge; treće, obaveza poštovanja standarda propisanog kvaliteta usluge; četvrto, obezbijediti pristupačnu cijenu javnih usluga.

Javne službe se najčešće dijele na državne i lokalne. Ipak, u različitim zemljama sa svrhom efikasnijeg funkcionisanja nastajali su i drugi oblici, koji se zbirno mogu sistematizovati u tri osnovna oblika (Pečarić & Bugarić, 2011):

- država ili lokalna uprava, koje pružaju javne usluge u sopstvenoj režiji,
- nezavisne organizacije u vlasništvu države ili lokalne uprave,
- pojedinci ili privatne kompanije kojima država ili lokalna zajednica odobre ekskluzivno pravo na obavljanje javnih usluga.

3.2.2.2.

Kompleksnost procesa decentralizacije zdravstvenog sistema

- Kvalitet decentralizacije sistema javne uprave bitno je uslovljen pravnim okvirom unutar svake države, pri čemu je od posebnog značaja zakonsko uređenje poslova državne i nedržavne uprave. Nedržavna javna uprava, u koju se teorijski daju svrstati lokalna samouprava i javne službe (u širem smislu pod pojmom javne službe možemo svrstati i javne agencije, javna tijela, posebne organizacije itd.), preuzima sve veći broj državnih i upravnih funkcija od klasičnih državnih organa, a sve na temelju originernih ili povjerenih javnih ovlašćenja od strane države.

Samim tim, svjedoci smo sve veće decentralizacije upravnih sistema, što sa sobom nosi veliki broj prednosti, ali zahtijeva i oprez. Prednosti čine veća motivacija i uključenost građana u upravne aktivnosti, što rezultira većim stepenom povjerenja između građana i uprave, većim brojem rješenja, te posljedično dovodi do većeg zadovoljstva kvalitetom obavljanja upravnih poslova. Međutim, „strategija decentralizacije je po pravilu inkrementalnog karaktera i sprovodi se paralelno sa izgradnjom administrativnih i drugih kapaciteta” (Kassak, Ali, Tauk & Abdallah, 2007, 447). U protivnom, pretjerana, brza i nedovoljno kvalitetno zakonski i organizaciono utemeljena decentralizacija sistema rezultira slabljenjem odnosa između elemenata sistema i lošijim odlukama.

Zdravstveni sistem je jedan od najkompleksnijih i finansijski najzahtjevnijih za upravljanje (Dickinson & Pierre, 2016). Planirati i koordinisati takvim sistemom zahtijeva definisanje uloga i odgovornosti svih aktera unutar zdravstvenog sistema, u svrhu davanja adekvatnog

odgovora na uvijek rastuća očekivanja građana u pogledu kvaliteta i dostupnosti zdravstvene zaštite. Pored toga, važna je i međusektorska saradnja, kao i decentralizacija sistema modeliranjem organizacionog dizajna zdravstvenog sistema u skladu sa inicijativom Svjetske zdravstvene organizacije, kojoj se pridružila i Crna Gora – „Zdravlje u svim politikama“. Značaj saradnje svih subjekata u svrhu unapređenja zdravstvenog sistema najbolje opisuje sve zastupljeniji pojam u naučnoj literaturi „zdravstveni ekosistem“, koji upućuje na mnogostrukost i međuzavisnost elemenata zdravstvenog sistema (Albers, 2014).

Ljudski faktor jeste presudan za kvalitet usluga zdravstvene ustanove, ali jasno je da visoko kvalitetna zdravstvena zaštita ne zavisi od briljantnosti pojedinca, već od kvaliteta organizacije svih potrebnih elemenata za zadovoljenje potreba pacijenta (Allen, 2018).

Na donosiocima odluka je velika odgovornost, uz izraženu potrebu za kontinuiranim poboljšanjem efikasnosti usljed stalno rastućih troškova za zdravstvo (Baumol, 1993; Praag & Ferrer-i-Carbonell, 2004; Watcharasriroj & Tang 2004; Hammad, Jusoh & Ghozali, 2013).

Bitan dio organizacije i funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite jeste povezanost sistema po svim nivoima, kao i njegova teritorijalna raspoređenost, decentralizovano upravljanje, te usklađenost djelovanja svih subjekata. Sa druge strane, uprkos potrebi za decentralizacijom sistema, zdravstveni sistem nužno mora imati izgrađen sistem međusektorske komunikacije i sposobnost centralizovanog upravljanja u vanrednim okolnostima.

3.2.2.3.

Pozitivno-pravni aspekt lokalne samouprave i javnih službi u Crnoj Gori

- Pozitivno-pravno određenje pojmova od velikog je značaja za funkcionisanje sistema, odnosno, važna je pretpostavka kvaliteta praktične primjene pravnih normi o radu i organizaciji uprave. Ustavom Crne Gore, a što je u skladu sa Evropskom poveljom o lokalnoj samoupravi, jemči se pravo na lokalnu samoupravu (član 22). Definisana je i mogućnost da se pojedini poslovi državne uprave prenesu zakonom ili propisom Vlade povjere lokalnoj samoupravi ili drugom pravnom licu (član 112). U slučaju prenošenja (zakonom) ili povjeravanja (propisom Vlade) vršenja određenih poslova državne uprave lokalnoj samoupravi, tim zakonom odnosno propisom utvrđuje se i način njihovog finansiranja. Prije toga je nužno kao osnov imati

elaborat o opravdanosti povjeravanja poslova državne uprave koji, shodno članu 37 Zakona o državnoj upravi, sadrži: 1) opravdanost povjeravanja poslova, 2) precizno određivanje poslova koji se povjeravaju, 3) stavove i mišljenja organa državne uprave iz čije nadležnosti se povjeravaju poslovi o mogućnostima i uslovima vršenja povjerenih poslova u lokalnoj samoupravi, 4) postojanje uslova za vršenje povjerenih poslova u odnosu na organizaciona, kadrovska, tehnička, finansijska i materijalna pitanja, i 5) način i uslove finansiranja vršenja povjerenih poslova. Kontrolu vršenja prenijetih odnosno povjerenih poslova vrši nadležno ministarstvo, koje u slučaju da lokalna samouprava ne postupi po njegovim preporukama i ne preduzme odgovarajuće mjere za kvalitetno obavljanje poslova, može predložiti Vladi oduzimanje prenijetih, odnosno povjerenih poslova (detaljnije čl. 39–40 Zakona o državnoj upravi).

Shodno članu 113 stav 1 Ustava Crne Gore i članu 6 stav 1 Zakona o lokalnoj samoupravi, uređeno je da se „u lokalnoj samoupravi odlučuje neposredno i preko slobodno izabranih predstavnika”. Takođe, članom 113 stav 2, uređuje se pravo na lokalnu samoupravu kao „pravo građana i organa lokalne samouprave da uređuju i upravljaju određenim javnim i drugim poslovima, na osnovu sopstvene odgovornosti i u interesu lokalnog stanovništva”, što je u potpunosti u skladu sa Evropskom poveljom o lokalnoj samoupravi (član 3 st. 1 i 2).

Kroz član 16 stav 1 tačka 4 Ustava Crne Gore utvrđena je obaveza zakonskog uređenja sistema lokalne samouprave i nadležnosti lokalne samouprave u vršenju javnih poslova koji su od interesa za lokalno stanovništvo. Međutim, nije precizno uređeno razgraničenje između poslova državne uprave i lokalne samouprave, ali su definisani: način odlučivanja, oblik i organi lokalne samouprave, kao i pitanja svojinskih ovlašćenja, samostalnosti i finansiranja lokalnih samouprava (čl. 113–117).

Zakon o lokalnoj samoupravi uređuje poslove lokalne samouprave kao poslove od neposrednog i zajedničkog interesa za lokalno stanovništvo, koji se vrše preko organa lokalne samouprave, organa mjesne samouprave i javnih službi, a sve shodno zakonu, statutu i drugim aktima (čl. 4–5). Organima lokalne uprave smatraju se sekretarijati, uprave i direkcije (član 69 stav 1), dok se za vršenje stručnih poslova mogu obrazovati stručne službe (član 69 stav 2). Shodno članu 69 stav 3 „za vršenje specifičnih poslova lokalne uprave formiraju se posebne službe poput službe komunalne policije, službe zaštite i spašavanja i druge službe, u skladu sa zakonom”.

Zakon o lokalnoj samoupravi kao javne službe tretira ustanove, privredna društva i druge oblike organizovanja radi pružanja javnih usluga (član 29 stav 1 tačka 2). Takođe, osnivanje javnih službi dozvoljeno je u slučaju kada je „obavljanje djelatnosti nezamjenljiv uslov života i rada lokalnog stanovništva, a zadovoljenje potreba građana u tim djelatnostima se ne može kvalitetno i ekonomično obezbijediti privatnom inicijativom ili na drugi način“ (član 29 stav 2).

Organi lokalne uprave vrše upravni nadzor nad zakonitošću akata lokalnih javnih službi, zakonitošću i cjelishodnošću njihovog rada, kao i inspekcijski nadzor (član 72). Zakonom je uređeno da sukob nadležnosti između organa lokalne uprave rješava glavni administrator, a između organa lokalne uprave, lokalnih javnih službi i pravnih lica kojima je odlukom skupštine povjereno vršenje određenih poslova rješava predsjednik opštine (član 87).

Finansiranje sopstvenih poslova opština vrši iz sljedećih prihoda: 1) sopstveni prihodi, 2) zakonom ustupljeni prihodi, 3) egalizacioni fond, 4) budžet Crne Gore i 5) drugi izvori u skladu sa zakonom (član 150).

Zakonom o lokalnoj samoupravi definisano je i učešće građana u ostvarivanju lokalne samouprave, te i regulisani odnosi organa lokalne samouprave i javnih službi čiji je osnivač država. Shodno zakonu (član 157), opština „stvara uslove, podstiče i pomaže učešće lokalnog stanovništva u ostvarivanju lokalne samouprave“, dok „lokalno stanovništvo učestvuje u organima upravljanja javnih službi i drugim pravnim licima koja vrše javna ovlašćenja i pružaju usluge građanima, a u cilju zadovoljavanja kulturnih, sportskih, obrazovnih, zdravstvenih, informativnih i drugih potreba“. Članom 175 uređena je saradnja organa lokalne samouprave i javnih službi i drugih pravnih lica čiji je osnivač država, kroz učešće organa lokalne samouprave u postupku utvrđivanja i sprovođenja planova razvoja i davanje prijedloga, sugestija i mišljenja u pogledu vršenja djelatnosti na teritoriji opštine. Takođe, javne službe su dužne da u postupku pripreme planova i programa razvoja iz svoje djelatnosti na teritoriji date opštine, dostave organima lokalne samouprave iste, kao i izvještaje nakon realizacije navedenih planova i programa.

Poslovi lokalne samouprave uglavnom se odnose na uređivanje i regulisanje: komunalne djelatnosti, opštinskih puteva, gradskog saobraćaja, gradskog građevinskog zemljišta, uslova za razvoj preduzetništva i poljoprivredne proizvodnje, zaštite životne sredine, zaštite potrošača, vodosnabdijevanja, oblasti stanovanja, razvoja kulture, turizma i sporta.

U poslove lokalne samouprave, shodno članu 27 (stav 1 tačke 12, 15, 20 i 21) svrstano je i sljedeće: „1) učestvovanje, u skladu sa mogućnostima, u obezbjeđivanju uslova i unapređenju djelatnosti zdravstvene zaštite, obrazovanja, socijalne i dječje zaštite, zapošljavanja i drugih oblasti od interesa za lokalno stanovništvo i vršenje prava i dužnosti osnivača ustanova koje opština osniva u ovim djelatnostima, u skladu sa zakonom, 2) stvaranje uslova za zaštitu i spašavanje stanovništva, materijalnih i kulturnih dobara i životne sredine na području opštine, od elementarnih nepogoda, tehničko-tehnoloških i drugih nesreća, 3) organizovanje i sprovođenje mjera zaštite stanovništva od zaraznih bolesti, 4) uređenje, organizacija, stvaranje uslova i briga o razvoju turizma, kao i razvoju djelatnosti kojima se unapređuje razvoj turizma“. U okviru sopstvenih nadležnosti opština između ostalog „utvrđuje javni interes za eksproprijaciju nepokretnosti za realizaciju projekata od lokalnog značaja, u skladu sa zakonom“ (član 28 stav 1 tačka 5).

Ukupno gledano, crnogorska uprava je prilično heterogena po sastavu. Shodno Zakonu o državnoj upravi, Vlada svojim aktom osniva organe državne uprave (član 27), što je veoma sporno sa ustavno-pravnog aspekta, odnosno člana 16 stav 1 tačka 3 Ustava, kojim je propisano da se zakonom, u skladu sa Ustavom, uređuju ne samo način osnivanja već i organizacija i nadležnost organa vlasti, kao i postupak pred tim organima, ako je to neophodno za njihovo funkcionisanje. U tom kontekstu, čini se neophodnim da organizacija državne uprave bude uređena zakonom o ministarstvima i organima uprave, kao što je to učinjeno u zemljama regiona i šire. Takođe, Vlada utvrđuje upravne oblasti za koje se organi državne uprave osnivaju, te organizaciju i način rada državne uprave. Shodno Zakonu o državnoj upravi, poslove državne uprave vrše ministarstva i drugi organi uprave (član 2 stav 1). Prema Uredbi o organizaciji i načinu rada državne uprave definisano je 17 ministarstava (član 2) i 29 organa uprave (član 20) – što je detaljnije prikazano u tabeli br. 21. Takođe, uredbom su preciznije definisani domeni djelovanja svakog organa. Po Zakonu o državnoj upravi, nosioci javnih ovlašćenja su državne agencije, državni fondovi i drugi nosioci javnih ovlašćenja osnovani zakonom (član 42). Javne ustanove čiji je osnivač država kontroliše nadležno ministarstvo (član 78 stav 1).

U članu 12 Zakona o državnoj upravi definisani su poslovi državne uprave na sljedeći način: „1) predlaganje unutrašnje i vanjske politike; 2) normativna djelatnost; 3) izvršavanje zakona

i drugih propisa; 4) odlučivanje i preduzimanje drugih upravnih aktivnosti u upravnim stvarima, u skladu sa zakonom; 5) vršenje upravnog nadzora; 6) obezbjeđivanje vršenja poslova od javnog interesa; 7) drugi poslovi državne uprave utvrđeni zakonom i drugim propisom“.

Tabela br. 21 – Prikaz organizacionog dizajna državne uprave Crne Gore

<i>Red. br.</i>	<i>Naziv ministarstva</i>	<i>Naziv samostalnih organa uprave nad čijim radom ministarstvo vrši nadzor</i>
1	Ministarstvo pravde	– Uprava za izvršenje krivičnih sankcija
2	Ministarstvo unutrašnjih poslova	– Uprava policije
3	Ministarstvo odbrane	– Direkcija za zaštitu tajnih podataka
4	Ministarstvo finansija	– Poreska uprava – Uprava carina – Uprava za igre na sreću – Uprava za nekretnine – Uprava za imovinu – Uprava za statistiku
5	Ministarstvo vanjskih poslova	– Uprava za dijasporu
6	Ministarstvo javne uprave	– Uprava za kadrove
7	Ministarstvo prosvjete	– Zavod za školstvo
8	Ministarstvo zdravlja	
9	Ministarstvo saobraćaja i pomorstva	– Uprava pomorske sigurnosti i upravljanja lukama – Uprava za saobraćaj – Uprava za željeznice
10	Ministarstvo ekonomije	– Zavod za metrologiju – Uprava za ugljovodonike
11	Ministarstvo poljoprivrede i ruralnog razvoja	– Uprava za bezbjednost hrane, veterinu i fitosanitarne poslove – Uprava za šume – Uprava za vode
12	Ministarstvo održivog razvoja i turizma	– Uprava javnih radova – Agencija za zaštitu prirode i životne sredine – Zavod za hidrometeorologiju i seizmologiju
13	Ministarstvo nauke	
14	Ministarstvo kulture	– Uprava za zaštitu kulturnih dobara – Državni arhiv
15	Ministarstvo rada i socijalnog staranja	– Zavod za socijalnu i dječju zaštitu
16	Ministarstvo za ljudska i manjinska prava	
17	Ministarstvo sporta i mladih	

Izvor: Uredba o organizaciji i načinu rada državne uprave, 2018

Takođe, u organe uprave spada i Uprava za inspekcijske poslove. Zakonitost i cjelishodnost rada Uprave za inspekcijske poslove i zakonitost upravnih akata za pojedine upravne oblasti iz njene nadležnosti, nadziru ministarstva nadležna za određenu upravnu oblast, dok nadzor nad koordiniranim radom inspekcija vrši Vlada, preko Ministarstva javne uprave (član 51 st. 2 i 3). Osim prethodno navedenih ministarstava i drugih organa uprave, u organe uprave spadaju i Sekretarijat za zakonodavstvo i Sekretarijat za razvojne programe, nad čijom zakonitošću i cjelishodnošću rada nadzor vrši Vlada preko svog generalnog sekretara (član 51 stav 4).

Pored državne uprave, složenosti subjekata sistema javne uprave u Crnoj Gori doprinosi i veliki broj nedržavnih subjekata kao nosilaca javnih ovlašćenja, do mjere da se nerijetko ne može pouzdano utvrditi koji status imaju i kojem obliku pripadaju određeni subjekti. Iako se javnom službom može smatrati svaka djelatnost od društvenog, ekonomskog i kulturnog značaja po datu društvenu zajednicu, tj. zadovoljavanje potreba građana koje spadaju u domen opšteg interesa, iz pravnog ugla javna služba postoji tek ukoliko je determinisana specijalnim pravnim pravilima, kojima se reguliše pravilno i neprekidno funkcionisanje javne službe. U tekstu Ustava svega dva puta se koristi termin „javna služba” (čl. 66 i 79), a isto toliko puta može se pronaći i pojam „organizacije koje vrše javna ovlašćenja” (čl. 51 i 57). Bez preciznih i sistemski postavljenih definicija pojmova „javnih ovlašćenja”, „javnih službi”, „nedržavne uprave”, u crnogorskom zakonodavstvu se otvara prostor za brojna različita tumačenja javnih službi.

U takvoj situaciji, prema profesoru Blažiću (2009, 129), nedržavni subjekti, kao nosioci javnih ovlašćenja u Crnoj Gori, u zavisnosti od oblika organizovanja i javnih funkcija koje vrše, mogu se podijeliti u više kategorija:

- „1. lokalna samouprava (glavni grad, prijestonica i opštine),
2. javne službe (fondovi, ustanove, javna preduzeća, koncesione javne službe i ostale javne službe),
3. javne agencije i javna tijela (savjeti, savezi, komisije i dr.)
4. posebne – specijalizovane organizacije (npr. Centralna banka, Agencija za nacionalnu bezbjednost i dr.),

5. regulatorna tijela (npr. Komisija za hartije od vrijednosti, Agencija za elektronske komunikacije i poštansku djelatnost i dr.),
6. strukovna i druga udruženja (npr. Privredna komora i dr.),
7. fizička lica (npr. notari) i
8. drugi oblici (komisije, instituti i zavodi)“.

Osnivanje javnih službi u Crnoj Gori regulisano je tzv. „sektorskim“ zakonima (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Opšti zakon o obrazovanju i vaspitanju, Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti i dr.). Za razliku od npr. Srbije, Crna Gora nema zakon o javnim službama,²⁴ iako je njegovo donošenje bilo utvrđeno kao obaveza još u Strategiji upravne reforme Crne Gore 2002–2009, kao i u Strategiji reforme javne uprave u Crnoj Gori za period 2011–2016. Strategijom reforme javne uprave za period 2016–2020. obuhvaćen je sistem državne uprave, lokalne samouprave i organizacije sa javnim ovlašćenjima (organizacije sa vlastitim pravnim subjektivitetom koje vrše određene upravne poslove na osnovu ovlašćenja datog zakonom ili na osnovu zakona). Međutim, navedena „strategija se ne odnosi na širi javni sektor, tj. oblast javnog zdravstva, prosvjete, socijalne zaštite, kulture i dr.“ (Strategija reforme javne uprave 2016–2020, 10). Ipak, Ministarstvo javne uprave Crne Gore prepoznalo je činjenicu da „sa aspekta konzistentnosti sistema javne uprave, poseban problem predstavlja položaj organizacija sa javnim ovlašćenjima (javne agencije, javni fondovi, javne ustanove)“ (Strategija reforme javne uprave 2016–2020, 14). Ovo iz razloga velike raznolikosti u njihovom statusu i funkcionisanju, te samim tim i nedovoljnim mogućnostima kontrole nad zakonitošću i cjelishodnošću njihovog rada.

Na primjer, u crnogorskom upravnom sistemu postoje brojni subjekti sa istim nazivom (npr. agencije), koji su potpuno različiti, kako u statusnom tako i u organizacionom i funkcionalnom smislu. Isprepletanost pojedinih javnih službi uvodi konfuziju prilikom pokušaja razumijevanja različitih oblika istih, čak i kod ljudi od struke, a kamoli kod korisnika javnih usluga. I dok u Crnoj Gori ne postoji ni zakon o javnim agencijama, regulisanje sektorskim zakonima dovodi do toga da ima čak i oblika javnih službi kojima pravni status nije zakonom određen. Tako, kroz prizmu analize zakonske određenosti pravnog statusa imamo situ-

²⁴ Takođe, Crna Gora nema ni podsistemske zakone u domenu javnih službi. Sredinom 2010. godine u okviru projekta „Giljotina propisa“ sa ciljem pojednostavljivanja administrativnih procedura i unapređenja poslovnog ambijenta, ukinuti su Zakon o društvenim djelatnostima i Zakon o javnim preduzećima, koji su uređivali podsisteme javnih službi u društvenim odnosno privrednim djelatnostima.

aciju da je Agencija Crne Gore za promociju stranih investicija – javna ustanova, Agencija za zaštitu konkurencije – organ, Agencija za elektronske medije – regulatorni organ, Agencija za lijekove i medicinska sredstva – nema status, Agencija za mirno rješavanje radnih sporova – posebna organizacija, Agencija za nacionalnu bezbjednost – samostalna služba, Agencija za sprečavanje korupcije – samostalna i nezavisna državna institucija i sl.

Jedan od preduslova za kvalitetan odgovor na potrebu uređenja sistema javne uprave u Crnoj Gori je i formiranje Ministarstva javne uprave, koje je počelo sa radom u novembru 2016. godine. Tim potezom, Vlada Crne Gore je u kontekstu potrebe za jačanjem sistemskih i administrativnih kapaciteta, i paralelno – procesa pristupanja Evropskoj uniji, pokazala riješenost da se u narednom periodu kvalitetnije urede sistemske pretpostavke za efikasno funkcionisanje javne uprave. U tom smislu donešen je jedan od najvažnijih zakona za efikasnost upravnog postupanja i pružanja usluga – Zakon o upravnom postupku, čija je primjena počela 1. jula 2017. godine. No, još uvijek je u toku prilagođavanje zakonodavnog okvira. U pravno-sistemske nedostatke za kvalitet decentralizacije sistema može se svrstati i nepostojanje Zakona o javno-privatnom partnerstvu (koji je u proceduri donošenja).

Novi Zakon o upravnom postupku predviđa mogućnost sklapanja upravnih ugovora kojim se ostvaruje javno-privatno partnerstvo (čl. 27–30), ali za formalnopravno zaključivanje ovih ugovora neophodno je usklađivanje i razrada sadržine upravnih ugovora kroz materijalne zakone. Stoga, usljed činjenice da materijalni zakoni ne prate ovu obavezu, to za posljedicu može imati da javnopravni organi ne mogu zaključivati upravne ugovore, iako takva potreba nesumnjivo postoji u gotovo svim sferama od javnog interesa.

Možda jedan od najboljih pokazatelja nedovoljno konzistentnog pravnog sistema, dijelom i neodgovornosti u oblasti upravljanja, jeste „statistika Upravnog suda, koja pokazuje da je u 2016. godini poništeno više od polovine ukupnog broja rješenja ministarstava koja su utužena pred Upravnim sudom” (Milošević, 2018, 14).

Shodno članu 84 Zakona o državnoj upravi, „Vlada rješava sukob nadležnosti između: 1) ministarstava, 2) organa uprave, 3) ministarstva i organa uprave, 4) ministarstva i nosioca javnih ovlašćenja i 5) organa uprave i nosioca javnih ovlašćenja”. I u ovom domenu će se u narednom periodu insistirati na što kvalitetnijoj komunikaciji između subjekata javne uprave, kao pretpostavci uspješnog modela decentralizacije. Ovo iz razloga što se sistem-

ski nedostaci primjećuju i u oblasti razvoja i koordinacije politika, „naročito između centralnog i lokalnog nivoa” (Milošević, 2018, 27–28).

Nedostatak sistemskog načina regulisanja javnih službi i definisanje njihovog položaja materijalnim propisima iz različitih oblasti društvenog života za posljedicu ima rizike od stvaranja pravnih praznina, kolizije propisa, ali i neuređenost datih segmenata sistema. Posljedice nedovoljno kvalitetnog zakonodavnog okvira stvaraju nepovjerenje građana u institucije sistema, koje negativno utiču na sve društvene aktivnosti, pa i na zdravstveni sistem. Čejmbers (Chambers, 2012, 6) je to lijepo objasnio istakavši da održivog zdravstvenog sistema nema ukoliko nema sljedećih elemenata koji su međuzavisni „visoko povjerenje – visok izazov – visoka motivacija i angažman”.

3.2.2.4.

Centralizacija vs. decentralizacija

Centralno-planski sistem je do početka 90-ih godina prošlog vijeka bio dominantno obilježje političkog sistema u Crnoj Gori. Iako se krajem prošlog vijeka postepeno krenulo sa procesom decentralizacije, crnogorski upravni sistem se i dalje u praksi dominantno posmatra kao centralizovan. Globalno posmatrano, može se reći da „tradicionalno, vertikalno-hijerarhijsko, odnosno homogeno-sistemsko poimanje društvene strukture uveliko ustupa mjesto mrežnom shvatanju strukture društva” (Radević, 2013, 19).

Centralizam je sistem organizacije države u kojem su donošenje odluka i kontrola njihovog sprovođenja u cjelini ili najvećim dijelom u rukama centralnih organa (Blažić, 2011). Centralističke tendencije su usmjerene na jačanje uloge i ovlaštenja centralnih prema necentralnim organima. Centralni organi imaju pravo da imenuju i razrješavaju funkcionere i službenike necentralnih organa, ali i da vrše supstituciju poslova iz njihove nadležnosti, što ukazuje na podređenost i nedostatak samostalnosti necentralnih organa, te obavezu postupanja po nalogima centrale (Eisenmann, 1988; Blažić, 2011).

Decentralizacija predstavlja slabljenje uticaja centra organizacionog sistema u odnosu na djelove tog sistema (Pusić, 1989; Larson & Ribot, 2004; Coaffee & Johnston, 2005; Kojo Sakyi, Awoonor-Williams & Adzei, 2011). Organizacioni dizajn savremenih organizacija karakteriše nužna i poželjna decentralizacija sistema, sa manjim brojem hijerarhijskih

nivoa, većom autonomijom manjih organizacionih jedinica, ali i većom komunikacijom i mrežnim poslovnim povezivanjem između njih. Povjerenje i ljudski odnosi, modelirani kroz adekvatnu organizacionu kulturu, supstituišu čvrste linije upravljanja i hijerarhijske odnose (Addicott, 2008). Suština je da decentralizacija lišena kvalitetne infrastrukture povezivanja sistema u smislu razmjene informacija, dijeljenja znanja i međusobne podrške samostalnih organizacionih djelova, ali i ostvarivanja kvalitetne kontrolne funkcije, može donijeti više štete nego koristi.

Treba istaći i da je proces decentralizacije lakše sprovesti u razvijenim zemljama (Fenwick & Bailey, 1999; Guga, 2018), jer nije dovoljno samo kvalitetno osmisliti proces. Potrebno je i valjano iskomunicirati strategiju kroz uključivanje svih zainteresovanih strana. Zato, decentralizaciju sistema treba sprovoditi u fazama, kako bi se kompletan sistem privikao na funkcionalne promjene i podjelu odgovornosti, a ono što je osnovni stub kvaliteta svake decentralizacije, i uslov bez koga se ne može, jeste kvalitet zakonodavstva.

Smisao decentralizacije koja se postiže izmještanjem javnih funkcija na organizacije izvan sistema javne uprave je u sljedećem:

- povećan nivo efikasnosti djelovanja organizacionog sistema (povećana fleksibilnost sistema, kao i samostalnost menadžmenta u izvršavanju tih poslova);
- veće uključivanje civilnog društva u odlučivanje (npr. članstvo u savjetima javnih službi i sl.);
- veća transparentnost (Regmi, 2010) i samim tim veće povjerenje u sistem;
- viši nivo stručne i drugih oblika samostalnosti službi, a time i „udaljavanje od političkih uticaja i pritisaka u obavljanju određenih važnih javnih poslova, odnosno pružanju javnih usluga” (Blažić, 2009, 138);
- veća vjerovatnoća da će postavljeni ciljevi biti bliži potrebama građana datog lokaliteta, nego u slučaju centralizovanog upravljanja (Goddard & Mannion, 2006) i
- osnaživanje nižih nivoa odlučivanja i participativno odlučivanje omogućava organizaciono učenje i dijeljenje znanja (Ford & Angermeier, 2008), ali i „veću motivaciju javnih službenika u demokratskim sistemima” (Prysmakova, 2016, 895).

Iz navedenih razloga, decentralizacija garantuje efikasnije i racionalnije obavljanje određenih javnih poslova kroz nedržavnu upravu nego u okviru organa državne uprave. Kao važan argument nameće se i činjenica da u oblastima djelatnosti javnih službi nije potreban stalni politički nadzor. Naprotiv, vršenje poslova javnih službi neophodno je distancirati od političkih i drugih uticaja.

Međutim, oprez nalažu potencijalni rizici koji se mogu pojaviti usljed nekontrolisane decentralizacije sistema, i to:

- manja mogućnost kontrole nad javnim službama (u odnosu na obavljanje istih poslova u okviru nadležnosti ministarstva ili organa uprave);
- niži stepen ministarske odgovornosti (smanjenje odgovornosti proporcionalno je stepenu samostalnosti javnih službi u pravnom, stručnom, organizacionom, personalnom i finansijskom pogledu);
- povećanje troškova usljed gubitka efekta ekonomije obima (Athanasiadis, Ratsika, Trompoukis & Philalithis, 2018);
- disfunkcionalnost u djelovanju institucija, „različite vrste rizika centralnog nivoa i organizacione jedinice decentralizacije“ (Kennewell & Baker, 2016, 453), preveliko „usitnjavanje“ jedinica sistema utiče s jedne strane na niži kapacitet tih službi, a sa druge preveliki stepen decentralizacije sistema utiče na slabiju mogućnost sistemске kontrole, što je slučaj sa skandinavskim sistemom (Byrkjeflot & Neby, 2008);
- različit stepen motivacije i posvećenosti decentralizovanih jedinica zajedničkoj viziji (Kingsnorth, 2013);
- problemi sa primjenom i praćenjem politika u slučaju lošeg menadžerskog kapaciteta na nižim nivoima (Regmi, 2010) i
- ukoliko je sistem decentralizovan prema opštinama, prirodno je da će se desiti da neke opštine mogu da izdvoje više sredstava za zdravstvo, a neke manje, te u tom smislu može nastati nejednakost, „dok bi u slučaju intervencije da se nejednakost otkloni to uticalo na smanjenu motivaciju opštine koja je spremna da više investira“ (Collins & Green, 1993, 61).

Rizici su posebno izraženi kada se radi o institucijama bez tradicije i dovoljno iskustva u operativnom djelovanju. Npr. osnivanje javnih službi kao regulatornih tijela, koje mogu imati i određene kvazisudske nadležnosti, ali su bez neposredne demokratske baze (za razliku od npr. demokratske legitimnosti parlamenta). U tom smislu, teško je obezbijediti nezavisnost ovih tijela, tj. osloboditi ih od političkog uticaja onih koji imenuju članove organa ovih tijela. Zato se posebna pažnja mora posvetiti regulatornoj ulozi u upravnom sistemu (Blažić, 2009).

Postoji značajna veza između decentralizacije i kvaliteta zdravstvenih usluga (Meirovich, G., Brender-Ilan, Meirovich, A., 2007). Empirijska analiza istog autora pokazala je da na kvalitet usluga paralelno utiču decentralizacija, ali i formalizacija, kao dvije dimenzije organizacione strukture. To je i razlog zbog kojeg se kvalitetna decentralizacija sistema ne može sprovesti bez valjane pravne regulative i procedura, koje će garantovati formalizaciju djelovanja zdravstvenog sistema.

3.2.2.5.

Pozitivno-pravni i organizacioni aspekt zdravstvenog sistema Crne Gore

- Trendovi liberalizacije, deregulacije i privatizacije sve su izraženiji u savremenim oblicima državnih uređenja, a u pojedinim segmentima su i „diktirani“ kroz zahtjeve i propise supranacionalnih institucija, koje Crna Gora treba slijediti u procesu pristupanja Evropskoj uniji.²⁴ Slično iskustvo potrebe za decentralizacijom sistema uprave usljed članstva u Evropskoj uniji imala je Slovenija (McCluskey & Bevc, 2007).

Zdravstveni sistem Crne Gore regulisan je brojnim zakonima, među kojima se krovnim može smatrati Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Ovim zakonom zdravstvena djelatnost prepoznata je kao djelatnost od javnog interesa (član 8 stav 2). Shodno Zakonu o državnoj upravi (član 21) „obezbjedjivanje vršenja poslova od javnog interesa obuhvata vršenje tih poslova preko ustanova, privrednih društava, preduzetnika, neposrednim izvršavanjem, davanjem koncesija, ulaganjem kapitala i drugim mjerama koje omogućavaju efikasno i

²⁴ Na primjer: Direktiva (EU) 2018/1972 Evropskog parlamenta i Savjeta Evropske unije od 11. decembra 2018. Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018L1972&from=DE>, 30. 11. 2019.

racionalno vršenje tih djelatnosti“. Javne službe osnivaju se u društvenim i privrednim oblastima koje su zakonom određene kao oblasti od javnog interesa, bez obzira na to ko vrši te poslove, odnosno ko je njihov osnivač. Stoga se zdravstvene ustanove mogu svrstati u kategoriju javnih službi koje obavljaju društvene djelatnosti.

Shodno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (član 2) „zdravstvena zaštita je organizovana i sveobuhvatna djelatnost društva sa ciljem da se dostigne najviši mogući nivo očuvanja zdravlja građana“. Ona se sprovodi kroz skup mjera i aktivnosti na očuvanju, zaštiti i unapređenju zdravlja građana. Shodno članu 6 stav 1 istog zakona „građani imaju pravo na informacije koje su potrebne za očuvanje zdravlja i sticanje zdravih životnih navika“.

Osnovna načela na kojima je utemeljen Zakon o zdravstvenoj zaštiti jesu sveobuhvatnost, kontinuiranost, dostupnost, cjelovitost, specijalizovani pristup zdravstvenoj zaštiti, kao i stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite. Decentralizacija sistema, odnosno podijeljena odgovornost na sve subjekte sistema u svrhu kvaliteta zdravstvene zaštite, može se vidjeti iz člana 10, u okviru kojeg se insistira na sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite kroz uključivanje svih građana u sprovođenje odgovarajućih mjera i aktivnosti na očuvanju, zaštiti i unapređenju zdravlja. U te aktivnosti se mogu svrstati promocija zdravlja, prevencija bolesti, rano otkrivanje bolesti, liječenje i rehabilitacija.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (član 58) predviđa mogućnosti da osnivači zdravstvene ustanove budu „država, opština, domaće i strano pravno i fizičko lice. Izuzetno od prethodnog, država osniva zdravstvene ustanove na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, ustanove koje obavljaju djelatnost transfuzije krvi, tipizaciju, uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela, tkiva i ćelija, djelatnost preventivnog i epidemiološkog nadzora nad zaraznim bolestima i hitne medicinske pomoći“. Akt o osnivanju donosi Vlada, odnosno nadležni organ opštine, zavisno od toga da li je osnivač država ili opština (član 60). Rješenje o ispunjenosti uslova za obavljanje zdravstvene djelatnosti donosi Ministarstvo (član 61).

U domenu prava i mogućnosti opština u obezbjeđivanju uslova za ostvarivanje primarne zdravstvene zaštite na svojoj teritoriji, zakon je utvrdio da opština: „1) prati stanje, inicira i predlaže mjere u oblasti primarne zdravstvene zaštite, 2) učestvuje u planiranju i sprovođenju razvoja primarne zdravstvene zaštite koja je od neposrednog interesa za građane, 3) učestvuje u upravljanju zdravstvenom ustanovom čiji je osnivač država, u skladu sa

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, 4) preduzima aktivnosti na unapređenju primarne zdravstvene zaštite“ (član 18). Pored navedenog ostavljena je i mogućnost opštine da učestvuje u finansiranju dijela troškova primarne zdravstvene zaštite – za vrijeme turističke sezone, u skladu sa ugovorom koji zaključi sa zdravstvenom ustanovom.

Članom 31 determinisano je da se u svrhu ostvarivanja javnog interesa i realizacije programa zdravstvene zaštite donosi zdravstvena mreža, i to „u odnosu na ukupan broj građana, broj osiguranih lica, zdravstveno stanje građana, gravitirajući broj građana, karakteristike pojedinih teritorija, raspoloživost zdravstvenih resursa i dostupnost građanima“. Zdravstvenu mrežu za područja opština, glavnog grada i prijestonice čine zdravstvene ustanove koje osniva država, kao i „pojedine zdravstvene ustanove ili djelovi zdravstvenih ustanova koje osniva drugo pravno i/ili fizičko lice, te pojedina pravna lica koja obavljaju poslove koji su u vezi sa ostvarivanjem prava na zdravstvenu zaštitu“ (Odluka o mreži zdravstvenih ustanova, član 2).

O finansiranju zdravstvene zaštite i drugih prava iz zdravstvenog osiguranja, kao i o namjenskom trošenju sredstava brine državni Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore, kao samostalna finansijska institucija, čiji je zadatak i donošenje godišnjeg programa zdravstvene zaštite, te usvajanje nacrtu finansijskog plana u skladu sa zakonom.

Jedinice lokalne samouprave u Crnoj Gori, shodno Zakonu o teritorijalnoj organizaciji Crne Gore (čl. 2, 5, 6 i 7) su: Glavni grad Podgorica, gradska opština Golubovci – kao opština u okviru Glavnog grada, Prijestonica Cetinje i opštine: Andrijevica, Bar, Berane, Bijelo Polje, Budva, Gusinje, Danilovgrad, Žabljak, Kotor, Kolašin, Mojkovac, Nikšić, Petnjica, Plav, Plužine, Pljevlja, Rožaje, Tivat, Tuzi, Ulcinj, Herceg Novi i Šavnik.

Shodno Odluci o mreži zdravstvenih ustanova, mrežu javnih zdravstvenih ustanova, čiji je osnivač država, na primarnom nivou, čini 18 domova zdravlja, i to: Andrijevica, Bar, Berane, Bijelo Polje, Budva, Cetinje, Danilovgrad, Herceg Novi, Kolašin, Kotor, Mojkovac, Nikšić, Plav, Pljevlja, Podgorica, Rožaje, Tivat i Ulcinj (član 3). Takođe, usluge primarne zdravstvene zaštite obavlja i Institut za javno zdravlje (iako je riječ o ustanovi javnog zdravstva na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite sa pripadajućim djelatnostima po tom osnovu – član 50 Zakona o zdravstvenoj zaštiti). Davaoci usluga bolničke zdravstvene zaštite su osam opštih bolnica (Bar, Berane, Bijelo Polje, Cetinje, Kotor, Meljine, Nikšić,

Pljevlja) i tri specijalizovane bolnice (Brezovik, Dobrota, Risan). Usluge bolničke zdravstvene zaštite na sekundarnom i tercijarnom nivou, pored opštih i specijalnih bolnica, obavljaju i Bolnica „Codra“, Poliklinika „Tesla Medica“ Berane i Klinički centar Crne Gore (član 10). Davalac usluga hitne medicinske pomoći na primarnom nivou zdravstvene zaštite je Zavod za hitnu medicinsku pomoć, dok djelatnost transfuziologije pokriva Zavod za transfuziju krvi Crne Gore (čl. 12–13). Ostvarivanje prava na lijekove vrši se preko zdravstvene ustanove Apoteke Crne Gore „Montefarm“ (i drugih apoteka sa kojima Fond za zdravstveno osiguranje zaključi ugovor), dok isporuku medicinsko-tehničkih pomagala vrši „Rudo Montenegro“ (član 14).²⁶

Organi zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori, shodno zakonu, jesu odbor direktora (organ upravljanja) i direktor (organ rukovođenja). Njih imenuje i razrješava osnivač (kod državnih ustanova to je Vlada). Specifičnost u organizovanju zdravstvenih ustanova je i ta da „odbor direktora jeste obavezan organ u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju djelatnost Kliničkog centra Crne Gore i Instituta za javno zdravlje, a u ostalim zdravstvenim ustanovama (domovi zdravlja, opšte i specijalne bolnice i dr.) se ne može obrazovati“ (član 70 Zakona o zdravstvenoj zaštiti), te u takvim ustanovama funkciju organa upravljanja vrši direktor. U odbor direktora ustanova imenuje se i jedan predstavnik opštine.

Direktora Kliničkog centra Crne Gore i Instituta za javno zdravlje imenuje i razrješava Vlada na prijedlog ministra, dok direktore ostalih zdravstvenih ustanova čiji je osnivač država imenuje i razrješava ministar na osnovu javnog konkursa (član 74).

U slučajevima vanrednih okolnosti, Ministarstvo može da preduzme mjere i aktivnosti u vezi sa rasporedom i organizacijom rada u svim subjektima koji obavljaju zdravstvenu djelatnost, što je u skladu i sa članom 101 stav 1 Ustava, u kojem se navodi da Vlada za vrijeme ratnog ili vanrednog stanja može donositi uredbe sa zakonskom snagom, ako Skupština nije u mogućnosti da se sastane.

Od značaja za decentralizaciju i efikasniju organizaciju sistema je i mogućnost da ustanove čiji je osnivač država ili opština mogu davati u zakup prostor i opremu uz prethodno pribavljeno odobrenje ministarstva. Finansiranje zdravstvenih ustanova obezbjeđuje

²⁶ Detaljnije o vrstama zdravstvenih usluga: čl. 32–57 Zakona o zdravstvenoj zaštiti Crne Gore, 2019. Dostupno na: <https://www.paragraf.me/propisi-crnegore/zakon-o-zdravstvenoj-zastiti.html>, 30. 11. 2019.

se iz sljedećih izvora: 1) osnivači, 2) budžet Crne Gore (preko Fonda za zdravstveno osiguranje), 3) budžet opštine, 4) pravna i fizička lica pod uslovima utvrđenim zakonom, 5) dobrovoljno osiguranje i 6) drugi izvori.

3.2.2.6.

Ključni problemi u procesu decentralizacije zdravstvenog sistema Crne Gore

- U Crnoj Gori zdravstveni sistem je dominantno centralizovan, što se može reći i da je odlika kompletnog upravnog sistema. Država kroz svoje akte, a u skladu i sa preporukama diktiranim od Evropske unije, radi na postizanju efikasnijeg sistema uprave. Komparativna analiza više zemalja koje sprovode reforme zdravstvenog sistema pokazala je da je ukupni cilj reformi uglavnom isti (Burau & Vrangbæk, 2008). Decentralizacija sistema se dominantno uzima za reformsku strategiju u zdravstvu. Prepreke decentralizaciji sistema – koja bi mogla rezultirati kvalitetnijim uslugama, najprije se mogu pronaći u zakonskoj regulativi, kao i u (ne)primjeni zakona.

Odlike kvaliteta malih uspješnih sistema obično se zasnivaju na kvalitetnoj integraciji elemenata sistema, međusobnoj podršci i povjerenju. Integracija sistema zasnovana je na kvalitetnoj sistemskoj zakonskoj regulativi i primjeni zakona, međusobnoj podršci i decentralizaciji, tj. delegiranju i prenošenju ovlašćenja sa centralnog nivoa na subjekte na nižim nivoima, a kao rezultat toga javlja se povjerenje korisnika usluga i njihovo zadovoljstvo, što u konačnom doprinosi povoljnijem društvenom i ekonomskom ambijentu.

Predmetna analiza ukazala je na sljedeće prepreke za kvalitetniju decentralizaciju zdravstvenog sistema Crne Gore i postizanje kvalitetnijeg i efikasnijeg sistema zdravstvenih usluga:

1. Nepostojanje adekvatnog zakonskog okvira. U Crnoj Gori ne postoji sistemski zakon koji bi kvalitetnije uredio nedržavnu upravu, dok je broj subjekata nedržavne uprave prilično raznolik, što otežava funkcionisanje sistema. Nedostatak je i nepostojanje Zakona o javno-privatnom partnerstvu, čijim će donošenjem biti olakšan proces decentralizacije zdravstvenog sistema i povećana motivacija privrednih subjekata za učešće u sistemu, pogotovo u dijelu koji se odnosi na outsorsing nezdravstvenih usluga (priprema hrane, održavanje higijene, održavanje opreme i sl.). Javno-privatno

partnerstvo je oblik koji povezuje javne i privatne organizacije. Obje strane polaze od različitih logika i ciljeva, ali sa svrhom da prepoznaju sinergijski efekat udruživanja, podignu stepen efikasnosti i kvalitet upravljanja u odnosu na potrebe građana datog lokaliteta (Saviano, Parida, Caputo & Kumar Datta, 2014). U tom kontekstu modeli javno-privatnih partnerstava veoma su zastupljeni u zdravstvenim sistemima širom svijeta (Sciulli, 2008), pri čemu Gerstlberger i Šnajder (Gerstlberger & Schneider, 2012) ističu da je privatni partner veoma zainteresovan za dugoročni uspjeh (kako bi uspio da povрати uložena sredstva, najčešće u infrastrukturu), što ovim oblikom saradnje centralnu vlast dodatno primorava na strateško razmišljanje. Institucionalni preduslovi su kvalitetno zakonodavstvo, odgovarajuće sektorske politike i diferencijacija pružanja usluga od sistema regulacije;

2. Slaba primjena zakona koja uzrokuje manjak demokratije i autonomije. Jedino ukoliko centralna vlast primjerom pokaže dosljednost, preciznost i odgovornost u primjeni zakona, to se može očekivati veće uključivanje i jača motivacija nižih nivoa u organizacionom lancu. Uključivanje građana u proces odlučivanja je ograničeno, a zanimljivo je i istraživanje koje je za potrebe Instituta Alternativa sprovedla Agencija IPSOS, čiji rezultati pokazuju da čak 58% građana nije informisano o javnim raspravama koje organizuju organi javne uprave, 38% je donekle informisano, a svega 4% je dobro informisano (Milošević, 2018, 27–28). Posebno vrijedi istaći činjenicu da u javnoj raspravi o lokalnom budžetu za 2017. godinu u čak pet jedinica lokalne samouprave, među kojima su i Glavni grad Podgorica i Prijestonica Cetinje, shodno podacima Instituta Alternativa, koji je analizirao izvještaje lokalnih samouprava, nije bilo nijednog predstavnika zainteresovane javnosti (građana).²⁷ Iako i iskustva iz okruženja potvrđuju da organizacije civilnog društva najčešće nemaju optimalne uslove za efikasno učešće u pripremi politika (Lajh & Krašovec, 2010; Kavčić, Pahor & Domajnko, 2015), ovaj podatak je opominjući. Uz to je i konfliktan u odnosu na član 157 Zakona o lokalnoj samoupravi, koji uređuje da „opština stvara uslove, podstiče i pomaže učešće lokalnog stanovništva u ostvarivanju lokalne samouprave“. Nedovoljno učešće građana u kreiranju javnih politika protivno je i savremenoj menadžment praksi, u okviru koje se insistira na uključivanju što šireg broja zainteresovanih stra-

²⁷ Detaljnije na: <http://www.mojgrad.me/images/infografici/mojgrad-koliko-gradjani-cg-ucestvuj-u-javnim-raspravama-o-budzetu-opstina.png>, 30. 11. 2019.

na u proces odlučivanja, za šta su razvijene brojne tehnike i komunikativne forme (Garpenby & Bäckman, 2016). Zatim, Zakon o teritorijalnoj organizaciji Crne Gore (2018, član 29) propisuje uslove i postupak za promjenu teritorijalne organizacije, koji su u skladu sa članom 5 Evropske povelje o lokalnoj samoupravi. Primjena ovog zakona značila bi obavezu skupštine opštine da raspiše opštinski (konsultativni) referendum u svrhu prethodnog izjašnjavanja građana o teritorijalnim promjenama. Od posljednje tri formirane opštine u Crnoj Gori (Petnjica, Gusinje i Tuzi), ovaj zakon je važio za prve dvije, dok u slučaju opštine Tuzi nije. Najzad, građani prilikom izbora za odbornike nemaju mogućnost da biraju neposredno svog predstavnika, već se moraju odlučiti za listu političke partije ili građanske opcije, što je protivno članu 113 Ustava Crne Gore i članu 6 Zakona o lokalnoj samoupravi, kao i Evropskoj povelji o lokalnoj samoupravi (član 3 stav 2);

3. Nemogućnost opština da se uključe u finansiranje zdravstvenog sistema. Činjenica da se u 2018. godini dvije trećine crnogorskih opština (15) finansiralo iz Egalizacionog fonda,²⁸ govori i o slabim fiskalnim kapacitetima jedinica lokalne samouprave u Crnoj Gori.²⁹ Ovi pokazatelji su komplementarni sa činjenicom da je u dvije trećine crnogorskih opština procijenjeni broj stanovnika u 2017. godini manji nego u 2016, što zajedno ukazuje i na probleme sa neravnomjernim razvojem zemlje, pogotovo nedovoljnom razvijenošću sjevernog regiona.³⁰ No, ne treba zaboraviti činjenicu da su zdravstvene performanse povezane sa ekonomskim učinkom, te da je dobro zdravlje izvor ekonomske i socijalne stabilnosti, ali i „ključ za smanjenje siromaštva i održivi razvoj“ (WHO – Health 2020: a European policy framework, 8). U članu 21 Zakona o lokalnoj samoupravi navodi se i da je zadatak lokalne samouprave stvaranje uslova i briga o razvoju turizma, kao i djelatnosti kojima se unapređuje turizam. U tom kontekstu, jasno je da bi kroz veću brigu o zdravstvenom sistemu i sama opština mogla da doprinese razvoju lokalnih i državnih turističkih potencijala, odnosno da kroz korišćenje komparativnih prednosti našeg

²⁸ Egalizacioni fond raspolaže sredstvima namijenjenim za ujednačavanje finansiranja opština. Ova sredstva mogu koristiti opštine čiji je prosječni fiskalni kapacitet po stanovniku niži od prosječnog fiskalnog kapaciteta po stanovniku za sve opštine.

²⁹ Detaljnije o finansijskim pokazateljima crnogorskih opština na: <http://uom.me/baze-podataka/opstinske-finansije>, 30. 11. 2019.

³⁰ Detaljnije na: <https://www.monstat.org/cg/page.php?id=47&pageid=47>, 2. 1. 2019.

zdravstvenog sistema (konkurentne cijene, priroda, geografski položaj, klima i dr.) poveća broj turista i prihode opštine i države od turizma. U komplementarne aktivnosti mogu se svrstati i sportski turizam, kao i promocija zdravih stilova života, boravka u prirodi i dr.;

4. Nedovoljna motivacija rukovodilaca zdravstvenih ustanova. Zdravstvene ustanove dominantno osniva država. Aktuelno stanje direktorima zdravstvenih organizacija prepušta samo rukovođenje, ali ne i upravljanje. Samim tim, ne postoji potrebna fleksibilnost u upravljanju, a shodno tome, nemoguće je i ustanoviti odgovarajući sistem motivacije. U fokusu savremenih inicijativa rekonfiguracije zdravstvenog sistema nalaze se zaposleni koji imaju slobodu da razvijaju nove načine razmišljanja i djelovanja (Rule, Dunston & Solomon, 2016). Za razliku od toga, zdravstvene ustanove u Crnoj Gori su „klasične“ potrošačke jedinice, te u tom smislu zaposleni nijesu motivisani da inoviraju i racionalizuju troškove, usljed nedostatka satisfakcije. Klinički centar Crne Gore i Institut za javno zdravlje jedine su javne zdravstvene ustanove koje imaju odbor direktora (član 70 Zakona o zdravstvenoj zaštiti), zbog čega se može zaključiti da je ostalim zdravstvenim ustanovama na određeni način ograničena mogućnost razvoja kroz prednosti kolektivnog donošenja odluka i podjele nadležnosti. Jedan od načina koji će doprinijeti većoj motivaciji i težnji za postizanjem veće efikasnosti decentralizovanih jedinica sistema jeste i uvođenje podsticaja za unapređenje efikasnosti i konkurentnosti u bolničkom sektoru. U tom smislu u toku je, zasnovano na komparativnom iskustvu zemalja okruženja, postepeno uvođenje sistema plaćanja zasnovanog na DRG modelu (*Diagnostic Related Group*), koji promoviše kontrolu potrošnje u bolničkom sektoru, ali i utiče na eliminaciju neefikasnih kapaciteta. Cilj je unaprijediti upravljanje i korišćenje resursa, tj. obezbijediti preusmjerenje troškova na usluge koje su isplative, te osnažiti jednakost u finansiranju različitih jedinica sistema. Ovim sistemom, povećava se stepen autonomije u pogledu mogućnosti reorganizovanja modela pružanja usluga i upravljanja inputima;
5. Nedovoljna saradnja između zdravstvenih ustanova iz različitih opština. Centralizacija zdravstvenih ustanova i svođenje uloge direktora na ulogu rukovodioca,

umanjuje i mogućnost zdravstvenih organizacija na nivou opština da sarađuju. Saradnja, zasnovana na mrežnom poslovnom povezivanju, globalno je prepoznat trend od značaja za kvalitet usluga. Ona vodi ka većoj efikasnosti, podsticanju inovacija i većoj fleksibilnosti sistema (Sorrentino & Simonetta, 2011). U domenu zdravstva, dokazano je da interprofesionalni timovi mogu poboljšati zdravstvene ishode (Katon, Lin, Von Korff, Ciechanowski, Ludman, Young, Peterson, Rutter, McGregor & McCulloch, 2011; Rayner, Muldoon, Bayoumi, McMurchy, Mulligan & Tharao, 2018), odnosno mogu pružiti bolju zdravstvenu zaštitu nego samostalni pružaoci usluga (Dinh & Bounajm 2013; Rayner, Muldoon, Bayoumi, McMurchy, Mulligan & Tharao, 2018). Međuopštinska saradnja je važna (Bigdeli, Kamal, De Cesare, 2013), ali i internacionalizacija sektora zdravstva, skladno strategiji „Zdravlje 2020“ Svjetske zdravstvene organizacije. Integrativnu ulogu tog tipa moglo bi ojačati povećano učešće opština u upravljanju zdravstvenim sektorom, paralelno sa ostalim sektorskim politikama gdje postoji zajednički interes za umrežavanje;

6. Nedovoljna motivacija opština. Opštine nijesu zainteresovane da svoje rijetke finansijske resurse usmjeravaju na zdravstveni sistem. U Crnoj Gori ne postoje zdravstvene ustanove koje je osnovala lokalna samouprava. Svega nekoliko opština finansira dio troškova primarne zdravstvene zaštite za vrijeme turističke sezone (turističke ambulante), dok pojedine opštine doprinose finansiranju izgradnje, adaptacije ili rekonstrukcije objekata zdravstvene zaštite na svojoj teritoriji ili rješavanju stambenih potreba zdravstvenih radnika najčešće kroz obezbjeđivanje zemljišta, oslobađanje plaćanja komunalija i omogućavanje dobijanja potrebnih dozvola. I pored velikih očekivanja lokalnih samouprava u pogledu kvaliteta i dostupnosti zdravstvene zaštite, konkretan doprinos istih u realizaciji aktivnosti i mjera koje bi dovele do unapređenja kvaliteta zdravstvenog sistema je, kako je prethodno prikazano, skroman. Većina lokalnih samouprava nema namjenska sredstva za zdravstvo u svom budžetu, ili se radi o djelatnosti za koju se izdvaja daleko manje sredstava nego za ostale, te se stiče utisak da je zdravstvena zaštita u tom smislu izvan prioriteta lokalnih politika. Jedan od razloga sigurno su slabi fiskalni kapaciteti, ali i, najčešće, kratkoročna orijentacija opštinskih uprava na mandatni period, nasuprot potrebe za strateškim razmišljanjem. Stil upravljanja javnog sektora iz predu-

zetničkog ugla često se karakteriše kao „gašenje malih požara“ umjesto traženje dugoročnog, održivog rješenja za poboljšanje zdravstvenih usluga (Sinisammal, Leviäkangas, Autio & Hyrkäs, 2016). Uzmemo li u obzir da kvalitet zdravstvene zaštite utiče i na kvalitet i kvantitet stranih investicija, ali i posredno na kvalitet turističke sezone, lokalne samouprave bi trebalo da strateškim pristupom bilježe veću aktivnost u pružanju usluga zdravstvene zaštite. Čini se, u aktuелnoj situaciji, da najbolja forma organizovanja zdravstvene zaštite jeste javno-privatno partnerstvo, u kojem bi interese mogli pronaći, ali i kvalitetno zaštititi na temelju zakona, i država, i opština, i investitor. Hajlman (Heilmann, 2008) u smislu konstantne potrebe za traženjem efikasnijih rješenja preporučuje da centralna vlast ohrabri lokalne zvaničnike da isprobaju nove načine rješavanja problema, što naziva „eksperimentisanjem pod hijerarhijom“. Bez obzira na potrebu za proaktivnim pristupom jedinica lokalne samouprave u pravcu decentralizacije sistema, u literaturi se ističe da je ipak „uloga Vlade ključna u pravcu promjene sistema i podsticanja promjena“ (Millar, Jian, Mannion & Miller, 2016, 328);

7. Nedostatak timskog djelovanja i sinergetskih efekata. Centralizacija sistema vidi se i po strukturi zdravstvenih organizacija. U mreži zdravstvenih ustanova postoje svega dva subjekta koja su u privatnom vlasništvu. Osnivač svih ostalih je država. Opštine u Crnoj Gori nijesu među osnivačima zdravstvenih ustanova, iako se zakonom ostavlja ta mogućnost. Javno-privatna partnerstva još uvijek nijesu zaživjela, iako se intenzivno radi na analizi uključivanja privatnog sektora, posebno u domenu nezdravstvenih usluga. S obzirom na slab fiskalni kapacitet opština, država bi mogla, paralelno sa jačanjem samih jedinica lokalne samouprave, poraditi i na postepenoj, višefaznoj, decentralizaciji sistema kroz – za početak, prenošenje (zakonom) ili povjeravanje (propisom Vlade) vršenja određenih poslova iz domena zdravstva lokalnim upravama. Vlada bi i u ovom slučaju zadržala mogućnost kontrole vršenja tih poslova od strane lokalne samouprave (čl. 39–40 Zakona o državnoj upravi);
8. Nedovoljno kvalitetne baze podataka. Kvalitet informacionog sistema temeljna je pretpostavka kvaliteta donešenih odluka, ali i *conditio sine qua non* decentralizacije. Ovo

iz razloga što je misija informacionog sistema „da omogući centralnu kontrolu i koordinaciju međusobno razdvojenih djelova“ (Walker, 1993, 11). Postojeći zdravstveni informacioni sistem nije u dovoljnoj mjeri zaživio, nije cjelovit i povezan, tj. u funkcionalnom smislu ne pruža dovoljno informacija od značaja za planiranje i praćenje troškova, usluga i potreba zdravstvenog sistema. U tom smislu Ministarstvo zdravlja u kontinuitetu radi na poboljšanju informacionog sistema, te se među aktuelnim prioritetima Ministarstva prepoznaje informatizacija Kliničkog centra Crne Gore i razvoj elektronskog zdravstvenog kartona. Kontinuirano ulaganje u informacioni sistem i prilagođavanje novim poslovnim modelima zasnovanim na internetu važni su ne samo zbog mogućnosti umrežavanja institucija zdravstvenog sistema, i time veće efikasnosti, već i zbog racionalizacije poslovanja i boljeg praćenja troškova, te izrade različitih analiza i procjena ekonomsko-finansijskog poslovanja, kao i boljeg korišćenja raspoloživih kapaciteta (pogotovo u smislu mogućnosti davanja opreme u zakup).

3.2.2.7.

Preporuke za unapređenje organizaciono-pravne dimenzije zdravstvenog sistema Crne Gore

- Globalni konkurentski pejzaž podrazumijeva konstantno prilagođavanje organizacije promjenama ili njihovo iniciranje u svrhu opstanka organizacije. Posmatramo li državu kao organizaciju, odnosno mrežu javnih službi, to se kao nužna nameće i potreba kontinuiranih reformskih procesa, koji iziskuju sistemski pristup i punu opredijeljenost svih društvenih struktura ka stvaranju efikasne, profesionalne i servisno orijentisane uprave. Crnogorska uprava ima u najvećoj mjeri centralizovan sistem. U skladu sa unutrašnjim potrebama sistema, ali i shodno principu supsidijarnosti, država intenzivno radi na stvaranju kvalitetnijih uslova za decentralizaciju sistema. Stvaranjem normativnih i institucionalnih uslova za kvalitetno funkcionisanje lokalnih samouprava, javnih službi i javno-privatnih partnerstava jačaju se uslovi za kvalitetnije organizaciono strukturiranje javnog zdravstvenog sistema.

Lokalna samouprava u Crnoj Gori funkcioniše po modelu opšte nadležnosti. Dakle, sve opštine, bez obzira na izražene razlike, obavljaju iste poslove. U svrhu racionalnijeg poslovanja, potrebno je obezbijediti kvalitetniju komunikaciju i intenzivirati saradnju između opština iz istog regiona, čime bi se mogli racionalizovati troškovi.

Kvalitet usluga u javnoj upravi od izrazitog je značaja za stvaranje povoljnog ekonomskog i društvenog ambijenta, koji nužno opredjeljuje sveukupni razvoj jednog društva. Organizaciona struktura upravnog sistema treba da bude fleksibilna na način da po potrebi, u zavisnosti od situacionih faktora, može koristiti prednosti modela centralizacije ili modela decentralizacije, odnosno da reaguje u skladu sa teorijom kontigencije (Treiblmaier, 2018).

Potrebno je obezbijediti veći stepen motivacije svih društvenih struktura u svrhu unapređenja zdravstvenog sistema. Počev od građana, koji kroz učešće u javnim raspravama, kao i posredstvom izbora, mogu dati doprinos kvalitetu rješenja koja se donose (Steiner, Kaiser, Tapscott & Navarro, 2018), preko lokalnih uprava koje bi trebalo da u svojim strateškim i planskim dokumentima, poštujući smjernice i ciljeve Vladine politike u oblasti zdravstva, definišu konkretne mjere i aktivnosti kojima će doprinijeti unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite na teritoriji koju pokrivaju. Bolje upravljanje i praćenje sprovođenja politika iz oblasti zdravstva postiglo bi se i kroz formiranje posebnih organizacionih jedinica lokalnih samouprava u čijoj bi nadležnosti bila zdravstvena zaštita. Time bi se i stekli uslovi za mogućnost povjeravanja ili prenošenja ovlašćenja države na lokalnu samoupravu u domenu zdravstva. Uključivanje jedinica lokalne samouprave i privatnog sektora u proces rekonstrukcije i izgradnje zdravstvene infrastrukture, kao i pružanje kliničkih i nezdravstvenih usluga, doprinijelo bi boljoj dostupnosti zdravstvenih usluga cjelokupnom stanovništvu, podiglo kvalitet usluga i racionalizovalo troškove.

Reforma javne uprave Crne Gore ide u pravcu stvaranja institucionalnih i sistemskih uslova za kvalitetnu decentralizaciju sistema. Pretpostavka kvaliteta organizovanja sistema javne uprave je pravna dimenzija. U tom smislu jedan od ključnih izazova u sistemu javne uprave Crne Gore je širok spektar divergentnosti u odnosu na subjekte koji vrše javna ovlašćenja. Stoga, neophodno je ustanoviti preciznu tipologiju organizacija sa javnim ovlašćenjima i jedinstvena pravila za njihovo osnivanje i funkcionisanje. Kao nužno se nameće i donošenje Zakona o javno-privatnom partnerstvu.

Takođe, neophodno je raditi na jačanju i stabilnosti jedinica lokalne samouprave u Crnoj Gori, što će biti na tragu preporuka Evropske povelje o lokalnoj samoupravi, gdje

se jačanje lokalne samouprave u različitim evropskim zemljama tretira kao značajan doprinos izgradnji Evrope zasnovane na načelima demokratije i decentralizacije vlasti.

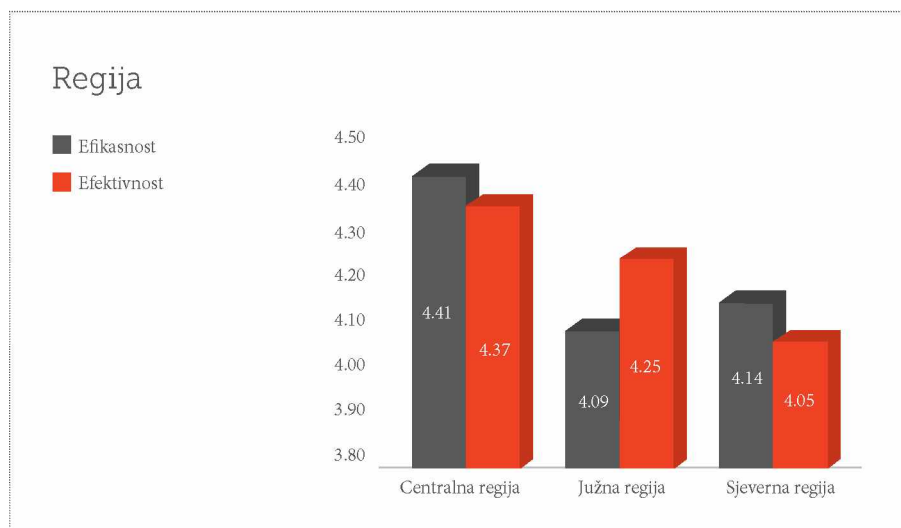
U zdravstvenom sistemu Crne Gore bilježi se rast povjerenja građana u sistem, što je posljedica intenzivnih aktivnosti Vlade Crne Gore i nadležnih ministarstava na unapređenju sistema. Ipak, kao i svaki reformski proces i ovaj zahtijeva vrijeme i traži dodatna prilagođavanja. Osnovni problemi sa kojima se suočava zdravstveni sistem Crne Gore u pogledu sprovođenja strategije decentralizacije zdravstvenog sistema su: nekonzistentan zakonodavni okvir i nepostojanje određenog broja sistemskih zakona, slaba primjena zakona, nedovoljna transparentnost i demokratičnost na nivou javne uprave, slabi finansijski kapaciteti jedinica lokalne samouprave, nedovoljna fleksibilnost sistema, nedostatak motivacije za dodatnom preduzetničkom inicijativom u većini zdravstvenih ustanova usljed zakonske nemogućnosti direktora da se bave upravljanjem, te nepostojanje kvalitetne informacione baze kao podrške za analizu i odlučivanje.

Istraživanje je pokazalo da je crnogorski zdravstveni sistem dominantno centralizovan, bez ozbiljnijeg učešća jedinica lokalne samouprave u pružanju zdravstvenih usluga. Ujedno, rezultati istraživanja ukazuju i na potrebu većeg uključivanja opština, ali i privatnih partnera, u kreiranje zdravstvenih politika, sa svrhom postizanja većeg nivoa kvaliteta zdravstvenih usluga.

3.2.3.

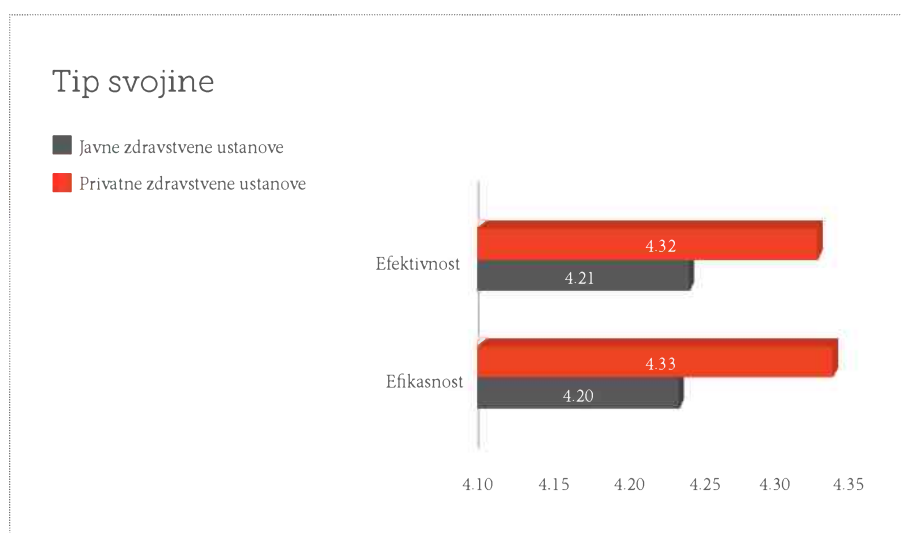
Organizaciona strategija

- Analiza organizacione strategije učinjena je sa aspekta organizacionog fokusa. Kako je objašnjeno u dijelu 1.2.3.3, organizacione strategije se najčešće diferenciraju u odnosu na dvije dimenzije – efikasnost i efektivnost. Iz tog razloga je u nastavku data analiza strategija crnogorskih zdravstvenih ustanova po regijama i prema tipu svojine. Kako se može primijetiti na slici br. 20, u centralnoj regiji je usmjerenost strategije na efikasnost ocijenjena sa 4.41, a efektivnost sa 4.37.



Slika br. 20 – Pr(ocjene) strateške orijentacije crnogorskih zdravstvenih ustanova po regijama

U sjevernoj regiji je efikasnost je ocijenjena sa 4.14, dok je efektivnost manja (4.05). U zdravstvenim ustanovama iz južnog dijela Crne Gore, za razliku od ustanova iz centralnog i sjevernog dijela, efektivnost je zastupljenija u strategiji (4.25) nego efikasnost (4.09).

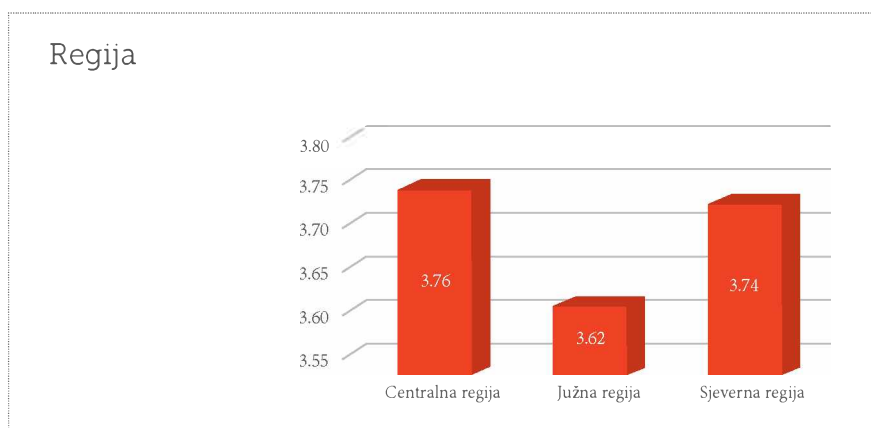


Slika br. 21 – Pr(ocjene) strateške orijentacije crnogorskih zdravstvenih ustanova prema tipu svojine

Analiza sa aspekta vlasništva pokazala je da su strategije privatnih zdravstvenih ustanova kvalitetnije i sa aspekta efikasnosti i sa aspekta efektivnosti (slika br. 21). Zanimljivo je da su i u javnim i u privatnim zdravstvenim ustanovama efikasnost i efektivnost izbalansirane. U javnim zdravstvenim ustanovama efikasnost strategije je ocijenjena sa 4.20, dok je efektivnost strategije vrednovana sa 4.22, a u privatnim zdravstvenim ustanovama efikasnost strategije ocijenjena je sa 4.33, dok je efektivnost vrednovana ocjenom 4.32.

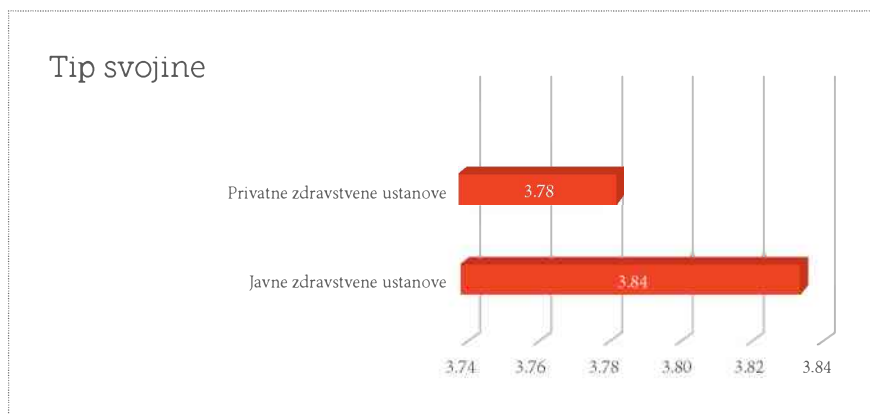
3.2.4. Organizaciona struktura

- Organizaciona struktura izražena brojačano na osnovu odgovora na pitanja iz upitnika (prilog A) u crnogorskim zdravstvenim ustanovama vrednovana je prosječnom ocjenom 3.71. Primjenom Kruskal–Valisovog testa, utvrđeno je da ne postoje statistički značajne razlike u ocjenama organizacione strukture među ustanovama iz različitih regiona. Kako se može primijetiti na slici br. 22, ocjena organizacione strukture ima približno istu vrijednost za zdravstvene ustanove iz centralne (3.76) i sjeverne regije (3.74), dok je nešto niža u ustanovama iz južnog regiona (3.62).



Slika br. 22 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione strukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

Posmatrano prema vlasničkoj dimenziji zdravstvene ustanove (slika br. 23), rezultati pokazuju da je kvalitet organizacione strukture u javnim zdravstvenim ustanovama veći (3.84) nego u privatnim zdravstvenim ustanovama (3.78). Ni prema vlasničkoj dimenziji, ne postoje statistički značajne razlike u ocjenama među privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama, što je utvrđeno primjenom Man–Vitnijevo U testa.



Slika br. 23 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione strukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

Organizaciona struktura posmatrana kroz prizmu pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja (pr)ocijenjena je prosječnom ocjenom 4.10 (na skali od 1 do 5). Sa stanovišta značaja autoriteta i hijerarhije unutar zdravstvenog sistema, rezultati pokazuju ocjenu 3.22, dok sa stanovišta organizacionog fokusa, prosječnom ocjenom 3.80, izražen je stav da su radni procesi koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika (tabela br. 22).

Tabela br. 22 – Obilježja organizacione strukture u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

<i>Obilježja organizacione strukture</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Prosječna ocjena</i>	<i>Standardna devijacija</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
Stepen pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja	135	4.1037	.83106	1.00	5.00
Autoritet i hijerarhija	135	3.2247	.57997	2.00	5.00
Radni procesi su koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika	135	3.8000	.95261	1.00	5.00

U tabeli br. 23 prikazano je rangiranje obilježja organizacione strukture zdravstvenih ustanova po regionima. Najviši stepen pogodnosti organizacione strukture za razvoj menadžmenta znanja prisutan je u zdravstvenim ustanovama iz južne regije, zatim centralne, i u konačnom sjeverne. Sa druge strane, najviše izražena hijerarhija i značaj autoriteta javlja se u sjevernom regionu, dok je timska orijentacija nasuprot individualne najprisutnija u zdravstvenim ustanovama centralne regije.

Tabela br. 23 – Rangiranje obilježja organizacione strukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

<i>Obilježja organizacione strukture</i>	<i>Regija</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Stepen pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja	Južna	42	69.82
	Centralna	54	69.18
	Sjeverna	39	64.41
	<i>Ukupno</i>	135	
Autoritet i hijerarhija	Sjeverna	39	80.01
	Centralna	54	64.82
	Južna	42	60.93
	<i>Ukupno</i>	135	

Radni procesi su koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika	Centralna	54	73.90
	Sjeverna	39	66.60
	Južna	42	61.71
	<i>Ukupno</i>	135	

Primjenom Kruskal–Valisovog testa utvrđeno je da razlike među regionima po pitanju posmatranih obilježja organizacione strukture nijesu statistički značajne.

Tabela br. 24 – Rangiranje obilježja organizacione strukture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

<i>Obilježja organizacione strukture</i>	<i>Tip svojine</i>	<i>Broj ispitanika/ca</i>	<i>Rang</i>
Stepen pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	70.32
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.28
	<i>Ukupno</i>	135	
Autoritet i hijerarhija	Javne zdravstvene ustanove	96	69.29
	Privatne zdravstvene ustanove	39	64.83
	<i>Ukupno</i>	135	
Radni procesi su koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika	Javne zdravstvene ustanove	96	67.23
	Privatne zdravstvene ustanove	39	69.90
	<i>Ukupno</i>	135	

U pogledu razlika u odnosu na posmatrana obilježja organizacione strukture između privatnih i javnih zdravstvenih ustanova, zaključak je da su sve tri dimenzije vrednovane većom prosječnom ocjenom u javnim zdravstvenim ustanovama nego u privatnim (tabela br. 24). Međutim, Man–Vitnijevim U testom je utvrđeno da statistički značajnih razlika ipak nema.

3.2.5.

Organizaciona kultura

- U domenu zdravstva, organizaciona kultura igra važnu ulogu u kreiranju odgovarajućeg kvaliteta zdravstvene zaštite (Domnariu, Cernușcă-Mițariu & Boitan, 2013; Al-

soulami, Banjar & Mahran, 2018). Stoga će u nastavku biti predstavljena organizaciona kultura zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori na bazi OCAI instrumenta za analizu organizacione kulture.

Analiza je pokazala da je u Crnoj Gori dominantno zastupljen familijarni tip organizacione kulture (38.66%). Ovaj tip kulture zasnovan je na velikoj posvećenosti, visokom stepenu međusobnog povjerenja i poštovanja, sa akcentom na saradnju, interne procese i integraciju sistema, ali i dovoljno fleksibilnosti. Organizaciona klima je bitna pretpostavka uspjeha shodno ovom kulturnom obrascu. Samim tim je i najčešće prisutan u zdravstvenom sektoru kao dominantan (Bremer, 2008). Zatim slijedi hijerarhijski tip sa 25.67%. Hijerarhijska kultura podrazumijeva visok nivo birokratije, značajan broj pravila i propisa. Cilj je obezbijediti neometan rad organizacije, standardizovati politike i procedure, definisati precizne linije ovlašćenja, odgovornosti i mehanizme kontrole. U tom smislu, i hijerarhijski tip kulture svojstven je zdravstvenim organizacijama. Adhokratska kultura u crnogorskim zdravstvenim ustanovama zastupljena je sa 20.84%. Ovakvu kulturu karakteriše fleksibilnost, otvoren sistem, stalne promjene, kreativnost i inovacije. Na kraju, najmanje zastupljena je tržišna kultura sa 14.84%. Ovo je model kulture koji je orijentisan eksterno, sa usmjerenjem na rezultate i konkurentnost.

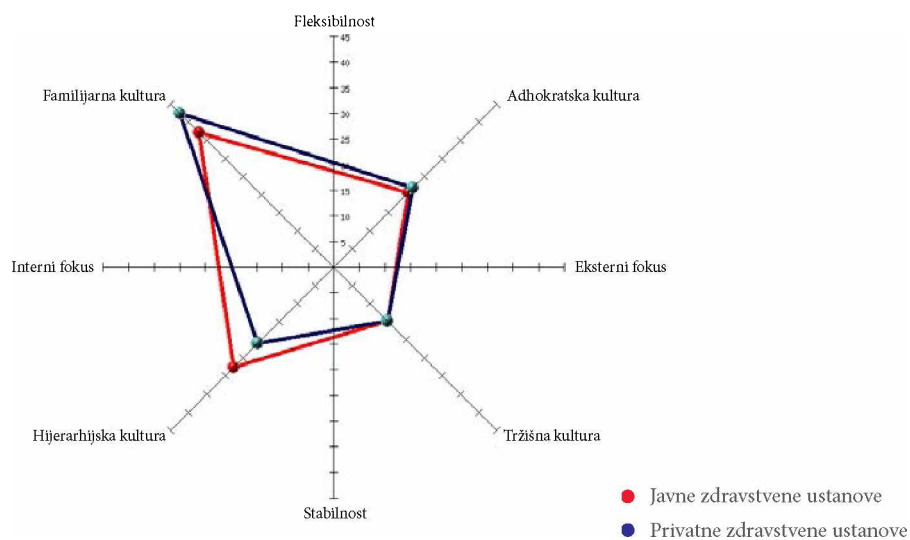
Kako se može primijetiti u tabeli br. 25, među regionima ne postoje značajne razlike po pitanju prethodno navedenih sumarnih pokazatelja. Može se primijetiti da su familijarna i hijerarhijska kultura najviše izražene u sjevernoj regiji, adhokratska u južnoj, a tržišna u centralnoj regiji. Sa druge strane, komparativno posmatrano, najmanje familijarne kulture prisutno je u ustanovama centralne regije, adhokratske i tržišne u sjevernoj, a hijerarhijske u ustanovama iz južnog dijela Crne Gore.

Može se konstatovati da su dva dominantno prisutna tipa organizacione kulture pretežno interno orijentisana. Ukoliko bi se računao odnos između internog i eksternog fokusa, taj odnos bi bio približno 2 : 1. U tom smislu, može se konstatovati da, u svrhu težnje ka ravnoteži i idealnoj situaciji u odnosu na organizacionu kulturu, ima prostora da se jača eksterna (tržišna) orijentacija crnogorskih zdravstvenih ustanova.

Tabela br. 25 – Komparativna analiza organizacione kulture u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

Tip kulture / Regija	Centralna regija	Južna regija	Sjeverna regija	Ukupno na nivou Crne Gore
Familijarna kultura	37.09	39.24	40.19	38.66
Adhokratska kultura	21.36	21.69	19.19	20.84
Tržišna kultura	15.72	14.27	14.23	14.84
Hijerarhijska kultura	25.83	24.79	26.39	25.67
Ukupno	100.00	100.00	100.00	100.00

Na slici br. 24 predstavljen je odnos organizacione kulture prema tipu svojine zdravstvene ustanove. Crvenom linijom predstavljena je organizaciona kultura javnih zdravstvenih ustanova, a plavom organizaciona kultura privatnih zdravstvenih ustanova.



Slika br. 24 – Komparativna analiza organizacione kulture u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

Izvor: Prilagođeno prema – www.ocai-online.com

Kako se može primijetiti, familijarni tip kulture je dominantan u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, kako na nivou javnih (37.28%) tako i na nivou privatnih zdravstvenih ustanova (42.03%). U javnim zdravstvenim ustanovama na drugom mjestu po zastupljenosti nalazi se hijerarhijska kultura (27.55%), na trećem adhokratska kultura (20.36%), i na posljednjem tržišni tip kulture (14.81%). Kod privatnih zdravstvenih ustanova druga po snazi je adhokratska kultura (22.01%), treća hijerarhijska (21.05%), dok je tržišna kultura sa najmanjom snagom (14.91%).

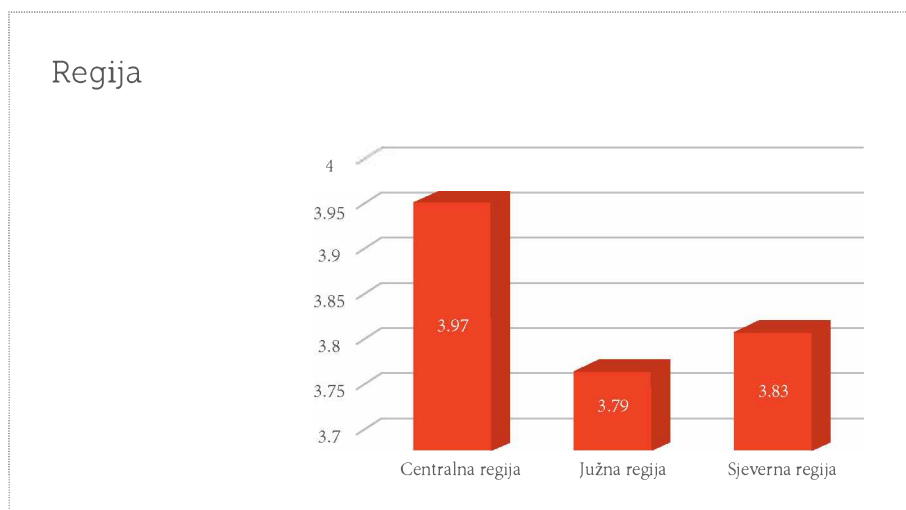
Tabela br. 26 – Zastupljenost različitih tipova organizacione kulture u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori

<i>Tip kulture / Tip svojine</i>	<i>Javne zdravstvene ustanove</i>	<i>Privatne zdravstvene ustanove</i>	<i>Javne i privatne zdravstvene ustanove</i>
Familijarna kultura	37.28	42.03	38.66
Adhokratska kultura	20.36	22.01	20.84
Tržišna kultura	14.81	14.91	14.84
Hijerarhijska kultura	27.55	21.05	25.67
<i>Ukupno</i>	100.00	100.00	100.00

Kao što je predstavljeno u tabeli br. 26, u privatnim zdravstvenim ustanovama je izraženiji familijarni tip kulture, dok je u javnim zdravstvenim ustanovama izraženija hijerarhijska organizaciona kultura. Kod adhokratskog i tržišnog tipa kulture ne uočavaju se značajne razlike među privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama.

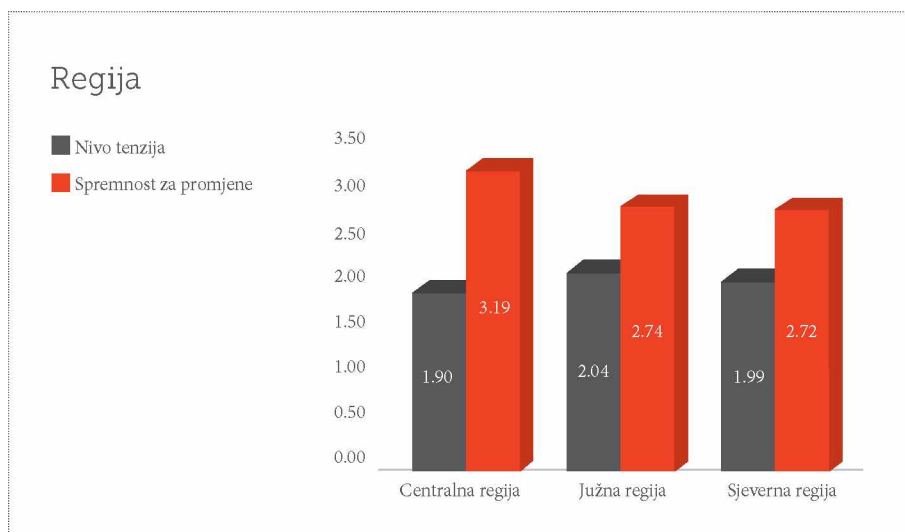
3.2.6. Organizaciona klima

Organizaciona klima je, kako je prikazano u dijelu 1.2.3.6, jedan od bitnih faktora organizacionog dizajna. U nastavku će biti predstavljena ocjena organizacione klime zbirno, kao i analiza organizacione klime kroz prizmu njenih osnovnih determinanti – nivoa tenzija unutar organizacije i spremnosti članova organizacije za promjene.



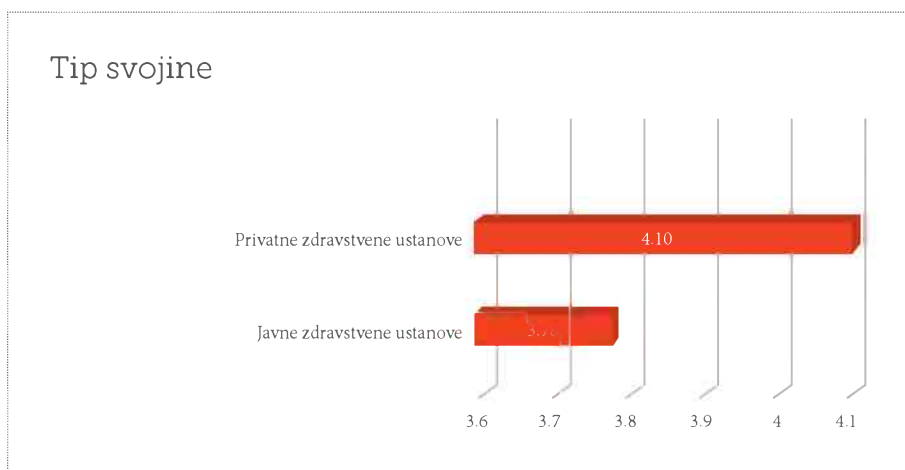
Slika br. 25 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione klime u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

Na slici br. 25 prikazane su ocjene organizacione klime po regijama. Najbolja organizaciona klima, mjereno upitnikom (prilog B), jeste u zdravstvenim ustanovama centralne regije (3.97), zatim sjeverne (3.83), dok je regionalno posmatrano najlošija u zdravstvenim ustanovama iz južne regije (3.79).



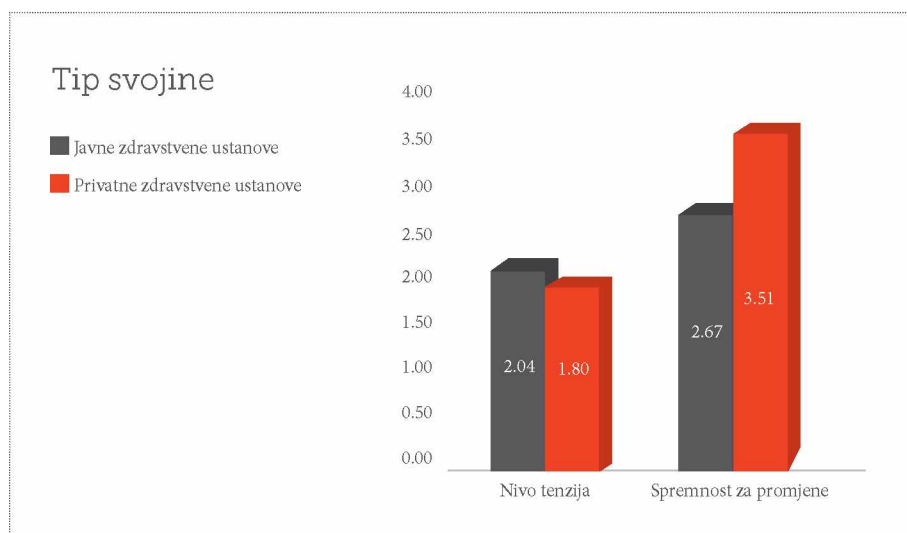
Slika br. 26 – Analiza determinanti organizacione klime u crnogorskim zdravstvenim ustanovama po regijama

Učinjen je i istraživački napor da se problem organizacione klime sagleda kroz prizmu njenih osnovnih dimenzija, što je prikazano na slici br. 26. Spremnost za promjene najviša je u ustanovama iz centralnog dijela Crne Gore (3.19), u ustanovama iz južne regije iznosi 2.74, dok je u ustanovama iz sjeverne regije najniža i iznosi 2.72. Nivo tenzija najniži je u zdravstvenim ustanovama centralnog regiona (1.90). Nešto viši stepen tenzija zabilježen je u ustanovama iz sjeverne regije (1.99), a najviši nivo tenzija, prema ovom istraživanju, prisutan je u zdravstvenim ustanovama iz južne regije (2.04).



Slika br. 27 – Pr(ocjene) kvaliteta organizacione klime u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

Analize prema tipu svojine pokazuju da je organizaciona klima u privatnim zdravstvenim ustanovama (4.10) bolja nego u javnim zdravstvenim ustanovama (3.78) – slika br. 27.



Slika br. 28 – Analiza determinanti organizacione klime u crnogorskim zdravstvenim ustanovama prema tipu svojine

Analiza osnovnih faktora organizacione klime ukazuje na niži nivo tenzija i veću spremnost za promjene u privatnim zdravstvenim ustanovama. U javnim zdravstvenim ustanovama nivo tenzija je ocijenjen sa 2.04, dok je u privatnim isti pokazatelj procijenjen sa 1.80. Pored toga, spremnost za promjene u privatnim zdravstvenim ustanovama vrednovana je sa 3.51, dok je u javnim zdravstvenim ustanovama ocijenjena sa 2.67 (slika br. 28).

3.3.

Kvalitet usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori

- Analiza kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija u Crnoj Gori, u ovom dijelu rada, vršena je iz ugla percepcije građana kao korisnika usluga zdravstvenog sistema. Pored konkretnih ocjena kvaliteta zdravstvenih usluga, predstavljene su i ambijentalne determinante okruženja koje su od značaja za adekvatnu konfiguraciju organizacionog sistema.

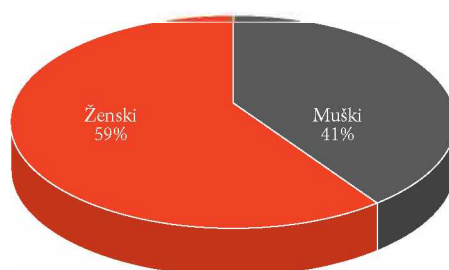
3.3.1.

Profil ispitanika/ca

- U ovom dijelu dat je detaljniji uvid u strukturu uzorka od 1,769 lica, koja su terenskim istraživanjem anketirana u svrhu ispitivanja percepcije o kvalitetu zdravstvenih usluga crnogorskih zdravstvenih ustanova, kao i zdravstvenom sistemu uopšte.

Pol

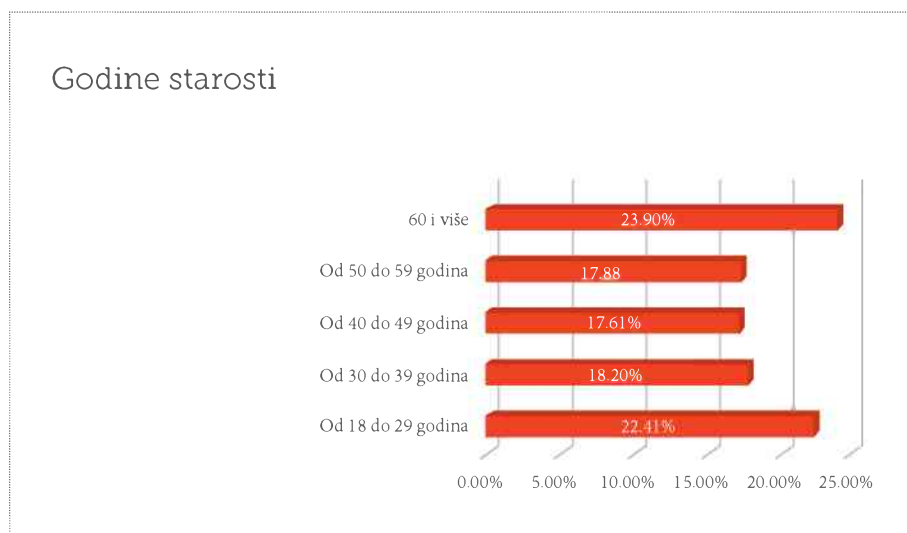
■ Muški
■ Ženski



Slika br. 29 – Struktura ispitanika/ca prema polu

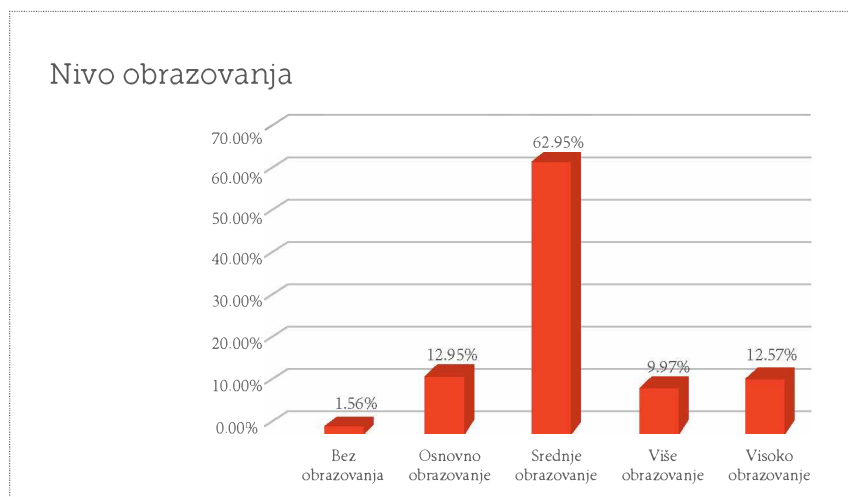
Polna struktura lica obuhvaćenih istraživanjem ujednačena je, što je prikazano na slici br. 29. Od ukupnog broja ispitanih (1,769), veći dio uzorka čine pripadnice ženskog pola (51%), dok je 49% ispitanih muškog pola.

Godine starosti



Slika br. 30 – Starosna struktura ispitanika/ca

Uzorak su činila lica od 18 i više godina starosti. Na slici br. 30 prikazana je starosna struktura ispitanih lica. Najveći procenat u odnosu na ukupan broj ispitanih lica činili su ljudi sa 60 i više godina starosti, i to 23.90%, dok je zastupljenost lica starosne dobi od 18 do 29 godina bila 22.41%. Populacija od 30 do 59 godina bila je ravnomjerno zastupljena, i to lica od 30 do 39 godina 18.20%, lica od 40 do 49 godina 17.61% i lica od 50 do 59 godina 17.88%, od ukupnog broja ispitanih.

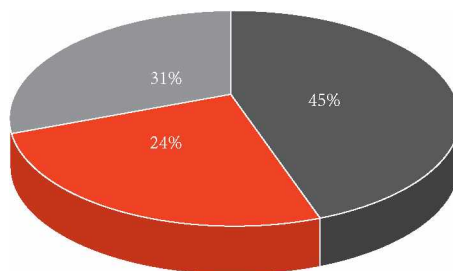


Slika br. 31 – Struktura ispitanika/ca prema nivou obrazovanja

Nivo obrazovanja ispitanih predstavljen je na slici br. 31. Kao što se može vidjeti, dominantno, skoro dvotrećinsko učešće u strukturi ispitanih lica zauzimaju osobe sa srednjim obrazovanjem (62.95%). Zatim, po zastupljenosti u uzorku, slijede lica sa osnovnim obrazovanjem (12.95%), te ona sa visokim obrazovanjem (12.57%). Lica sa višim obrazovanjem je 9.97%, dok je ubjedljivo najmanje onih bez obrazovanja: 1.56%.

Regija

- Centralna regija
- Južna regija
- Sjeverna regija



Slika br. 32 – Struktura ispitanika/ca po regijama

Na slici br. 32 prikazana je struktura ispitanika po teritorijalnoj pripadnosti. Regionalno posmatrano, najveći dio uzorka čine lica iz centralne regije (Podgorica, Danilovgrad, Nikšić i Cetinje), i to 45%. Udio ispitanih iz sjeverne regije (Berane, Bijelo Polje, Gusinje, Kolašin, Mojkovac, Petnjica, Plav, Pljevlja, Plužine, Rožaje i Žabljak) je 31%, dok je najmanji procenat zastupljenosti ispitanih u ukupnom uzorku iz južne regije (Bar, Budva, Herceg Novi, Kotor, Tivat i Ulcinj), i to 24%.

Tabela br. 27 – Struktura ispitanika/ca po opštinama

Opština	Procenat
Bar	6.75%
Berane	5.54%
Bijelo Polje	8.21%
Budva	3.22%
Cetinje	2.02%
Danilovgrad	3.88%
Gusinje	1.07%
Herceg Novi	4.68%
Kolašin	0.86%
Kotor	3.49%
Mojkovac	1.72%
Nikšić	10.80%
Petnjica	1.25%
Plav	1.76%
Pljevlja	3.95%
Plužine	1.59%
Podgorica	28.46%
Rožaje	4.02%
Tivat	1.15%
Ulcinj	4.68%
Žabljak	0.89%

U tabeli br. 27 detaljno je predstavljena struktura uzorka u odnosu na opštine. Najveći broj ispitanih je sa teritorije glavnog grada (Podgorica): 28.46%. Zatim slijede opštine Nikšić, 10.80% i Bijelo Polje, 8.21%. Najmanji broj ispitanika u uzorku je sa teritorija opština Žabljak i Kolašin, i to 0.89% i 0.86%, respektivno. Vrijedi napomenuti i da uzorkom, zbog racionalnosti, nijesu obuhvaćene tri manje opštine: Andrijevića, Šavnik i Tuzi, što ne utiče bitno na reprezentativnost uzorka.

3.3.2.

Komparativna analiza kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama

- Jedan od značajnih aspekata kvaliteta zdravstvene zaštite jeste vrijeme čekanja na pregled. Stoga će u nastavku biti dat osvrt na vrijeme čekanja na pregled u odnosu na različite

regije. Na pregled kod izabranog ljekara manje od nedjelju dana čeka 81.8% građana Crne Gore, dok se 13.0% stanovništva izjasnilo da je njihovo vrijeme čekanja iznosilo od nedjelju do mjesec dana. Analiza kvaliteta zdravstvenih usluga sa aspekta vremena čekanja na pregled kod izabranog ljekara pokazala je da se najveći broj pregleda obavi u roku kraćem od nedjelju dana u zdravstvenim ustanovama sjeverne (91.4%) i južne regije (89.8%), dok je nešto manji broj pregleda koji se obave u tom roku prisutan u zdravstvenim ustanovama lociranim u centralnom dijelu Crne Gore: 71.0% (tabela br. 28).

Tabela br. 28 – Vrijeme čekanja na pregled kod izabranog ljekara (po regijama)

<i>Koliko dugo ste čekali na pregled kod izabranog ljekara?</i>	<i>manje od nedjelju dana</i>	<i>od nedjelju do mjesec dana</i>	<i>od mjesec do tri mjeseca</i>	<i>više od tri mjeseca</i>	<i>ne znam</i>
Centralna regija	71.0%	21.8%	3.2%	1.9%	2.1%
Južna regija	89.8%	6.0%	0.0%	0.0%	4.2%
Sjeverna regija	91.4%	6.1%	0.4%	0.0%	2.2%
<i>Ukupno</i>	81.8%	13.0%	1.6%	0.8%	2.7%

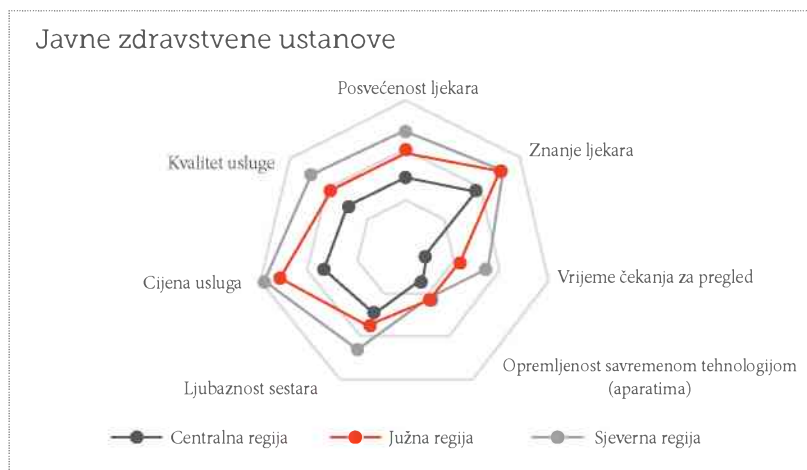
Kada je u pitanju pregled kod ljekara specijaliste, 51.6% stanovništva se izjasnilo da čeka na njega manje od nedjelju dana, 27.9% od nedjelju do mjesec, dok je 9.4% lica izjavilo da na takav pregled čeka između 30 i 90 dana. Posmatrano po regijama, najveći broj pregleda koji se obave u roku kraćem od nedjelju dana je na sjeveru (53.3%), zatim u centralnoj regiji (51.1%), dok u južnoj regiji 50.2% pregleda kod ljekara specijaliste bude organizovano u roku kraćem od sedam dana (tabela br. 29).

Tabela br. 29 – Vrijeme čekanja na pregled kod ljekara specijaliste (po regijama)

<i>Koliko dugo ste čekali na pregled kod ljekara specijaliste?</i>	<i>manje od nedjelju dana</i>	<i>od nedjelju do mjesec dana</i>	<i>od mjesec do tri mjeseca</i>	<i>više od tri mjeseca</i>	<i>ne znam</i>
Centralna regija	51.1%	27.9%	9.4%	6.7%	4.9%
Južna regija	50.2%	38.7%	5.5%	3.0%	2.6%
Sjeverna regija	53.3%	22.6%	23.6%	0.5%	0.0%
<i>Ukupno</i>	51.6%	29.0%	13.2%	3.6%	2.6%

U nastavku će biti dati rezultati analize percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga. Kako se može primijetiti na slici br. 33, kada su u pitanju javne zdravstvene ustanove, građani sjeverne regije pokazali su najveće zadovoljstvo kvalitetom zdravstvenih usluga, dok je manji stepen zadovoljstva u južnom dijelu Crne Gore, a najniže ocjene kvaliteta

date su u centralnom dijelu Crne Gore. Ovakav raspored ocjena primjećuje se u odnosu na skoro sve posmatrane determinante kvaliteta usluga javnih zdravstvenih ustanova, izuzev opremljenosti savremenom tehnologijom i znanja lekara, gdje su ocjene približno iste u južnoj i sjevernoj regiji.



Slika br. 33 – Usporedna analiza percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga javnih zdravstvenih ustanova po regijama

Detaljniji pregled ocjena uz pripadajuće standardne devijacije može se vidjeti u tabeli br. 30. Kada su u pitanju javne zdravstvene ustanove, najniža prosječna ocjena (na skali od 1 do 5) zabilježena je u odnosu na vrijeme čekanja na pregled (3.21), i to u centralnoj regiji. Sa druge strane, u južnom regionu je vrijeme čekanja na pregled ocijenjeno sa 3.57, dok je najveća ocjena u sjevernom regionu i iznosi 3.85. Primjetna je i najveća disperzija ocjena u odnosu na vrijeme čekanja na pregled (u južnoj regiji standardna devijacija iznosi 1.39), ali i najveća razlika u prosječnim ocjenama po regijama (0.64). Najveća prosječna ocjena u javnim zdravstvenim ustanovama po pitanju determinanti kvaliteta zabilježena je za cijenu usluge. Zadovoljstvo cijenom usluga javnih zdravstvenih ustanova u sjevernom regionu ispitanici iskazuju prosječnom ocjenom 4.48. Nešto niža ocjena zabilježena je u južnom regionu, i to 4.29, dok je najniža u centralnom dijelu Crne Gore i iznosi 3.85.

Na pitanje o direktnom izjašnjenju u vezi sa kvalitetom usluga javnih zdravstvenih ustanova, stanovništvo je ocijenilo da je najveći kvalitet usluga na sjeveru Crne Gore (4.23), zatim u južnoj regiji (3.97), a najnižom ocjenom vrednovan je kvalitet usluga u centralnom dijelu (3.74).

Tabela br. 30 – Uporedna analiza percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama

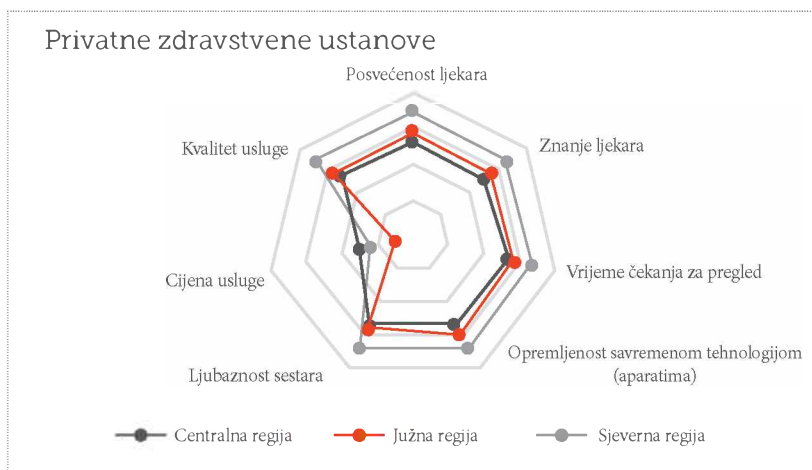
Tip ustanove	Determinante kvaliteta zdravstvenih usluga / regija	Centralna regija		Južna regija		Sjeverna regija	
		PO ³¹	SD ³²	PO	SD	PO	SD
Javne zdravstvene ustanove	Posvećenost ljekara	3.74	1.180	4.01	1.149	4.20	1.054
	Znanje ljekara	3.92	1.040	4.27	.965	4.28	1.041
	Vrijeme čekanja na pregled	3.21	1.297	3.57	1.388	3.85	1.245
	Opremljenost savremenom tehnologijom (aparatura)	3.36	1.135	3.55	1.212	3.55	1.228
	Ljubaznost sestara	3.72	1.234	3.86	1.207	4.13	1.154
	Cijena usluge	3.85	1.154	4.29	1.132	4.48	.955
	Kvalitet usluge	3.74	1.072	3.97	1.122	4.23	1.051
Privatne zdravstvene ustanove	Posvećenost ljekara	4.29	.893	4.45	.844	4.73	.617
	Znanje ljekara	4.27	.885	4.41	.849	4.66	.706
	Vrijeme čekanja na pregled	4.38	.897	4.43	.921	4.69	.676
	Opremljenost savremenom tehnologijom (aparatura)	4.33	.902	4.50	.851	4.72	.634
	Ljubaznost sestara	4.34	.883	4.41	.868	4.68	.693
	Cijena usluge	3.76	1.200	3.23	1.446	3.60	1.365
	Kvalitet usluge	4.30	.884	4.43	.874	4.69	.659

Kada su u pitanju privatne zdravstvene ustanove, posmatrano po regijama, raspored ocjena je takav da izuzev cijene usluga, sve ostale determinante bilježe najviše ocjene u sjevernom, a najniže u centralnom regionu. Cijena usluga privatnih zdravstvenih ustanova najvišom ocjenom vrednovana je u centralnom dijelu Crne Gore (3.76), zatim u sjevernom (3.60) i najnižom ocjenom u južnoj regiji (3.23). Najveća ocjena u pogledu posmatranih determinanti kvaliteta privatnih zdravstvenih ustanova zabilježena je za posvećenost ljekara (4.73) u sjevernom regi-

³¹ PO – prosječna ocjena.

³² SD – standardna devijacija.

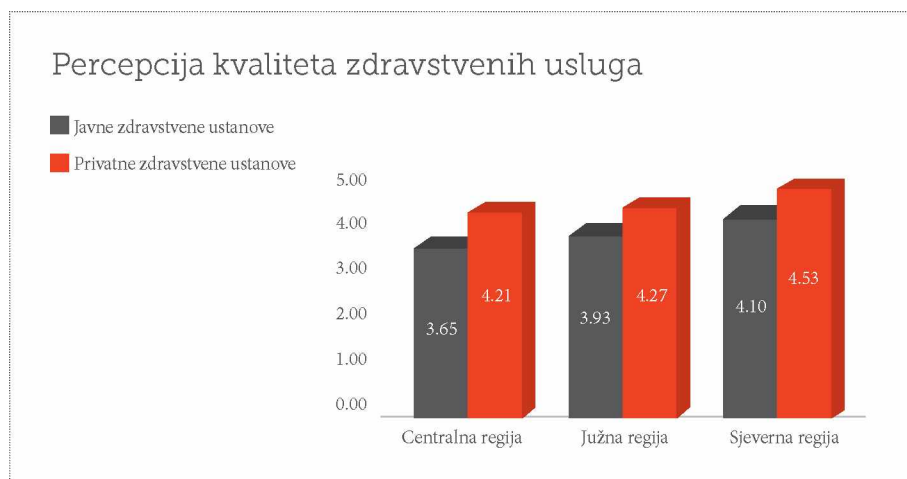
onu. Najniža ocjena odnosila se na prethodno navedenu cijenu usluge (južna regija), pri čemu je u ovoj varijabli zabilježena i najveća disperzija ocjena (standardna devijacija iznosila je 1.45 – prikazano u tabeli br. 30), kao i najveća razlika u prosječnim ocjenama po regijama (0.54).



Slika br. 34 – Uporedna analiza percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga privatnih zdravstvenih ustanova po regijama

Na direktno pitanje da ocijene kvalitet usluga privatnih zdravstvenih ustanova od 1 do 5, odgovori stanovništva, mjereno prosječnom ocjenom, sljedeći su: sjeverna regija (4.69), južna regija (4.43) i centralna regija (4.30). Raspored ocjena sedam posmatranih determinanti kvaliteta privatnih zdravstvenih ustanova po regijama, predstavljen je na slici br. 34, u svrhu jednostavnijeg predstavljanja sumarnih rezultata u ovom dijelu.

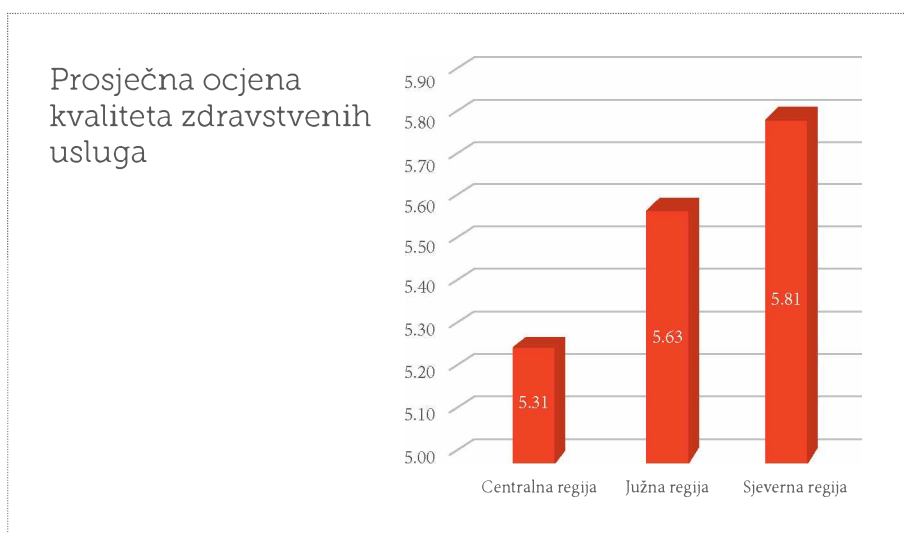
Uporedni pregled javnih i privatnih ustanova po regionima, zasnovan na prosječnoj ocjeni kao izvedenoj veličini zasnovanoj na sedam determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga, dat je na sljedećoj slici (br. 35).



Slika br. 35 – Unakrsna analiza kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama i prema tipu vlasništva

Kako se može uočiti, u svim regijama se privatne zdravstvene ustanove kotiraju iznad javnih zdravstvenih ustanova, sa stanovišta percepcije kvaliteta zdravstvenih usluga od strane građana iz uzorka ovog istraživanja.

Dodatni set pitanja u vezi sa procjenom kvaliteta zdravstvenih ustanova dimenzioniran je kroz ocjenu četiri karakteristike kvaliteta zdravstvene usluge (prikladnost procesa njege, briga medicinskog osoblja, briga ljekara i materijalne stvari). Rezultati su u velikoj mjeri podudarni sa prethodno elaboriranim u vezi sa determinantama kvaliteta.³³



Slika br. 36 – Prosječna ocjena kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama

Kako se može primijetiti na slici br. 36, najzadovoljniji kvalitetom su korisnici zdravstvenih usluga iz sjevernog regiona (5.81), zatim južnog (5.63), dok je najniža ocjena kvaliteta zdravstvenih usluga dobijena u centralnom regionu (5.31).

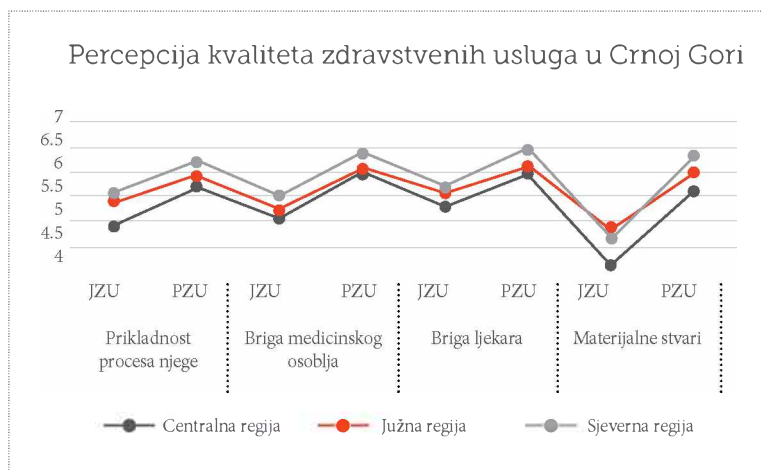
Tabela br. 31 – Procjena karakteristika kvaliteta zdravstvenih usluga u Crnoj Gori po regijama

Karakteristika kvaliteta zdravstvene usluge	Tip svojine	Regija		
		Centralna regija	Južna regija	Sjeverna regija
Prikladnost procesa njege	Javne zdravstvene ustanove	4.88	5.41	5.53
	Privatne zdravstvene ustanove	5.68	5.91	6.19
Briga medicinskog osoblja	Javne zdravstvene ustanove	5.05	5.23	5.52
	Privatne zdravstvene ustanove	5.97	6.06	6.37
Briga ljekara	Javne zdravstvene ustanove	5.29	5.59	5.69
	Privatne zdravstvene ustanove	5.95	6.10	6.44

³³ U ovom setu pitanja korišćena je skala od 1 do 7.

Materijalne stvari	Javne zdravstvene ustanove	4.11	4.81	4.60
	Privatne zdravstvene ustanove	5.59	6.01	6.32

Detaljniji podaci po regionima mogu se vidjeti u tabeli br. 31. Kako se može uočiti, najmanja ocjena dodijeljena je materijalnim stvarima u javnim zdravstvenim ustanovama u centralnom regionu (4.11), a najveća brizi ljekara u privatnim zdravstvenim ustanovama sjevernog regiona (6.44).



Slika br. 37 – Uporedna analiza karakteristika kvaliteta usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova po regijama

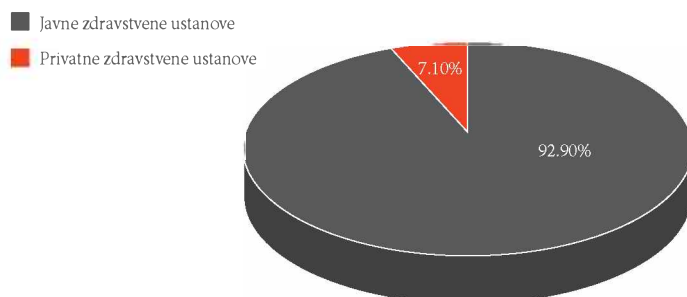
U svrhu pojednostavljivanja na slici br. 37 je predstavljen odnos pojedinačnih karakteristika usluga u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama. Primjetno je da je percepcija kvaliteta najveća u sjevernom regionu, a najniža u centralnom dijelu, i to u skoro svim karakteristikama. Izuzetak čine samo materijalni resursi, koji su u južnoj regiji ocijenjeni boljom ocjenom nego u sjevernoj.

3.3.3.

Komparativna analiza kvaliteta usluga državnih i privatnih zdravstvenih ustanova

- Procjena tržišnog učešća privatnih i javnih zdravstvenih ustanova zasnovana na odgovorima ispitanika na pitanje u kojoj su ustanovi posljednji put imali tretman kod izabranog ljekara prikazana je na slici br. 38. Primjetno je da na nivou primarne zdravstvene zaštite, kada je u pitanju izabrani ljekar, dominantno tržišno učešće imaju javne zdravstvene ustanove, i to 92.90%, dok je učešće privatnih zdravstvenih ustanova na nivou od 7.10%.

Procjena tržišnog učešća (tretmani kod izabranog ljekara)



Slika br. 38 – Prikaz tržišnog učešća na primjeru usluga izabranog ljekara

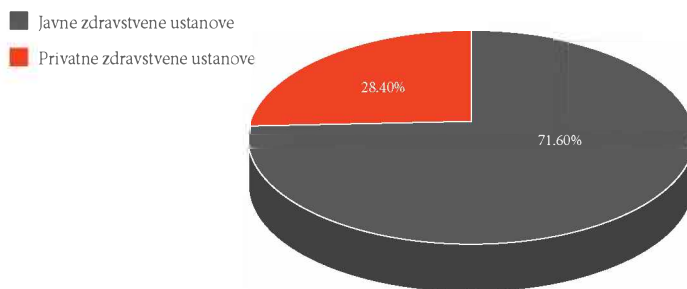
Po pitanju analize kvaliteta zdravstvenih usluga sa aspekta vremena čekanja na pregled kod izabranog ljekara, rezultati pokazuju da se najveći broj pregleda obavi u roku kraćem od nedjelju dana – u javnim zdravstvenim ustanovama (82.5%), dok je u privatnim zdravstvenim ustanovama 72.6% onih koji čekaju pregled kod izabranog ljekara manje od sedam dana (tabela br. 32).

Tabela br. 32 – Vrijeme čekanja na pregled kod izabranog ljekara u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama

Koliko dugo ste čekali na pregled kod izabranog ljekara?	manje od nedjelju dana	od nedjelju do mjesec dana	od mjesec do tri mjeseca	više od tri mjeseca	ne znam
Javne zdravstvene ustanove	82.5%	12.7%	1.6%	0.9%	2.3%
Privatne zdravstvene ustanove	72.6%	17.6%	1.2%	0.0%	8.5%

Tržišno učešće privatnih i javnih zdravstvenih ustanova u domenu tretmana kod ljekara specijaliste, procijenjeno na osnovu odgovora ispitanika na pitanje u kojoj ustanovi su posljednji put imali tretman tog tipa, prikazano je na slici br. 39. Primjetno je da su i u ovom domenu javne zdravstvene ustanove dominantne, sa učešćem od 71.60%, dok privatne zdravstvene ustanove pokrivaju 28.40% crnogorskog tržišta.

Procjena tržišnog učešća (tretmani kod ljekara specijaliste)



Slika br. 39 – Prikaz tržišnog učešća na primjeru usluga ljekara specijaliste

Međutim, čekanje na specijalistički pregled je u prosjeku kraće u privatnim zdravstvenim ustanovama. Više od dvije trećine ispitanika (69.7%) izjavilo je da u privatnim zdravstvenim ustanovama čeka na pregled kod ljekara specijaliste manje od nedjelju dana, dok je broj lica koja u javnim zdravstvenim ustanovama obave pregled u tom roku 44.4%. Detaljniji raspored vremena čekanja specijalističkog pregleda prikazan je u tabeli br. 33.

Tabela br. 33 – Vrijeme čekanja na pregled kod ljekara specijaliste u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama

<i>Koliko dugo ste čekali na pregled kod ljekara specijaliste?</i>	<i>manje od nedjelju dana</i>	<i>od nedjelju do mjesec dana</i>	<i>od mjesec do tri mjeseca</i>	<i>više od tri mjeseca</i>	<i>ne znam</i>
Javne zdravstvene ustanove	44.4%	32.7%	16.1%	4.1%	2.6%
Privatne zdravstvene ustanove	69.7%	19.6%	5.9%	2.2%	2.6%

Procjena determinanti kvaliteta usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova prikazana je na slici br. 40. Kako se može primijetiti, stanovništvo je složno u ocjeni da su u privatnim zdravstvenim ustanovama posvećenost i znanje ljekara, opremljenost tehnologijom, zakazivanje i brzina realizacije pregleda, ljubaznost sestara i kvalitet usluge na višem nivou nego u javnim zdravstvenim ustanovama, izuzev cijene usluge. I u tom pogledu može se reći da su ispitanici složni da je cijena usluga pristupačnija u javnim zdravstvenim ustanovama, što se zaključuje na bazi poređenja dobijenih prosječnih ocjena.



Slika br. 40 – Uporedna analiza percepcije determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori

Detaljniji prikaz ocjena determinanti kvaliteta u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama predstavljen je u tabeli br. 34. Kako se može primijetiti, najvećom ocjenom 4.49 vrednovano je vrijeme čekanja na pregled i opremljenost tehnologijom u privatnim zdrav-

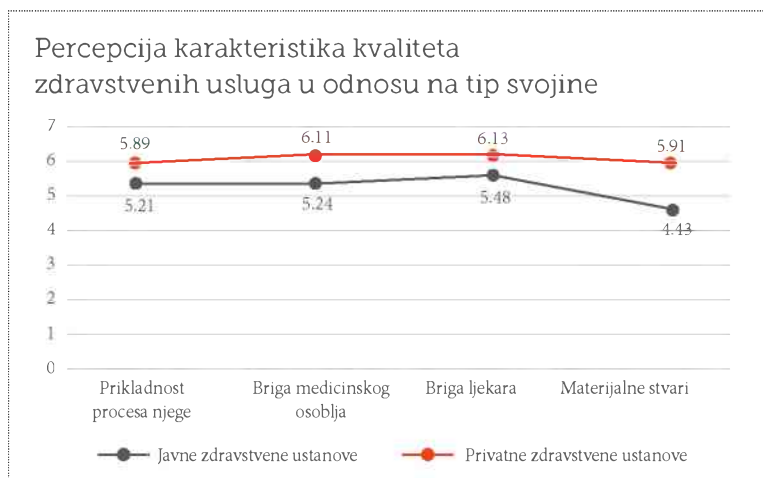
stvenim ustanovama, dok je približno visokom ocjenom (4.47) vrednovana posvećenost ljekara i ljubaznost sestara u privatnim zdravstvenim ustanovama.

Tabela br. 34 – Analiza razlika u percepciji determinanti kvaliteta usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori

<i>Determinante kvaliteta zdravstvenih usluga</i>	<i>Tip vlasništva</i>	<i>Prosječna ocjena</i>	<i>Standardna greška</i>	<i>Standardna devijacija</i>
Posvećenost ljekara	Javne zdravstvene ustanove	3.95	.002	1.151
	Privatne zdravstvene ustanove	4.47	.001	.827
Znanje ljekara	Javne zdravstvene ustanove	4.12	.002	1.035
	Privatne zdravstvene ustanove	4.43	.001	.840
Vrijeme čekanja na pregled	Javne zdravstvene ustanove	3.51	.002	1.334
	Privatne zdravstvene ustanove	4.49	.001	.854
Opremljenost savremenom tehnologijom (aparatura)	Javne zdravstvene ustanove	3.47	.002	1.188
	Privatne zdravstvene ustanove	4.49	.001	.832
Ljubaznost sestara	Javne zdravstvene ustanove	3.88	.002	1.216
	Privatne zdravstvene ustanove	4.47	.001	.839
Cijena usluge	Javne zdravstvene ustanove	4.17	.002	1.123
	Privatne zdravstvene ustanove	3.57	.002	1.339
Kvalitet usluge	Javne zdravstvene ustanove	3.95	.002	1.099
	Privatne zdravstvene ustanove	4.46	.001	.836

Sa druge strane, najniže ocjene date su u vrednovanju opremljenosti tehnologijom i vremenu čekanja na pregled u javnim zdravstvenim ustanovama (3.47 i 3.51, respektivno), dok je približnom ocjenom (3.57) vrednovana i cijena usluga u privatnim zdravstvenim ustanovama. Najveća disperzija ocjena izražena je kod cijene usluga u privatnim zdravstvenim ustanovama (standardna devijacija iznosi 1.34) i vremena čekanja na pregled u javnim zdravstvenim ustanovama (vrijednost standardne devijacije je 1.33). Najveća razlika u prosječnim ocjenama determinanti kvaliteta privatnih i javnih zdravstvenih ustanova identifikovana je u opremljenosti savremenom tehnologijom u sjevernom regionu (4.72 privatne ustanove, 3.55 javne) i vremenu čekanja na pregled u centralnom regionu (3.21 je prosječna ocjena u javnim zdravstvenim ustanovama, a 4.38 u privatnim). Odgovori na direktno pitanje o kvalitetu usluga u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama rezultirali su prosječnom ocjenom 3.95 za kvalitet usluga javnih zdravstvenih ustanova i 4.46 za kvalitet usluga privatnih zdravstvenih ustanova.

Pored navedenih determinanti, posebnim upitnikom kroz četiri seta pitanja analizirane su sljedeće varijable (karakteristike kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija): prikladnost procesa njege, briga medicinskog osoblja, briga ljekara i materijalne stvari. U ovom slučaju skala ocjena bila je od 1 do 7.



Slika br. 41 – Analiza percepcije karakteristika kvaliteta zdravstvenih usluga prema tipu svojine

Kako se može primijetiti na slici br. 41, rezultati su podudarni sa setom pitanja koji se odnosi na prethodno elaborirane determinante kvaliteta zdravstvenih usluga. Konkretno, i u ovom domenu kvalitet usluga privatnih zdravstvenih ustanova ocijenjen je većom ocjenom u odnosu na javne zdravstvene ustanove. Prikladnost procesa njege je vrednovana ocjenom 5.21 u javnim zdravstvenim ustanovama, dok je prosječna ocjena iste varijable u privatnim zdravstvenim ustanovama 5.89. Briga medicinskog osoblja i ljekara u javnim zdravstvenim ustanovama ocijenjena je sa 5.24 i 5.48 (respektivno), dok su ocjene istih pokazatelja u privatnim zdravstvenim ustanovama 6.11 i 6.13, respektivno. Najveća razlika ustanovljena je u odnosu na materijalne stvari (oprema, tehnologija, prostorije itd.). U javnim zdravstvenim ustanovama ocjena navedenog pokazatelja je 4.43, dok je u privatnim znatno viša i iznosi 5.91.

3.3.4.

Ambijentalne determinante zdravstvenog sistema Crne Gore

- Sagledavanje ambijentalnih determinanti zdravstvenog sistema od velikog je značaja prilikom formulisanja strategije razvoja zdravstva. Da je zdravstvo oblast u kojoj su očekivanja korisnika sistema stalno rastuća i izrazito visoka, potvrđuju i rezultati sprovedenog

istraživanja putem kojeg su ispitanici ocjenom od 1 do 7 vrednovali značaj pojedinačnih karakteristika u pružanju zdravstvenih usluga (tabela br. 35).

Tabela br. 35 – Procjena značaja pojedinačnih karakteristika u procesu pružanja zdravstvenih usluga od strane korisnika

<i>Karakteristike zdravstvenih usluga</i>	<i>Regija</i>			<i>Ukupno</i>
	<i>Centralna regija</i>	<i>Južna regija</i>	<i>Sjeverna regija</i>	
Pouzdanost	5.73	6.13	6.59	6.09
Profesionalizam/vještine	5.82	6.22	6.61	6.16
Empatija	5.64	6.04	6.55	6.02
Sigurnost i povjerenje	5.82	6.30	6.64	6.19
Ključne medicinske usluge	5.60	6.01	6.53	5.99
Odgovornost	5.72	6.16	6.59	6.09
Materijalne stvari	5.36	5.76	6.23	5.72
<i>Ukupna prosječna ocjena</i>	5.67	6.09	6.53	6.04

Kao što se može primijetiti, prosječne ocjene kod svih sedam karakteristika izrazito su visoke. Kao najvažnije ocijenjene su sigurnost i povjerenje (6.19), zatim profesionalizam i vještine (6.16). Prosječnom ocjenom 6.09 vrednovane su karakteristike pouzdanosti i odgovornosti, dok je empatija ocijenjena sa 6.02. Ključne medicinske usluge i materijalne stvari ocijenjene su nižim ocjenama u odnosu na ostale, ali visokim prosječnim ocjenama 5.99 i 5.72, respektivno.

Zanimljivo je da su ustanovljene statistički značajne razlike (korišćenjem Kruskal–Wallisovog testa) u ocjenama za svih sedam kategorija za tri posmatrane regije. Prema ovom istraživanju, najzahtjevnija su lica iz centralnog regiona (5.67), zatim južnog (6.09), dok je najviša ukupna prosječna ocjena zabilježena u sjevernom regionu (6.53).

Uslovi rastućih očekivanja klijenata podrazumijevaju i motivisan kadar, spreman da na rastuća očekivanja odgovori posvećenošću, pažnjom i profesionalnim odnosom. Finansijska motivacija nije jedina vrsta motivacije, ali jeste veoma važna. Usljed nezadovoljstva crnogorskih ljekara visinom zarada, i spremnosti Vlade Crne Gore da se nađe model povećanja zarada zaposlenima u zdravstvenom sektoru, u okviru ovog istraživanja sprovedena je i analiza percepcije stanovništva o visini plata ljekara u Crnoj Gori (tabela br. 36).

Tabela br. 36 – Ispitivanje stavova stanovništva o visini plata lekara u Crnoj Gori

<i>Po Vašem mišljenju plate lekara u Crnoj Gori su:</i>		<i>Manje nego što zaslužuju</i>	<i>Aдекватne</i>	<i>Veće nego što zaslužuju</i>
Pol	Muški	61.3%	33.2%	5.6%
	Ženski	64.4%	29.2%	6.4%
Obrazovanje	Bez obrazovanja	92.8%	3.7%	3.6%
	Osnovno obrazovanje	67.0%	24.7%	8.3%
	Srednje obrazovanje	60.8%	33.6%	5.6%
	Više obrazovanje	69.2%	24.0%	6.8%
	Visoko obrazovanje	60.6%	34.2%	5.1%
Mjesečni prihod	Do 300 eura	64.6%	30.1%	5.3%
	Od 301 do 600 eura	65.3%	28.2%	6.5%
	Više od 600 eura	63.7%	30.5%	5.8%
	Bez odgovora	55.5%	38.2%	6.3%
Regija	Centralna regija	57.2%	35.8%	7.0%
	Južna regija	74.1%	21.9%	4.0%
	Sjeverna regija	62.5%	31.5%	6.0%
Ukupno		62.9%	31.1%	6.0%

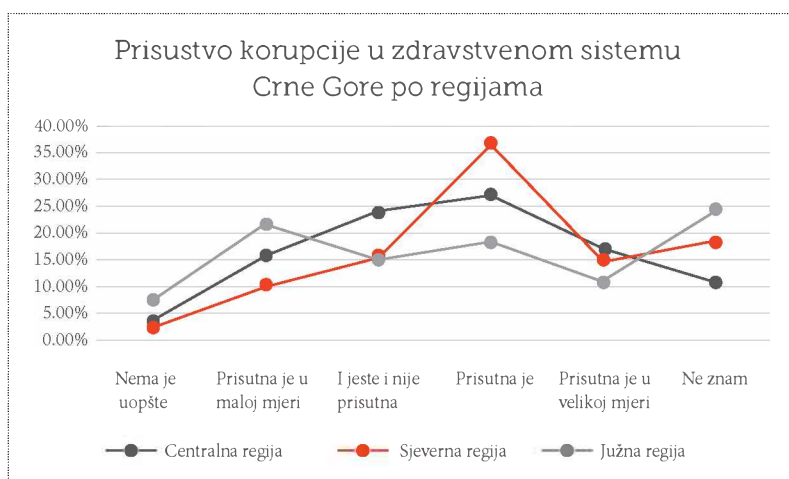
Kao što se može vidjeti u tabeli, 62.9% građana Crne Gore smatra da su plate lekara manje nego što zaslužuju, 31.1% smatra da je nivo plata odgovarajući, dok 6.0% smatra da su plate veće nego što zaslužuju. Najveći procenat onih koji smatraju da su plate lekara u Crnoj Gori manje nego što zaslužuju jeste u južnom dijelu zemlje (74.1%), dok je u sjevernom i centralnom dijelu Crne Gore taj procenat 62.5% i 57.2%, respektivno.

Tabela br. 37 daje sumarni prikaz odgovora o nivou zastupljenosti korupcije u crnogorskom zdravstvenom sistemu. Svega 5% građana je izjavilo da smatra da uopšte nema korupcije u Crnoj Gori. Sigurnost u njeno prisustvo iskazalo 41.8% stanovništva, pri čemu 14.9% smatra da je prisutna u velikoj mjeri.

Tabela br. 37 – Analiza percepcije javnosti o prisustvu korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore

U kojoj mjeri je, po Vašem mišljenju, korupcija prisutna u zdravstvenom sistemu Crne Gore?	Regija			Ukupno
	Centralna regija	Južna regija	Sjeverna regija	
Nema je uopšte	4.0%	2.9%	8.1%	5.0%
Prisutna je u maloj mjeri	16.2%	10.7%	21.9%	16.7%
I jeste i nije prisutna	24.1%	16.1%	15.4%	19.5%
Prisutna je	27.4%	36.6%	18.6%	26.9%
Prisutna je u velikoj mjeri	17.2%	15.1%	11.3%	14.9%
Ne znam	11.2%	18.7%	24.6%	17.1%

Na sljedećoj slici (br. 42) prikazana je analiza prisustva korupcije po regijama. Kako se može primijetiti, najmanje prisustvo korupcije je u sjevernoj regiji, dok je problem izraženiji u centralnom i južnom dijelu Crne Gore.



Slika br. 42 – Prikaz percepcije korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore po regijama

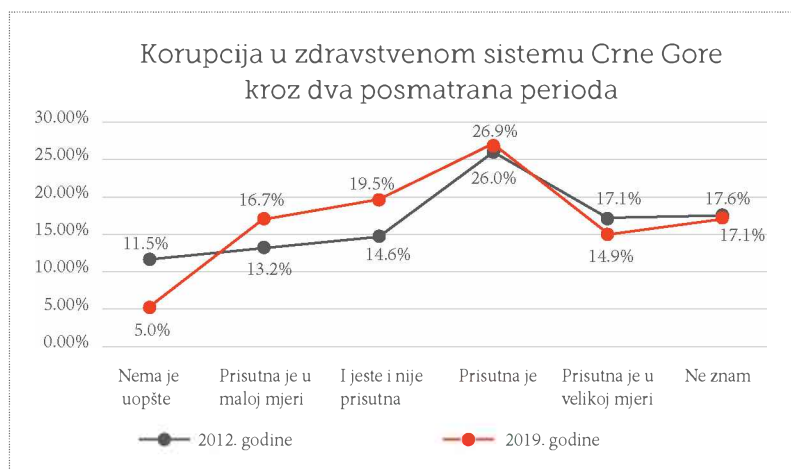
Kako je predstavljeno u tabeli br. 38, analiza prisustva korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore pokazala je da nema većih pozitivnih promjena na tom planu od 2012. godine, kada je Centar za monitoring i istraživanja sproveo istraživanje na ovu temu, uz podršku Ambasade Njemačke u Podgorici.

Zanimljivo je da u 2019. godini svega 5.0% ispitanika ističe da „uopšte nema korupcije“, dok je taj broj u 2012. godini bio 11.5% (slika br. 43). Sa druge strane, „veliko prisustvo korupcije“ u 2019. godini ističe 14.9% ispitanika, dok je u 2012. godini taj procenat iznosio 17.1%. Ipak, razlika između dva posmatrana perioda je sedam godina, te se može zaključiti da je potreban kvalitetniji odgovor menadžmenta zdravstvenih institucija na ovaj problem.

Tabela br. 38 – Analiza prisustva korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore na osnovu longitudinalnog istraživanja

<i>U kojoj mjeri je, po Vašem mišljenju, korupcija prisutna u zdravstvenom sistemu Crne Gore?</i>	<i>2012. godina</i>	<i>2019. godina</i>
Nema je uopšte	11.5%	5.0%
Prisutna je u maloj mjeri	13.2%	16.7%
I jeste i nije prisutna	14.6%	19.5%
Prisutna je	26.0%	26.9%
Prisutna je u velikoj mjeri	17.1%	14.9%
Ne znam	17.6%	17.1%

Kao najvažnije uzroke za postojanje korupcije građani percipiraju sljedeće: prvo, slabu finansijsku motivaciju ljekara, odnosno njihove niske zarade, drugo, moralnu krizu, podržanu lošom ekonomskom situacijom i mentalitetskom specifičnošću našeg naroda, i treće, pravne probleme dominantno adresirane na loše zakonodavstvo, odnosno slabu primjenu zakona. Precizniji podaci prikazani su u tabeli br. 39.



Slika br. 43 – Uporedna analiza prisustva korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore na osnovu longitudinalnog istraživanja

Kao najvažnije uzroke za postojanje korupcije građani percipiraju sljedeće: prvo, slabu finansijsku motivaciju ljekara, odnosno njihove niske zarade, drugo, moralnu krizu, podržanu lošom ekonomskom situacijom i mentalitetskom specifičnošću našeg naroda, i treće, pravne probleme dominantno adresirane na loše zakonodavstvo, odnosno slabu primjenu zakona. Precizniji podaci prikazani su u tabeli br. 39.

Male plate medicinskog osoblja građani ističu kao osnovni uzrok postojanja korupcije, što tvrdi čak 51.1% ispitanika. Zatim, skoro trećina ispitanika kao uzrok navodi moralnu krizu i mentalitet našeg naroda u smislu posebnosti naše nacionalne kulture. Krivicu vidi u lošem zakonodavstvu 23.7% stanovništva, dok 19.3% problem vidi u nesankcionisanju koruptivnih radnji.

Tabela br. 39 – Uzroci postojanja korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore

<i>Najvažniji činioci za postojanje korupcije u zdravstvu Crne Gore:</i>	<i>Ukupno</i>
male plate medicinskog osoblja	51.1%
moralna kriza	31.0%
mentalitet našeg naroda i posebnosti naše nacionalne kulture	29.9%
loše zakonodavstvo	23.7%
nesprovođenje antikorupcijskih zakona (nesankcionisanje koruptivnih radnji)	19.3%
odsustvo stroge unutrašnje kontrole u zdravstvenim ustanovama	19.1%
nepoštovanje profesionalnih (moralnih) dužnosti i lični interesi	19.0%
neefikasnost zdravstvenog sistema	16.1%
ne znam	12.4%
drugo	2.7%

Pored istraživanja uzroka problema korupcije na strani pružaoca usluga, analizom su obuhvaćeni i uzroci nastanka koruptivnih radnji na strani korisnika zdravstvenih usluga, odnosno razlozi za dodatna – nezvanična plaćanja za zdravstvene usluge u Crnoj Gori.

Tabela br. 40 – Razlozi za dodatna – nezvanična plaćanja za zdravstvene usluge

<i>Razlozi nezvaničnog – dodatnog plaćanja u zdravstvenoj ustanovi</i>	<i>Ukupno</i>
da bih dobio/la bolju zdravstvenu uslugu, više ljubaznosti i pažnje	44.2%
da bih izbjegao/la čekanje	41.0%
iz straha od lošeg liječenja	30.4%
da bih došao/la do određenog ljekara/sestre	22.9%
da bih dobio/la uslugu koja nije pokrivena zdravstvenim osiguranjem	15.3%
da bih obezbijedio/la neki komoditet (posjete, posebna soba) koji inače ne bih dobio/la	9.9%

da bih obezbijedio/la nalaz za invalidsko-penzijsku komisiju	7.2%
da bih obezbijedio/la nalaz za bolovanje	7.0%
ne znam, ne sjećam se	5.6%
drugo	3.3%

Analizom odgovora predstavljenih u tabeli br. 40, može se zaključiti da je najveći broj razloga za dodatno plaćanje ljekaru zasnovan na želji da se dobije što bolja usluga ili izbjegne loša usluga i čekanje. Nemali procenat stanovništva koruptivne radnje ističe kao korak ka dobijanju nalaza za bolovanje (7%). Dobijeni nalazi o percepciji korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore dodatno upućuju na zaključak da je u kontinuitetu potrebno raditi na rješavanju ovog problema uz sistemski pristup.

Sa stanovišta preferencija stanovništva Crne Gore u pogledu izbora javne ili privatne zdravstvene ustanove, 67.1% stanovništva bi se radije odlučilo za liječenje u privatnoj nego u državnoj zdravstvenoj ustanovi. Nezavisno od različitih demografskih kriterijuma, kako je prikazano u tabeli br. 41, većina stanovništva Crne Gore, kada bi bila u situaciji da može da bira, izabrala bi privatnu zdravstvenu ustanovu.

Tabela br. 41 – Analiza preferencija stanovništva Crne Gore prilikom izbora zdravstvene ustanove prema tipu vlasništva

<i>Kada bih mogao da biram, radije bih se liječio:</i>		<i>u državnoj nego u privatnoj zdravstvenoj ustanovi</i>	<i>u privatnoj nego u državnoj zdravstvenoj ustanovi</i>
Pol	Muški	29.7%	70.3%
	Ženski	36.0%	64.0%
Obrazovanje	Bez obrazovanja	32.5%	67.5%
	Osnovno obrazovanje	48.4%	51.6%
	Srednje obrazovanje	33.7%	66.3%
	Više obrazovanje	22.0%	78.0%
	Visoko obrazovanje	21.6%	78.4%
Mjesečni prihod	Do 300 eura	42.8%	57.2%
	Od 301 do 600 eura	29.2%	70.8%
	Više od 600 eura	25.8%	74.2%
	Bez odgovora	24.8%	75.2%
Regija	Centralna regija	34.1%	65.9%
	Južna regija	33.4%	66.6%
	Sjeverna regija	30.8%	69.2%
Ukupno		32.9%	67.1%

U okviru istraživanja analizirana je i percepcija autonomije zdravstvenog sistema u smislu odsustva političkih faktora prilikom odlučivanja. Sa tezom da crnogorski zdravstveni sistem nije podložan uticajima političkih faktora, saglasnost je iskazalo 19.6% stanovništva, dok 38.3% ne zna odgovor, odnosno – nije sigurno. Protivljenje ovoj tezi iskazalo je 42.1% ispitanika (tabela br. 42).

Tabela br. 42 – Analiza stavova građana/ki o autonomiji zdravstvenog sistema u odnosu na političke faktore

<i>Crnogorski zdravstveni sistem je autonoman, tj. nije podložan uticajima političkih faktora</i>		<i>Potpuno se ne slažem</i>	<i>Djelimično se ne slažem</i>	<i>Nijesam siguran</i>	<i>Djelimično se slažem</i>	<i>Potpuno se slažem</i>
Obrazovanje	Bez obrazovanja	7.6%	11.7%	71.2%	3.7%	5.8%
	Osnovno obrazovanje	15.2%	15.8%	45.8%	16.4%	6.8%
	Srednje obrazovanje	23.3%	19.9%	37.9%	14.5%	4.4%
	Više obrazovanje	28.3%	19.9%	32.0%	13.7%	6.1%
	Visoko obrazovanje	27.5%	18.4%	33.7%	16.2%	4.3%
Mjesečni prihod	Do 300 eura	18.6%	16.8%	42.4%	16.6%	5.6%
	Od 301 do 600 eura	26.0%	22.2%	35.4%	11.8%	4.5%
	Više od 600 eura	26.2%	16.1%	35.4%	16.8%	5.5%
	Bez odgovora	24.3%	18.9%	37.5%	15.4%	3.8%
Regija	Centralna regija	20.6%	22.4%	35.7%	17.0%	4.2%
	Južna regija	20.7%	17.9%	39.6%	14.4%	7.4%
	Sjeverna regija	28.3%	15.1%	41.2%	11.6%	3.8%
Ukupno		23.0%	19.1%	38.3%	14.7%	4.9%

Uzme li se u obzir da je zdravstvena djelatnost od šireg društvenog značaja (javno dobro), i činjenica da javni zdravstveni sistem pokriva 92.9% tržišta Crne Gore kada su u pitanju tretmani kod izabranog ljekara, odnosno 71.6% tržišnog učešća u liječenju kod ljekara specijaliste, prisustvo političkih faktora je sa jedne strane i neminovnost. Ipak, menadžment znanja podrazumijeva ne samo praćenje percepcije korisnika već i upravljanje tim percepcijama (što je detaljnije objašnjeno u dijelu 1.3). U tom smislu, potrebno je raditi na promjeni percepcije stanovništva, u pravcu prepoznavanja znanja kao temeljnog faktora svakog sistema i svake institucije, i u pravcu prepoznavanja politike kao načina da se taj osnovni cilj postigne kroz adekvatnu konfiguraciju organizacionog dizajna makrosistema.

Strategija zdravstva mora uključiti preventivnu djelatnost, što je u skladu sa poznatom izrekom koja se pripisuje Hipokratu: „Najvažnija grana medicine je ona koja uči ljude kako da im lijekovi ne budu potrebni”. U tom smislu potrebno je posebnu pažnju posvetiti i pitanjima načina ishrane, korišćenja nikotina i alkohola, bavljenja sportsko-rekreativnim aktivnostima i životnim stilom uopšte. Stoga će u nastavku biti izloženi osnovni rezultati istraživanja koji dijelom determinišu životni stil stanovništva Crne Gore.

Shodno sprovedenom istraživanju prosječno vrijeme koje građani Crne Gore dnevno provedu sjedeći je pet sati i 57 minuta. U prosjeku, sedmično konzumiraju 1.8 obroka pripremljenih u radnjama brze hrane, pri čemu je broj pozitivno korelisan sa visinom primanja (što su veća primanja ispitanika, veći je broj konzumiranih obroka koji su pripremljeni u radnjama brze hrane). Alkoholna pića konzumiralo je 78.9% muškaraca i 42.8% žena. Duvanske proizvode upotrebljava 37.1% muškaraca i 29.8% žena. Izabranog ljekara ima 96.0% ispitanika, dok 3.3% nema (0.7% ne zna). Žene u Crnoj Gori češće posjećuju ljekara, a više se sportskim i rekreativnim aktivnostima bave muškarci. Najviše intenzivnih sportskih, fitnes i rekreativnih aktivnosti praktikuje se u centralnoj regiji, zatim u južnoj, a najmanje u sjevernom regionu. Aktivnosti umjerenog intenziteta, poput šetnje i statičkih vježbi, najviše su zastupljene u sjevernom regionu, zatim centralnom, a najmanje u južnom. Skoro petina muškaraca (18.5%) uopšte nije upoznata sa pravima koja imaju kao pacijenti, dok isto tvrdi 14.9% žena.

Detaljn(ij)a analiza ovih i inih pokazatelja jedan je od načina koji treba da bude uključen u sistemsko djelovanje na polju zdravstvene (i sa njom povezanih) djelatnosti u Crnoj Gori. Osnov za djelovanje nalazi se u analizi, znanju i timskom radu u svrhu kontinuiranog poboljšanja uslova koji se tiču problema očuvanja zdravlja.

3.3.5.

Kompleksnost očuvanja zdravlja u savremenom dobu

- Kompleksnost problema očuvanja zdravlja i upravljanja zdravstvenim sistemom često dovodi do dileme koja se tiče kvalifikacija potrebnih osobi na čelnoj funkciji zdravstvene organizacije (Scholten & Van Der Grinten, 1998). U tom smislu sprovedeno je istraživanje percepcije građana o tom problemu. Kako se može primijetiti u sljedećoj tabeli (br. 43), 85.8%

ispitanika su stava da na čelu zdravstvene ustanove treba da bude ljekar, dok 11.7% smatra da bi na čelu zdravstvene organizacije trebalo da bude ekspert iz oblasti menadžmenta.

Tabela br. 43 – Analiza o potrebnim kvalifikacijama lidera zdravstvene ustanove

<i>Ko bi po Vašem mišljenju trebalo da bude na čelu zdravstvene ustanove?</i>		<i>Doktor iz oblasti medicine (ljekar)</i>	<i>Ekspert iz oblasti menadžmenta</i>	<i>Neko treći</i>
Obrazovanje	Bez obrazovanja	92.8%	0.0%	7.2%
	Osnovno obrazovanje	93.3%	4.6%	2.1%
	Srednje obrazovanje	85.2%	12.1%	2.8%
	Više obrazovanje	81.8%	15.6%	2.6%
	Visoko obrazovanje	83.7%	15.6%	8%
Regija	Centralna regija	81.1%	16.9%	2.0%
	Južna regija	92.8%	5.9%	1.3%
	Sjeverna regija	87.3%	8.6%	4.1%
Ukupno		85.8%	11.7%	2.5%

Rukovodilac zdravstvene ustanove u svakom slučaju treba da posjeduje znanja iz različitih oblasti, a najviše iz oblasti medicine i menadžmenta. U tom smislu, ukoliko kandidat ne posjeduje znanja iz obje oblasti, kao nužno se nameće timsko liderstvo, u okviru kojeg će članovi tima biti komplementarni i time supstituisati međusobne nedostatke svakog pojedinačno.

Stanovništvo Crne Gore ima podijeljena mišljenja o trendu nivoa kvaliteta zdravstvenih usluga u prethodne dvije godine. Većina smatra da je kvalitet usluga u Crnoj Gori nepromijenjen (40.7%), dok 27.3% smatra da se poboljšao, naspram 16.6% onih koji smatraju da se pogoršao (tabela br. 44).

Tabela br. 44 – Trend nivoa kvaliteta zdravstvenih usluga u posljednje dvije godine

<i>Kvalitet pružanja zdravstvenih usluga u Crnoj Gori u posljednje dvije godine se...</i>		<i>Veoma pogoršao</i>	<i>Malo pogoršao</i>	<i>Ostao isti kao i ranije</i>	<i>Malo poboljšao</i>	<i>Veoma poboljšao</i>	<i>Ne znam</i>
Regija	Centralna regija	5.4%	9.7%	41.3%	22.3%	4.9%	16.3%
	Južna regija	7.3%	13.8%	37.5%	20.2%	4.6%	16.5%
	Sjeverna regija	5.5%	9.6%	42.4%	22.8%	6.6%	13.1%
Ukupno		5.9%	10.7%	40.7%	21.9%	5.4%	15.4%

Najzadovoljniji zdravstvenim uslugama su u sjevernom regionu (29.4% ispitanih primjećuje trend poboljšanja), a najmanje zadovoljni u južnom (21.1%).

Tabela br. 45 – Percepcija kvaliteta zdravstvenih sistema zemalja okruženja

Pitanje	Odgovor	Regija			Ukupno
		Centralna regija	Južna regija	Sjeverna regija	
Za koju zemlju iz okruženja smatrate da ima najrazvijeniji zdravstveni sistem?	Srbija	34.5%	38.5%	63.1%	44.3%
	Hrvatska	15.2%	15.9%	13.8%	14.9%
	Slovenija	10.8%	12.8%	5.7%	9.7%
	Turska	6.7%	2.1%	0.0%	3.5%
	Albanija	2.4%	2.8%	0.0%	1.8%
	Bosna i Hercegovina	1.3%	3.3%	0.4%	1.5%
	Makedonija	1.0%	1.5%	1.9%	1.4%
	Njemačka	1.5%	2.0%	0.1%	1.2%
	Italija	1.6%	1.7%	0.0%	1.1%
	Švajcarska	0.3%	1.8%	0.0%	0.6%
	Ostalo	0.7%	5.4%	0.3%	1.7%
	Bez odgovora	24.0%	12.3%	14.7%	18.3%

Kao što se može uočiti u tabeli br. 45, stanovništvo Crne Gore najviše preferira zdravstveni sistem Srbije (44.3%), zatim Hrvatske (14.9%), Slovenije (9.7%), dok je na četvrtom mjestu Turska sa 3.5%.

Tabela br. 46 – Analiza problema očuvanja zdravlja u savremenom dobu

U današnje vrijeme zdravlje je:		teže sačuvati nego prije 20 godina	lakše sačuvati nego prije 20 godina	jednako lako (teško) sačuvati kao i prije 20 godina
Regija	Centralna regija	60.8%	24.9%	14.4%
	Južna regija	73.8%	11.1%	15.0%
	Sjeverna regija	75.5%	20.2%	4.2%
Ukupno		68.4%	20.2%	11.4%

Kada je u pitanju analiza problema očuvanja zdravlja u savremenom dobu, više od dvije trećine ispitanih (68.4%) smatra da je u današnje vrijeme zdravlje teže sačuvati nego prije dvije decenije, dok je 20.2% onih koji tvrde suprotno (tabela br. 46). Najsigurniji u tezu da je zdravlje danas teže sačuvati nego ranije su u sjevernom regionu (75.5%), dok obratnu tezu u najvećem procentu zastupaju lica iz centralnog regiona (24.9%).

Tabela br. 47 – Ključni faktori koji utiču na problem očuvanja zdravlja u savremenom dobu

<i>Komentari</i>	<i>Ukupno</i>
loša hrana	14.1%
zagađenost	11.8%
stres	10.3%
nekvalitetan život	6.2%
medicina je napredovala	5.8%
brz ritam života	4.2%
bolji uslovi života	3.6%
sve je isto	3.1%
siromaštvo	2.7%
tehnologija je napredovala	2.4%
povećan broj oboljenja i bolesti	2.2%
puno se radi	1.9%
dostupniji su lijekovi	1.7%
sve je loše	1.4%
ljekari imaju više iskustva	1.3%
loši su ljekari	1.1%
više smo edukovani	1.1%
malo fizičke aktivnosti	1.0%
od nas zavisi posjeta ljekaru	0.8%
sve se plaća	0.8%
modernizovali smo aparate, brže se otkrivaju bolesti	0.7%
znanje ljekara je na istom nivou	0.5%
medicina nije napredovala	0.3%
više je ljekara	0.3%
lakše je da se ide u privatne klinike	0.2%
teže je doći do specijaliste	0.2%
ne koristi se organska hrana	0.2%
moralna kriza	0.2%
postoje bolje ustanove za liječenje	0.1%
loše su sve državne bolnice	0.1%
ostalo	8.7%
bez odgovora	10.8%

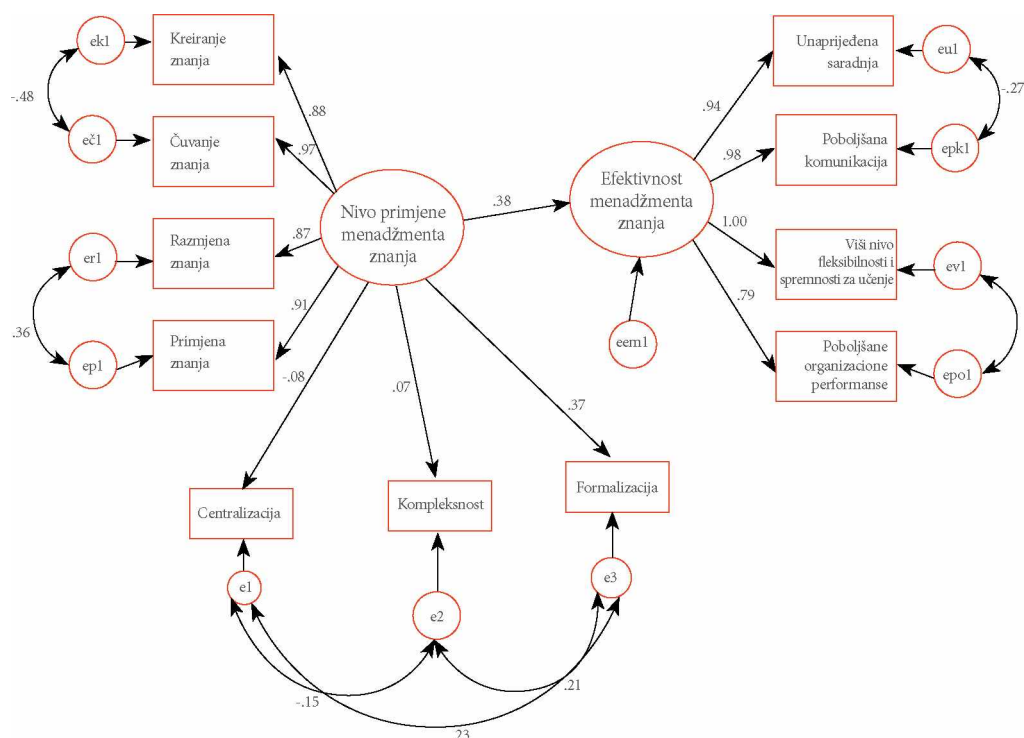
U okviru ovog istraživanja učinjen je i pokušaj identifikacije faktora koji utiču na kompleksnost očuvanja zdravlja u savremenom dobu. Rezultati pokazuju da je najvažniji faktor loša ishrana (14.1%), zatim zagađenost (11.8%) i stres (10.3%). Nekvalitetan život ocijenjen je kao bitan faktor od strane 6.2% stanovništva, a brz ritam života od 4.2%. Od pozitivnih faktora izdvojeni su napredak medicine (5.8% ispitanih) i bolji uslovi života (3.6%). Ostali odgovori ispitanika prezentovani su u tabeli br. 47.

3.4. Unakrsna analiza osnovnih konstrukata istraživanja

- U ovom dijelu disertacije biće prezentovana unakrsna analiza osnovnih konstrukata istraživanja, čija je struktura u skladu sa osnovnim zadatkom istraživanja – nuđenjem naučno zasnovanih odgovora na istraživačka pitanja i konačnim opredjeljenjem u odnosu na postavljene hipoteze.

3.4.1. Menadžment znanja i organizacioni dizajn u funkciji kvaliteta zdravstvenih usluga

- Tradicionalni statistički modeli ne mogu na adekvatan način ispitati složen sistem odnosa između velikog broja varijabli i njihove uzročne veze. Metod strukturnog modeliranja korišćen je u cilju ispitivanja podudarnosti teorijski pretpostavljenog modela sa podacima. Osnovni konceptualni model koji je uključivao veliki broj varijabli morao je, zbog prevelike složenosti i multidimenzionalnosti izabranih konstrukata, biti korigovan i dijelom pojednostavljen do mjere kako je to predstavljeno na slici br. 44, u svrhu kreiranja statistički prihvatljivog i održivog modela.



Slika br. 44 – Strukturalni model procjene međusobnog odnosa osnovnih konstrukata istraživanja

U tom smislu, za analizu uticaja nivoa primjene menadžmenta znanja na njegovu efektivnost – izraženu kroz unaprijeđenu saradnju, viši nivo fleksibilnosti i spremnosti za učenje, poboljšanu komunikaciju i poboljšane organizacione performanse, što znatno determiniše kvalitet zdravstvenih usluga – korišćene su jednačine strukturne forme, koje omogućavaju uključivanje više indikatora latentne varijable. Takođe, strukturnim modelom je ispitivan i odnos između ključnih varijabli organizacionog dizajna (centralizacija, kompleksnost i formalizacija) i primjene menadžmenta znanja, izražene kroz faze kreiranja, čuvanja, razmjene i primjene znanja.

Strukturalni model predstavljen je na slici br. 44, kao i u tabeli br. 48, u okviru koje su prezentovani i pokazatelji putem kojih je vršena procjena stepena slaganja modela sa podacima. Vrijednost hi-kvadrat (*Chi-square*) testa je 47.60, uz 36 stepeni slobode (*Degrees of freedom*) i nivo vjerovatnoće 0.093 (*Probability level*).³⁴ Pored navedenih, prihvatljive su i vrijednosti komparativnog indeksa podesnosti (*CFI – Comparative Fit Index*), koji iznosi 0.992,³⁵ kao i

³⁴ Ako su pretpostavke adekvatne raspodjele tačne i ako je kreirani model validan, onda vrijednost vjerovatnoće modela predstavlja vjerovatnoću da će hi-kvadrat biti jednake vrijednosti u modelu, kao što je i u podacima. Na primjer, ako je vrijednost pokazatelja vjerovatnoće (p) 0.05 ili manja, onda možemo da zaključimo da je odstupanje podataka od modela značajno, na nivou vjerovatnoće od 95%.

³⁵ Ovaj pokazatelj se koristi u svrhu ispitivanja podudarnosti modela sa nultim modelom. Smatra se da je model validan, odnosno da postoji zadovoljavajuća podudarnost sa podacima, u slučaju da je vrijednost CFI parametra jednaka ili veća od 0.90. Neki autori navode da je potrebno da vrijednost CFI parametra treba da bude veća od 0.95 (Hooper, Coughlan & Mullen, 2008; Sušanj, Jakopec & Stamenković, 2013).

RMSEA indeksa (*Root Mean Square Error of Approximation*), čija je vrijednost 0.049.³⁶ Zahvaljujući činjenici da se sve navedene vrijednosti nalaze u referentnim teorijskim okvirima koji model čine validnim, rezultati modela su prihvatljivi, te će biti razmotreni u nastavku teksta.

Tabela br. 48 – Procjena rezultata zasnovana na modeliranju strukturnih jednačina

			<i>Estimate (R. W.)³⁷</i>	<i>S. E.³⁸</i>	<i>C. R.³⁹</i>	<i>P⁴⁰</i>	<i>Estimate (S. R. W.)⁴¹</i>
Efektivnost menadžmenta znanja	<---	Nivo primjene menadžmenta znanja	.293	.066	4.467	***	.380
Čuvanje znanja	<---	Nivo primjene menadžmenta znanja	1.000				.968
Razmjena znanja	<---	Nivo primjene menadžmenta znanja	.808	.068	11.901	***	.866
Primjena znanja	<---	Nivo primjene menadžmenta znanja	.899	.070	12.866	***	.913
Unaprijeđena saradnja	<---	Efektivnost menadžmenta znanja	.817	.033	24.681	***	.938
Poboljšana komunikacija	<---	Efektivnost menadžmenta znanja	1.000				.978
Viši nivo fleksibilnosti i spremnosti za učenje	<---	Efektivnost menadžmenta znanja	.970	.030	32.079	***	1.005
Poboljšane organizacione performanse	<---	Efektivnost menadžmenta znanja	.736	.055	13.318	***	.791
Kreiranje znanja	<---	Nivo primjene menadžmenta znanja	.877	.058	15.225	***	.878
Centralizacija	<---	Nivo primjene menadžmenta znanja	-.030	.033	-.921	.357	-.080
Kompleksnost	<---	Nivo primjene menadžmenta znanja	.052	.064	.817	.414	.071
Formalizacija	<---	Nivo primjene menadžmenta znanja	.211	.048	4.405	***	.370
Hi-kvadrat (<i>Chi-square</i>) = 47.600							
Stepeni slobode (<i>Degrees of freedom</i>) = 36							
Nivo vjerovatnoće (<i>Probability level</i>) = 0.093							
Komparativni indeks podesnosti (<i>Comparative Fit Index</i>) = 0.992							
RMSEA indeks (<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>) = 0.049							

³⁶RMSEA indeks pokazuje koliko dobro model, sa nepoznatim ali optimalno izabranim procijenjenim parametrima, odgovara matrici kovarijanse u populaciji. Autori različito definišu poželjnu vrijednost ovog parametra. Gornja granica prihvatljive vrijednosti najčešće se definiše u rasponu od 0.05 do 0.08. Po pravilu, velike vrijednosti ovog pokazatelja javljaju se u modelima koje karakteriše mali broj stepeni slobode i mala veličina uzorka.

³⁷ Nestandardizovani koeficijent uticaja (*R. W. – Regression Weight*)

³⁸ Standardna greška (*S. E. – Standard Error*)

Osnovni cilj analize bio je utvrditi na koji način menadžment znanja može povećati kvalitet zdravstvenih usluga. Analiza je pokazala da primjena menadžmenta znanja direktno utiče na efektivnost menadžmenta znanja, izraženu kroz četiri dimenzije kvaliteta zdravstvenih usluga. Stoga, kako je u tabeli br. 48 prikazano, primjena menadžmenta znanja doprinosi efektivnosti menadžmenta znanja i kvalitetu zdravstvenih usluga (u slučaju nepromijenjenih ostalih faktora) za 0.380 (38.0%), uz statističku značajnost na nivou većem od 99% ($p = 0.001$).

Kako se u tabeli br. 48 može primijetiti, uz najviši nivo statističke značajnosti ($p = 0.001$) – čuvanje, primjena, kreiranje i razmjena znanja direktno doprinose većoj primjeni menadžmenta znanja. Mjereno standardizovanim koeficijentom uticaja,⁴² najveći pozitivan direktan uticaj na menadžment znanja ima čuvanje znanja, i to 0.968 (96.8%), zatim primjena znanja 0.913 (91.3%), kreiranje znanja 0.878 (87.8%) i najzad razmjena znanja 0.866 (86.6%). Takođe, četiri determinante kvaliteta usluga poput većeg nivoa fleksibilnosti i spremnosti za učenje, poboljšane komunikacije, unaprijeđene saradnje i poboljšanih organizacionih performansi direktno doprinose efektivnosti menadžmenta znanja u značajnoj mjeri. Najveći je direktan uticaj većeg nivoa fleksibilnosti i spremnosti za učenje 1.005 (100.5%), zatim poboljšane komunikacije 0.978 (97.8%), unaprijeđene saradnje 0.938 (93.8%) i poboljšanih organizacionih performansi 0.791 (79.1%), respektivno. Osnovne varijable organizacionog dizajna, poput formalizacije, centralizacije i kompleksnosti, pokazuju niži nivo međusobne povezanosti sa menadžmentom znanja, što je u skladu sa teorijom kontigencije. Dok se menadžment znanja preferira u svakoj organizaciji, bez obzira na njenu veličinu i kontekstualne faktore, preferirane dimenzije organizacionog dizajna zavise od brojnih kontekstualnih faktora. U tom smislu, utvrđena je statistički značajna veza ($p = 0.001$) između formalizacije i nivoa primjene menadžmenta znanja, na način da je doprinos formalizacije (poštovanja pravila, procedura i standardizacije ponašanja) primjeni menadžmenta znanja 0.370 (37.0%). Sa druge strane, doprinos kompleksnosti nivou primjene menadžmenta znanja nije statistički značajan, a njegov nivo je 0.071 (7.1%), dok je jedini vid negativ-

³⁹ CR (*Critical Ratio*) vrijednost – nastaje kao količnik nestandardizovanog koeficijenta uticaja i standardne greške. Ukoliko je CR vrijednost veća od 1.96, veza između varijabli je statistički značajna na nivou od 95% ili većem.

⁴⁰ Statistička značajnost (***) označava statističku značajnost na nivou većem od 99%).

⁴¹ Standardizovani koeficijent uticaja (S. R. W. – *Standardized Regression Weight*)

⁴² Koeficijent uticaja predstavlja reakciju zavisne varijable na promjenu vrijednosti nezavisne varijable, u situaciji kada ostale varijable u modelu ostanu nepromijenjene.

ne koreliranosti između dvije varijable utvrđen u smislu centralizacije i nivoa primjene menadžmenta znanja. Iako ova veza nije statistički značajna i njen intenzitet nije jak (0.080, 8%), u skladu je sa teorijskim principima da viši nivo znanja unutar organizacije omogućava veću decentralizaciju.

Na bazi svega navedenog u potpunosti je potvrđena hipoteza da „Veća zastupljenost i primjena menadžmenta znanja u organizaciji utiče na povećanje kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija“.

3.4.2.

Analiza kvaliteta internog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna

Homogenost unutar sistema zdravstvenih organizacija neophodna je pretpostavka kvaliteta funkcionisanja sistema. S obzirom na to da su ljudi osnov svakog sistema, veoma je bitna njihova homogenost i kompatibilnost. Ne misli se na to da zaposleni moraju biti homogeni u pogledu nivoa znanja i načina mišljenja. Naprotiv, poželjno je da je kolektiv heterogen u pogledu znanja, vještina, interesovanja i po mnogim drugim obilježjima (polu, starosti itd.). Različitost po pitanju svega navedenog je poželjna jer se izgradnjom tima i unutrašnjom integracijom članova različitosti pretvaraju u prednosti, koje se oslikavaju kroz skladan i komplementaran tim. No, ono oko čega ne bi trebalo da bude razlika unutar jednog tima jesu vrijednosti. U tom smislu, veoma je važno graditi organizacionu kulturu koja će biti zajednička za sve. Kako je ranije objašnjeno u dijelu 1.3, pretpostavka efektivnosti menadžmenta zdravstvenih ustanova i posljedično kvaliteta zdravstvenih usluga jeste unutrašnja integracija kolektiva. Pojava kolektivnih emocija, zajedničkih vrijednosti, i njihova konvergencija, pokreću i olakšavaju interakcije između članova organizacije, te samim tim pozitivno utiču na organizacioni učinak (Wang & Zeng, 2017). Kolektivne emocije i zajedničke vrijednosti značajno su determinisane organizacionom kulturom, načinom komunikacije, stilom liderstva i organizacionom strukturom. Stoga je od posebnog značaja svim navedenim faktorima posvetiti pažnju u procesu dizajniranja organizacije.

U tabeli br. 49 prikazano je poređenje rezultata istraživanja na bazi različitih uzoraka. Nakon dobijanja rezultata na osnovu početnog uzorka od 135 anketiranih članova zdravstve-

nih ustanova iz Crne Gore (96 ispitanika iz javnih i 39 ispitanika iz privatnih zdravstvenih ustanova), slučajnim izborom je izabrano 16 ljekara, članova Sindikata doktora medicine iz (16) različitih zdravstvenih ustanova. Ovo je učinjeno u svrhu poređenja ocjena članova Sindikata doktora medicine o ključnim varijablama menadžmenta znanja i organizacionog dizajna sa mišljenjem (ocjenama) 16 ljekara, članova istih (16) institucija koji su prethodno anketirani zajedno sa članovima menadžmenta zdravstvene institucije (i činili osnovni uzorak od ukupno 135 ispitanika). U tom smislu, u nastavku će biti prikazano poređenje ocjena (16) članova sindikata, sa ocjenama (16) ljekara iz istih (16) institucija iz kojih su članovi Sindikata, kao i sa ocjenama na nivou javnih zdravstvenih ustanova u cjelini.

Rezultati pokazuju da na nivou pojedinačnih javnih zdravstvenih ustanova nije bilo većih razlika između ocjena koje su dali po jedan član uprave zdravstvene ustanove, jedan ljekar i jedan medicinski tehničar (delegirani na prijedlog Ministarstva zdravlja). Međutim, stave li se te ocjene u odnos sa percepcijom članova Sindikata doktora medicine, tu se daju utvrditi izrazito značajne razlike.

Tabela br. 49 – Poređenje rezultata istraživanja o percepciji osnovnih determinanti menadžmenta znanja javnog zdravstvenog sistema na bazi različitih uzoraka

<i>Osnovne determinante menadžmenta znanja</i>	<i>Uzorak</i>			
	<i>Osnovni (135)</i>	<i>JZU (96)</i>	<i>Osnovni (16)</i>	<i>Sindikata (16)</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	4.02	4.06	4.17	2.03
Efektivnost menadžmenta znanja	4.09	4.12	4.10	2.07
Organizaciona kultura	4.07	4.10	4.02	2.57
Organizaciona infrastruktura	3.82	3.84	3.76	2.27
Liderstvo	3.53	3.58	3.55	2.46

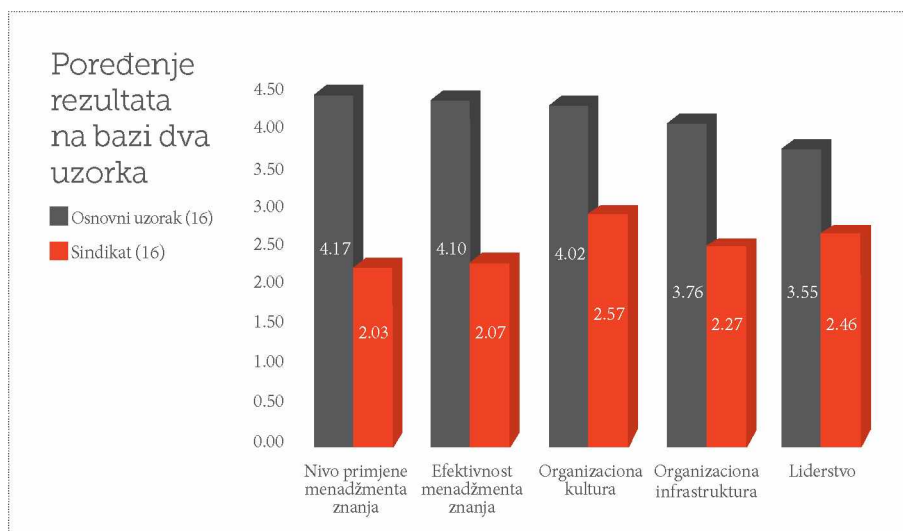
Kao što se može primijetiti u tabeli br. 49, članovi Sindikata doktora medicine nivo primjene menadžmenta znanja (pr)ocjenjuju ocjenom 2.03, što se znatno (više nego dvostruko) razlikuje od prosječne ocjene koju su dali doktori iz istih ustanova izabrani na prijedlog menadžmenta zdravstvenih ustanova (4.17),⁴³ kao i od sumarne ocjene dobijene na nivou javnog zdravstvenog sistema u početnom uzorku (4.06).

Značajne razlike postoje i u percepciji efektivnosti menadžmenta znanja koja se oslikava u kvalitetu pruženih usluga. Članovi Sindikata efektivnost menadžmenta znanja vred-

⁴³ Primjenom Man-Vitnijevog U testa dokazano je da su ove razlike u ocjenama između nezavisnih uzoraka statistički značajne ($U = 6.00, p < 0.05$).

nuju sa 2.07, dok njihove kolege iz istih institucija istu varijablu vrednuju ocjenom 4.10 (prosjek individualnih ocjena 16 ljekara iz osnovnog uzorka),⁴⁴ odnosno ocjenom 4.12 – prosječno na nivou javnih zdravstvenih ustanova (na bazi osnovnog uzorka).

Nešto manje ali jednako značajne razlike primjetne su i u percepciji kvaliteta organizacione infrastrukture. Članovi Sindikata u prosjeku organizacionu infrastrukturu ocjenjuju sa 2.27, dok je njihove kolege iz istih institucija ocjenjuju sa 3.76 (prosjek individualnih ocjena 16 ljekara iz osnovnog uzorka),⁴⁵ odnosno 3.84 (na nivou javnih zdravstvenih institucija iz osnovnog uzorka). Kada je riječ o organizacionoj kulturi, članovi Sindikata je ocjenjuju sa 2.57, ocjena ljekara iz istih institucija je 4.02 (individualno u prosjeku, na bazi osnovnog uzorka),⁴⁶ dok je prosječna ocjena na nivou javnog zdravstvenog sistema u osnovnom uzorku 4.10. Na kraju, i po pitanju liderstva razlike su značajne. Dok je prosječna ocjena liderstva na bazi ocjena iz uzorka koji su činili članovi Sindikata 2.46, prosječna ocjena koju su dali ljekari istih institucija iz osnovnog uzorka je 3.55,⁴⁷ a prosječna ocjena na nivou institucija iz osnovnog uzorka je 3.58.



Slika br. 45 – Analiza unutrašnje integracije javnih zdravstvenih ustanova na bazi dva uzorka

⁴⁴ Primjenom t-testa nezavisnih uzoraka utvrđeno je da su ove razlike u ocjenama statistički značajne ($t = 8.16$, $df = 28$, $p < 0.05$).

⁴⁵ Primjenom Man-Vitnijevog U testa dokazano je da su ove razlike u ocjenama između nezavisnih uzoraka statistički značajne ($U = 15.00$, $p < 0.05$).

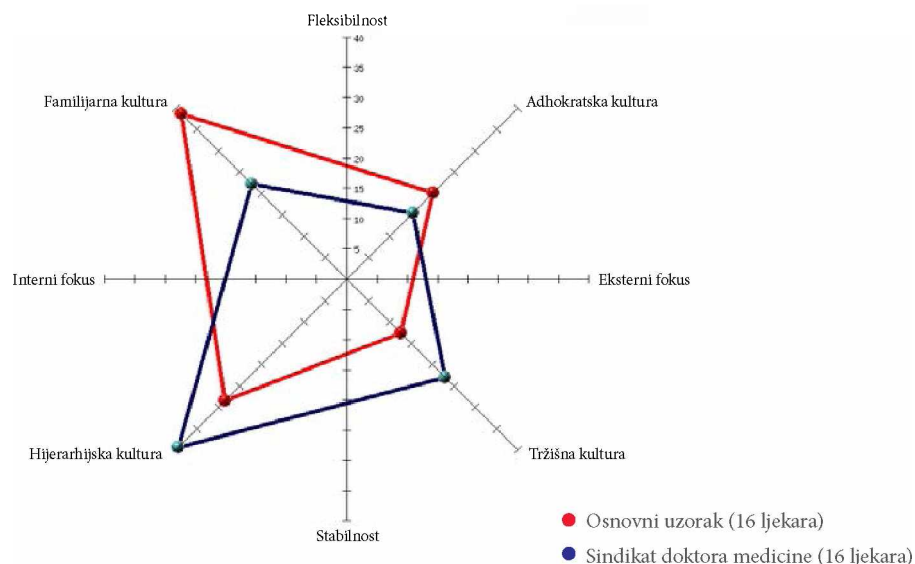
⁴⁶ Primjenom t-testa nezavisnih uzoraka utvrđeno je da su ove razlike u ocjenama statistički značajne ($t = 6.61$, $df = 30$, $p < 0.05$).

⁴⁷ Primjenom t-testa nezavisnih uzoraka utvrđeno je da su ove razlike u ocjenama statistički značajne ($t = 4.52$, $df = 30$, $p < 0.05$).

Veličina ustanovljenih razlika u percepciji najbolje se može primijetiti na slici br. 45. S jedne strane, ovakve razlike govore u prilog mogućnosti da su zaposleni u javnim zdravstvenim ustanovama prilikom anketiranja davali tzv. društveno prihvatljive odgovore, odnosno da su njihove ocjene bile pristrasne. Takođe, na bazi prezentovanih pokazatelja, zaključuje se da kvalitet internog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna nije na zavidnom nivou, pogotovo sa stanovišta zajedničkih vrijednosti kao ključne dimenzije organizacionog modela, što je detaljnije elaborirano u dijelu 1.3.

Ipak, veza između osnovnih varijabli modela istraživanja ustanovljena je na osnovu oba uzorka. Konkretno, i na uzorku članova Sindikata doktora medicine (bez obzira na to što su ocjene kvantitativno niže) utvrđen je visok stepen korelacije ($r = 0.788$) između primjene menadžmenta znanja i efektivnosti menadžmenta znanja odnosno kvaliteta zdravstvenih usluga. Ova korelacija je statistički značajna ($p < 0.01$). Takođe, regresiona analiza (korišćen „enter” metod) pokazala je da nivo primjene menadžmenta znanja objašnjava 64.5% varijanse efektivnosti menadžmenta znanja, odnosno kvaliteta zdravstvenih usluga (što je veći rezultat nego na osnovnom uzorku – 26.2%). Porast nivoa primjene menadžmenta znanja za jednu jedinicu uslovio bi porast efektivnosti menadžmenta znanja, odnosno kvaliteta zdravstvenih usluga za 0.803 jedinice (na osnovnom uzorku je utvrđeno da bi rast bio 0.512 jedinice). I ova zavisnost (oba uzorka) je statistički značajna ($p < 0.05$).

Organizaciona kultura takođe pokazuje različitost između percepcije ljekara iz osnovnog uzorka i ljekara koji su članovi Sindikata doktora medicine, što je predstavljeno na slici br. 46. Ono oko čega je na određeni način postignut konsenzus jeste interni fokus. Na bazi odgovora obje grupe ispitanika, može se konstatovati da je odnos između interne i eksterne orijentacije zdravstvenih ustanova približno 2 : 1. U tom smislu, nedvosmisleno se nameće potreba jačanja eksternog fokusa, o čemu će biti riječi u narednom dijelu.



Slika br. 46 – Analiza razlika u percepciji organizacione kulture javnog zdravstvenog sistema na bazi dva uzorka

Izvor: Prilagođeno prema – www.ocai-online.com

U tabeli br. 50 prikazano je poređenje razlika u percepciji organizacione kulture na bazi dva uzorka. Razlike su primjetne već na primjeru dominantnog tipa organizacione kulture. Dok jedna grupa ljekara smatra da je dominantan obrazac organizacione kulture javnih zdravstvenih ustanova familijarni (38.54%), druga grupa ističe da je dominantan kulturni obrazac javnih zdravstvenih ustanova hijerarhijskog tipa (39.22%). Iako oba tipa kulture imaju interni fokus, razlika je u tome što familijarni tip podrazumijeva slobodu i fleksibilnost članova, a hijerarhijski stabilnost i kontrolu.

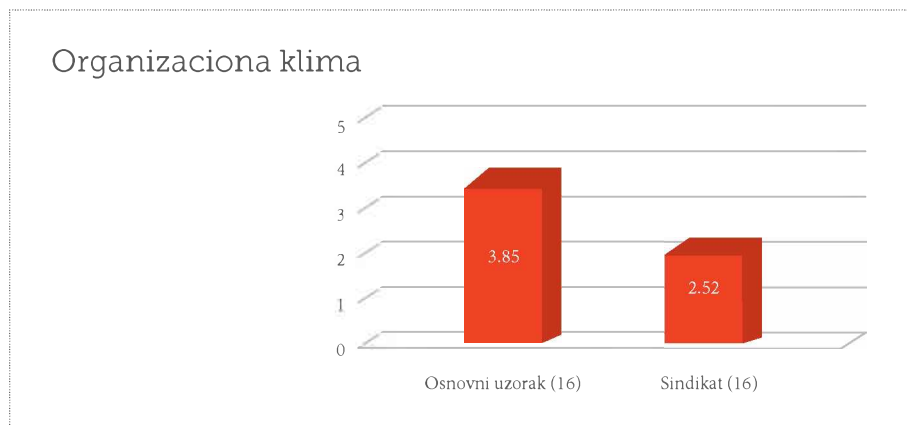
Tabela br. 50 – Poređenje razlika u percepciji organizacione kulture javnog zdravstvenog sistema na bazi dva uzorka

Tip kulture / Tip svojine	Osnovni uzorak – 16 ljekara	Sindikata doktora medicine – 16 ljekara
Familijarna kultura	38.54	22.02
Adhokratska kultura	20.47	15.71
Tržišna kultura	12.50	23.05
Hijerarhijska kultura	28.49	39.22
<i>Ukupno</i>	100.00	100.00

Razlike u percepciji familijarnosti kao tipa organizacione kulture značajne su (u apsolutnom iznosu vrijednost razlike je 16.52).⁴⁸ Sljedeća velika razlika u percepciji tipova

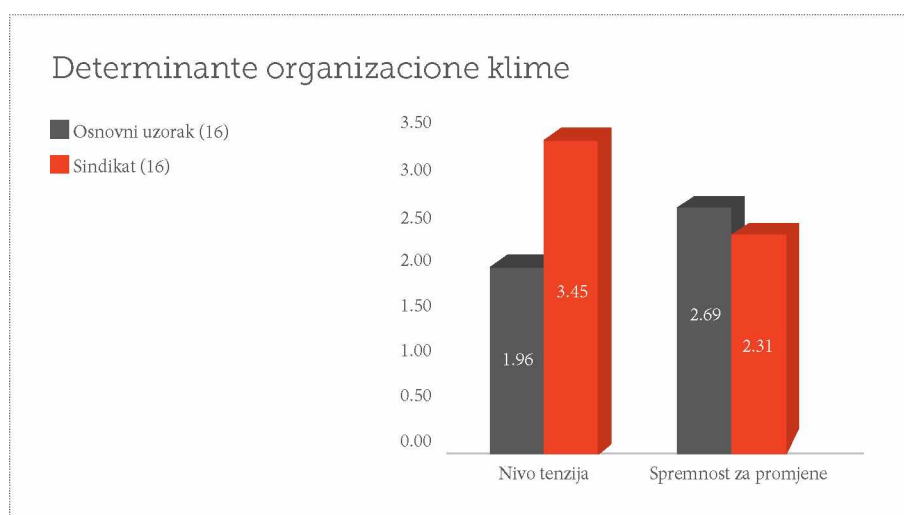
⁴⁸ Dvocifrene razlike u tipovima organizacione kulture mjerene OCAI instrumentom smatraju se posebno relevantnim u smislu neophodnosti djelovanja (Bremer, 2008).

je u odnosu na hijerarhijsku dimenziju organizacione kulture (10.73), a sličan iznos razlike primjećuje se i u percepciji tržišne kulture (10.55), dok su najmanje razlike kod adhokratskog tipa kulture (4.76). Predmetna analiza pokazuje da unutar organizacione kulture na nivou javnog zdravstvenog sistema postoji značajna ambivalentnost u do-
menu zajedničkih vrijednosti, te u tom smislu treba preduzeti konkretne mjere u svrhu sprečavanja mogućnosti nastanka svojevrsne organizacione bifurkacije.



Slika br. 47 – Uporedna analiza percepcije kvaliteta organizacione klime na bazi dva uzorka

Ovakav zaključak potvrđen je i kroz rezultate o kvalitetu organizacione klime na nivou javnog zdravstvenog sistema (slika br. 47), gdje su takođe primjetne razlike u percepciji između dvije grupe ljekara. Dok jedna grupa ljekara organizacionu klimu cijeni prosječ-
nom ocjenom 3.85, druga grupa ljekara misli da je kvalitet organizacione klime slabiji i vrednuje je ocjenom 2.52.



Slika br. 48 – Uporedna analiza percepcije determinanti organizacione klime na bazi dva uzorka

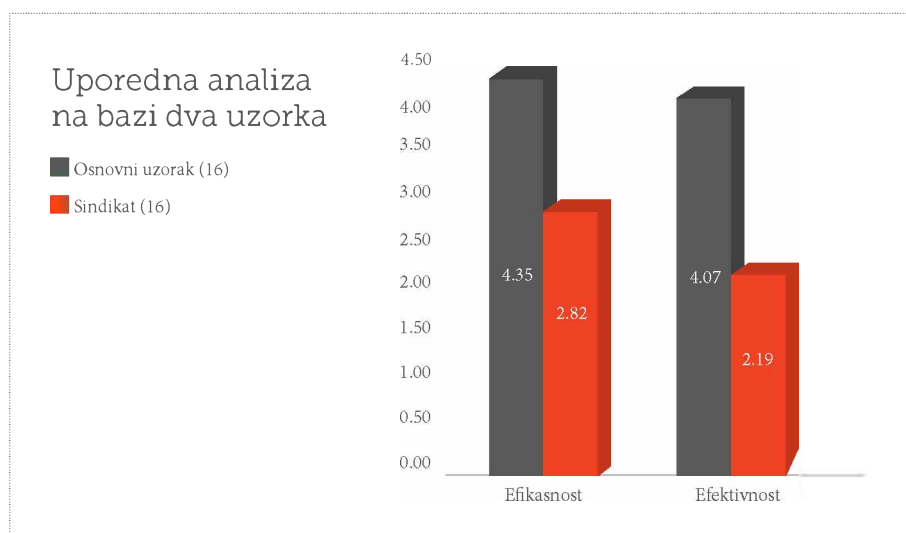
Kada su u pitanju osnovne determinante organizacione klime (slika br. 48), i u tom domenu su ustanovljene osjetne razlike u percepciji. Nivo tenzija ljekari izabrani na prijedlog menadžmenta ustanove cijene sa 1.96, dok je isti pokazatelj izračunat na bazi odgovora članova Sindikata doktora medicine bitno viši i iznosi 3.45. Sa druge strane, spremnost na promjene vrednovana od članova Sindikata niža je nego od strane ljekara iz osnovnog uzorka (2.31 i 2.69), respektivno.

Sve navedeno ukazuje na potrebu rekonfiguracije organizacionog modela zdravstvenog sistema kroz interno usklađivanje elemenata organizacionog dizajna, koje bi za posljedicu imalo povećan kvalitet zdravstvenih usluga, zasnovan na većoj motivaciji, boljem raspoloženju, većoj fleksibilnosti, višem nivou ljubaznosti i profesionalnosti zdravstvenih radnika. Samim tim, rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na internom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija.

3.4.3.

Analiza kvaliteta eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna

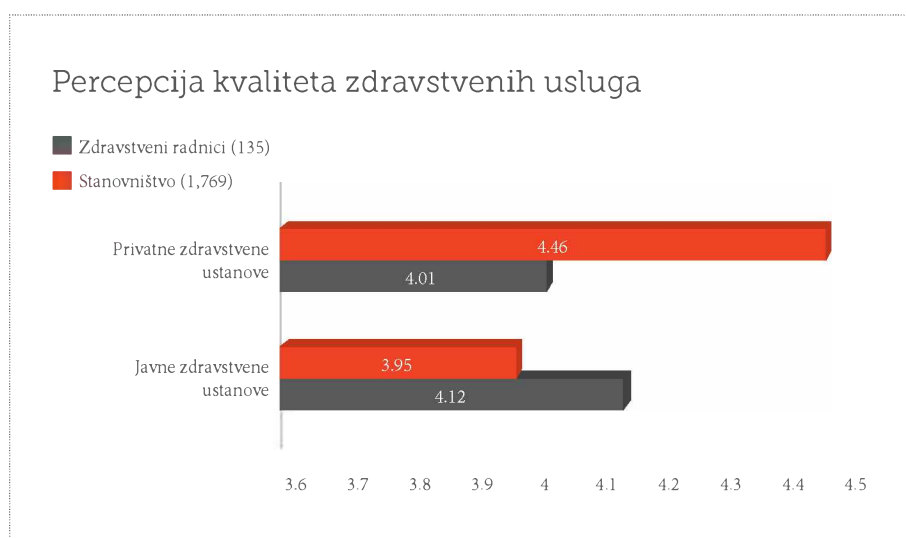
- Analiza o percepciji strateške orijentacije javnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori, na osnovu dva uzorka, u oba slučaja pokazuje da je težnja ka efikasnosti izraženija nego efektivnost. To ukazuje na potrebu poboljšanja eksterne orijentacije, u svrhu povećanja istraživačke komponente, praćenja tržišnih signala i veće fleksibilnosti javnog zdravstvenog sistema (što je detaljnije objašnjeno u dijelu 1.2.3.3).



Slika br. 49 – Analiza razlika u percepciji strateške orijentacije na bazi dva uzorka

Kako je prikazano na slici br. 49, članovi Sindikata doktora medicine efikasnost javnog zdravstvenog sistema procjenjuju sa 2.82, dok njihove kolege (osnovni uzorak) usmjerenost ka efikasnosti vrednuju sa 4.35. Sa druge strane, efektivnost je od strane članova Sindikata ocijenjena sa 2.19, dok je znatno većom ocjenom vrednovana od strane ljekara iz osnovnog uzorka (4.07).

U nastavku je dato poređenje procjene kvaliteta usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova mjereno percepcijom zaposlenih radnika (interna percepcija) i percepcijom stanovništva (eksterna percepcija) – slika br. 50.



Slika br. 50 – Uporedna analiza interne i eksterne percepcije kvaliteta zdravstvenih usluga u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama

Kako je ranije prikazano, veći strateški fokus na efektivnost imaju privatne zdravstvene ustanove, što je u skladu i sa percepcijom stanovništva, koje više vrednuju kvalitet usluga privatnih (4.46) nego javnih zdravstvenih ustanova (3.95). Zanimljivo je da je analizom utvrđeno da zaposleni u privatnim zdravstvenim ustanovama kvalitet usluga ustanova u kojima su zaposleni (mjereno efektivnošću menadžmenta znanja) cijene sa 4.01, dok zaposleni u javnim zdravstvenim ustanovama kvalitet usluga ustanova čiji su dio cijene sa 4.12. Samim tim, može se zaključiti da visoke ocjene menadžmenta znanja i efektivnosti menadžmenta znanja, zasnovane na internoj percepciji, ne moraju biti podudarne sa ocjenama utemeljenim na eksternoj percepciji. Naprotiv. U konkretnom slučaju, privatne zdravstvene ustanove su po osnovu interne percepcije imale nižu ocjenu kvaliteta usluga od javnih zdravstvenih ustanova. Tj. zaposleni u javnim zdravstvenim ustanovama su kva-

litet pruženih usluga vrednovali višom ocjenom nego zaposleni u privatnim zdravstvenim ustanovama. Ipak, eksterna percepcija – percepcija javnosti, pokazala je suprotne rezultate. Sve navedeno je u skladu sa starom poznatom izrekom koja se pripisuje Sokratu da „što više znanja posjedujemo, sve smo više svjesni koliko zapravo ne znamo i koliko još prostora postoji za dalji napredak“. Iz navedenog razloga zaključuje se da postoji eksterna neusklađenost elemenata organizacionog dizajna zdravstvenog sistema Crne Gore, te se organizacioni fokus mora usmjeriti više ka efektivnosti (što je konstatovano i u poglavljima 3.2.3. i 3.2.5). Takva promjena strateškog fokusa u skladu sa multikontigencijskim pristupom podrazumijeva promjene u organizacionoj strukturi i ostalim elementima organizacionog dizajna, te traži permanentan proces usklađivanja elemenata u svrhu obezbjeđivanja optimalnih poslovnih performansi organizacionog sistema.

Pored navedenog, neusklađenost između javnih i privatnih zdravstvenih ustanova zdravstvenog sistema Crne Gore u pogledu organizacionih komponenti, kao i između zdravstvenih ustanova iz različitih regija potvrđena je u poglavljima 3.2.3, 3.2.4, 3.2.5. i 3.2.6.

Organizaciono pravni kontekst analize (dio 3.2.2) pokazao je da postoji nedovoljna integracija zdravstvenog sistema usljed neadekvatnog informacionog sistema, ali i da postojeći zakonski okvir nije u potpunosti podržavajući prema savremenim zahtjevima dizajniranja organizacije (pogotovo onim koji se tiču fleksibilnosti, timskog djelovanja, javno-privatnog partnerstva i dr.).

U tom smislu, rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija.

4

○

4. DISKUSIJA – ANALIZA DOPRINOSA STUDIJE

U ovom dijelu rada, na osnovu dobijenih rezultata i analize iz prethodnog dijela, biće dati sintetizovani zaključci u odnosu na istraživačka pitanja i osnovne hipoteze doktorske disertacije. Nakon toga, biće prezentovani teorijski, metodološki i praktični doprinos studije, kao i ograničenja istraživanja. Na samom kraju, biće predstavljeni mogući pravci i ideje za buduća istraživanja.

4.1. Odgovori na istraživačka pitanja i hipoteze

U ovom dijelu biće sintetizovani zaključci istraživanja u vezi sa konkretnim istraživačkim pitanjima i hipotezama doktorske disertacije.

1. *Kako menadžment znanja i organizacioni dizajn mogu poboljšati kvalitet usluga zdravstvenih organizacija?*

Na bazi rezultata istraživanja prezentovanih u prethodnom dijelu došlo se do brojnih saznanja u pogledu načina putem kojih menadžment znanja i organizacioni dizajn mogu poboljšati kvalitet usluga zdravstvenih organizacija.

Menadžment znanja kroz svaku od svojih faza (kreiranje, čuvanje, razmjena i primjena znanja) značajno determiniše kvalitet zdravstvenih usluga. Viši nivo kreiranja, čuvanja, razmjene i primjene znanja podiže nivo primjene menadžmenta znanja u organizaciji. Posljedično, viši nivo primjene menadžmenta znanja pozitivno se odražava na efektivnost menadžmenta znanja, koji u zdravstvenom sektoru, kroz prizmu kvaliteta usluga konkretno znači:

1. unapređenje saradnje između zaposlenih u zdravstvenom sektoru (više timskog rada i donošenje boljih odluka),
2. poboljšanu komunikaciju (kvalitetniji odnosi između zaposlenih, bolje raspoloženje, veća kooperativnost i ljubaznost osoblja),
3. viši nivo fleksibilnosti i spremnosti za učenje (veća efikasnost i efektivnost organizacije kroz stalno usvajanje novih znanja),

4. poboljšane organizacione performanse (smanjenje vremena čekanja na pregled, optimizacija troškova i povećanje konkurentnosti u pogledu kvaliteta zdravstvenih usluga).

Organizacioni dizajn kao multidimenzionalni konstrukt višestruko utiče na kvalitet zdravstvenih usluga.

Prvo, međusobna usklađenost elemenata organizacionog dizajna (shodno teoriji multikontigencije) bitno determiniše organizacione performanse, efikasnost i efektivnost organizacije, samim tim i kvalitet zdravstvenih usluga.

Drugo, nivo centralizacije sistema utiče na organizacionu fleksibilnost (viši stepen centralizacije – niži stepen fleksibilnosti, i obratno) i sposobnost brze reakcije u odnosu na promjene koje se dešavaju u okruženju, te samim tim nivo centralizacije može bitno determinisati i sam kvalitet zdravstvenih usluga.

Treće, organizaciona klima bitno utiče na karakteristike zdravstvenih usluga kao što su ljubaznost, posvećenost, predusretljivost i motivisanost zdravstvenih radnika prilikom pružanja zdravstvenih usluga, dok se organizacionom kulturom bitno diktira nivo profesionalnosti pri obavljanju posla u zdravstvenim ustanovama.

Četvrto, izbor između efikasnosti i efektivnosti, učinjen kroz ciljeve organizacije i njezinu strategiju, kao interne faktore organizacionog dizajna, utiče na karakteristike kvaliteta zdravstvenih usluga (viši stepen efikasnosti obezbijediće nižu cijenu zdravstvenih usluga, dok će viši stepen efektivnosti rezultirati većim zadovoljstvom korisnika kroz prilagođavanje organizacije njihovim potrebama).

Peto, organizaciona struktura bitno utiče na protok informacija između različitih činilaca organizacionog sistema i njihovu usklađenost, kao i na nivo motivacije članova organizacije za rad. Samim tim, od organizacione strukture, posljedično, takođe će zavisiti kvalitet zdravstvenih usluga.

Šesto, konstantne promjene u zdravstvu zahtijevaju permanentnu budnost organizacije i potrebu da se na promjene odgovori rekonfiguracijom organizacionog sistema sa svrhom očuvanja organizacione usmjerenosti na pacijenta i kontinuiranog unapređenja kvaliteta zdravstvenih usluga.

Navedeni zaključci su u skladu sa nalazima brojnih istraživanja koja su sprovedena u ovoj oblasti. Konkretno, u okviru menadžmenta znanja sve više se kao važan faktor organizacione konkurentnosti razvija posebna komponenta znanja o klijentima, koja kroz prizmu strateške efektivnosti ima za cilj bolje razumijevanje potreba tržišta i pružanje kvalitetnijih usluga (Gustavsson, Gremyr & Kenne Sarenmalm, 2016; Mehdibeigi, Dehghani & Yaghoubi, 2016). U tom smislu primjena menadžmenta znanja sve više postaje ključni faktor organizacione efektivnosti (Wickramasinghe, 2010; Cepeda-Carrion, Martelo-Landroguez, Leal-Rodríguez & Leal-Millán, 2017). Izuzetan napredak tehnologije učinio je da ljudi budu naviknuti na biznis inovacije. Iz tog razloga, inovacione strategije zdravstvenih ustanova pozitivno utiču na zadovoljstvo pacijenata (Dobrzykowski, Callaway & Vonderembse, 2015; Sahoo & Ghosh, 2016), a njihova primjena bitno je determinisana kvalitetom liderstva (Abdallah, 2014). Iako se smatra da zdravstvo sporije reaguje i prihvata nove menadžment metode od ostalih djelatnosti (Jorma, Tiirinki, Bloigu & Turkki, 2016), primjena novih menadžment pristupa zasnovanih na znanju, kroz odgovarajući dizajn organizacije, može doprinijeti poboljšanju organizacionih performansi i boljem kvalitetu zdravstvenih usluga (Bouncken, 2002; El Morr & Subercaze, 2010). Organizacioni dizajn višestruko utiče na kvalitet zdravstvenih usluga (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009; Labonte, Benzer, Burgess, Cramer, Meterko, Pogoda & Charns, 2016; Swensen, Gorringer, Caviness & Peters, 2016). Pored toga, brojni su i dokazi koji potvrđuju značajan uticaj organizacione kulture na nivo kvaliteta zdravstvene zaštite (Davies & Mannion, 2013; Beardsmore & McSherry, 2017).

2. Kakav je međusobni odnos menadžmenta znanja i organizacionog dizajna u cilju poboljšanja kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija?

Na bazi istraživanja, zaključeno je da postoji i uticaj menadžmenta znanja na organizacioni dizajn, ali i obratno, uticaj organizacionog dizajna na menadžment znanja, što zbirno opredjeljuje kvalitet pruženih usluga.

Najprije, u literaturi su se već mogle pronaći određene relacije između organizacionog dizajna i menadžmenta znanja, uključujući i determinante dva osnovna konstrukta i njihove odnose. Činjenica da zdravstveni sektor troši veliku količinu državnog budžeta rezultira kontinuiranom težnjom zdravstvenih ustanova ka razvijanju efikasnijih i efektivnijih si-

stema za pružanje usluga (Miller, 2015). U ekonomiji, koja se sve više bazira na znanju i tzv. nematerijalnoj imovini (Barão, de Vasconcelos, Rocha & Pereira, 2017; Hussinki, Kianto, Vanhala & Ritala, 2017), organizacije se suočavaju sa konstantnim promjenama u različitim sferama društvenog djelovanja. U takvim uslovima upravo naučno područje menadžmenta znanja postaje sve aktuelniji koncept, kao jedan od najvažnijih izvora rasta efikasnosti i efektivnosti savremenih organizacija (Assem & Pabbi, 2016). Posebno je menadžment znanja važan u državama u razvoju, koje se suočavaju sa ograničenim resursima (Asrar-ul-Haq & Anwar, 2016). Iz organizacione perspektive posmatrano, najbitniji aspekt menadžmenta znanja jeste dijeljenje znanja. Dijeljenje znanja podrazumijeva njegovu cirkulaciju između pojedinaca u organizaciji, između organizacionih odjeljenja, kao i između same organizacije i okruženja (Bremer & Cohintz, 2004; Da Silva & Agusti-Culléll, 2008; Chidambaranathan & Swarooprani, 2017). Shodno tome, menadžment mora formirati organizacionu strukturu koja će omogućiti kreiranje i dijeljenje velike količine znanja (Koohborfardhaghighi & Altmann, 2017). Zadatak menadžmenta znanja u organizacijama jeste dizajniranje takve organizacione strukture koja će omogućiti povezivanje eksperata iz različitih oblasti u jednu cjelinu, koja funkcioniše sa svrhom zadovoljenja potreba klijenata (Boder, 2006). Sistem menadžmenta znanja po pravilu daje bolje rezultate kada je organizaciona struktura decentralizovana (Mahmoudsalehi, Moradkhannejad & Safari, 2012; Koohborfardhaghighi & Altmann, 2017). Samim tim, menadžment znanja značajno zavisi od organizacionog dizajna koji bitno determiniše efikasnost i efektivnost organizacije. Organizaciona kultura je važnija za primjenu menadžmenta znanja nego informacioni sistemi kao podrška razmjeni znanja (Ghosh & Scott, 2007). Takođe, menadžment znanja ima pozitivan uticaj na nivo organizacionih performansi (Heisig, Suraj, Kianto, Kemboi, Perez Arrau & Fathi Easa, 2016; Shahzad, Bajwa, Siddiqi, Ahmid & Raza Sultani, 2016).

Organizaciona kultura (kao zajednička odrednica i menadžmenta znanja i organizacionog dizajna) u zdravstvenim organizacijama naročito je važna, jer kvalitet komunikacije između zaposlenih i njihov timski rad vrlo često direktno utiču na nivo kvaliteta usluge koju pružaju pacijentu (Drotz & Poksinska, 2014; Johnson, Nguyen, Groth, Wang & Ng, 2016; Rydenfält, Odenrick & Larsson, 2017). Pored toga, kontinuirana komunikacija između rukovodstva zdravstvenih ustanova i zaposlenih igra ključnu ulogu u uspostavljanju

odgovarajućeg sistema liderstva u zdravstvenom sektoru (Wikström & Dellve, 2009). Složenost leaderskog procesa i izgradnje odgovarajuće organizacione kulture u velikim zdravstvenim sistemima zahtijeva postizanje odgovarajućeg balansa potreba i resursa doktora (kao direktnih pružalaca zdravstvenih usluga), profesionalnih menadžera i kreatora politika u ovim ustanovama (Antwi & Kale, 2014).

Na bazi strukturnog modela procjene odnosa između osnovnih konstrukata istraživanja, kako je navedeno u prethodnom poglavlju, utvrđeno je da formalizacija (kao strukturna komponenta organizacionog dizajna) u smislu poštovanja pravila, procedura i standardizacije ponašanja u pružanju zdravstvenih usluga, pozitivno utiče na nivo primjene menadžmenta znanja. Pored toga, izračunata je i negativna korelacija između centralizacije i primjene menadžmenta znanja. Iako je kvantitativna analiza pokazala da ova veza nije statistički značajna, na bazi kvalitativnog dijela istraživanja (intervjua i fokus grupa) zaključeno je da visok stepen centralizacije neminovno negativno utiče na nivo primjene menadžmenta znanja. Takođe, potvrđena je veza između formalizacije i nivoa primjene menadžmenta znanja, jer koliko god se u drugim oblastima može prihvatiti i zahtijevati što veća fleksibilnost, zdravstveni sektor pored systemske fleksibilnosti mora zadržati i određeni nivo formalizacije, odnosno poštovanja standarda, pravila i procedura.

Kroz analizu zasnovanu na fokus grupama utvrđeno je da svi faktori organizacionog dizajna utiču na nivo primjene menadžmenta znanja.

Prvo, sam izbor ciljeva i strategije organizacije bitno utiče na stepen primjene menadžmenta znanja. Efektivnost kao strateško usmjerenje u zdravstvenom sektoru, više nego efikasnost, traži od organizacije viši nivo primjene menadžmenta znanja. Ovo je uslovljeno činjenicom da efektivnost podrazumijeva eksternu orijentaciju organizacije i usmjerenost ka inovacijama. Samim tim, složenost promjena iz okruženja i potreba za održavanjem konkurentnosti podrazumijevaju permanentno usavršavanje znanja i vještina u procesu pružanja zdravstvenih usluga.

Drugo, veličina organizacije takođe se odražava na menadžment znanja. Velike organizacije traže i viši nivo kvaliteta znanja, kako u pogledu mogućnosti za različitim specijalizacijama i dubinskim proučavanjima konkretne oblasti tako i u pogledu potrebnih znanja iz sfere menadžmenta i rada u velikim timovima (pitanje komunikacije i sl.).

Treće, organizaciona kultura, koja u sebi nema istaknut značaj znanja kao najvažnijeg resursa organizacije, doprinosi nižem nivou istog. Na isti način, organizaciona klima u kojoj su prisutni problemi iz domena međusobnog povjerenja i poštovanja otežava razmjenu znanja između članova organizacije i negativno utiče na primjenu menadžmenta znanja.

Četvrto, stil liderstva bitno određuje nivo primjene menadžmenta znanja u organizaciji. Prvenstveno, od lidera se traži vođstvo primjerom. Jedino lider koji sopstvenim primjerom pokaže okrenutost znanju kao strateški važnom resursu organizacije može računati na prihvatanje koncepta menadžmenta znanja kao osnovne razvojne paradigme od strane zaposlenih.

Peto, organizaciona struktura zavisno od svojih karakteristika može olakšati ili otežati širenje znanja unutar organizacije. Kako je već navedeno, centralizacija po pravilu remeti motivaciju za povećanje nivoa primjene menadžmenta znanja. Hijerarhijske organizacione strukture usporavaju protok informacija, što takođe otežava razmjenu znanja i utiče negativno na nivo primjene menadžmenta znanja.

Sa druge strane, menadžment znanja takođe opredjeljuje izbor organizacionog dizajna. Najprije, viši nivo primjene menadžmenta znanja pretpostavlja da organizaciona struktura bude što fleksibilnija i „ravnija“. Potrebno je obezbijediti što kvalitetniju komunikaciju između članova organizacije. Organizacioni sistem treba da bude decentralizovan, ali umrežen i integrisan. Takođe, menadžment znanja podrazumijeva visok nivo međusobnog povjerenja i poštovanja unutar organizacije, tj. odgovarajući sistem vrijednosti determinisan organizacionom kulturom i organizacionom klimom.

Zdravstvo, kao i obrazovanje, oblasti su u kojima se ljudi, odnosno njihovo znanje, ne mogu supstituisati kapitalom, odnosno tehnologijom. Iz svega navedenog, jasno je da su menadžment znanja i organizacioni dizajn procesi među kojima postoji snažna zavisnost. Pored toga, komplementarnost menadžmenta znanja i organizacionog dizajna omogućava bolje organizacione performanse, i posljedično, na primjeru zdravstva, veći kvalitet zdravstvenih usluga.

3. U kojoj mjeri je menadžment znanja zastupljen u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori?

Nivo primjene menadžmenta znanja u zdravstvenim institucijama u Crnoj Gori mjeren je na osnovu upitnika (prilog A) na početnom uzorku od 135 članova zdravstvenih ustanova. Zatim je ispitivanje vršeno na dodatnom uzorku sačinjenom od članova Sindikata doktora medicine, koji su popunjavali isti upitnik. Konačno, sprovedeno je i kvalitativno istraživanje zasnovano na fokus grupama i intervjuima, u svrhu produbljivanja analize i kvalitetnijeg zaključivanja.

Rezultati osnovnog uzorka dali su prosječnu ocjenu primjene menadžmenta znanja 4.02. U centralnom regionu prosječna ocjena je bila 4.17, u sjevernom 4.11, a u južnom regionu 3.76. U javnim zdravstvenim ustanovama nivo primjene menadžmenta znanja bio je 4.06, dok je u privatnim isti pokazatelj iznosio 3.94.

Očekivane ali iznenađujuće velike razlike u ocjenama konstatovane su u uzorku članova Sindikata doktora medicine. Na bazi uzorka od 16 članova, ocjena nivoa primjene menadžmenta znanja bila je 2.03. To je tačno dvostruko niža ocjena od sumarnog pokazatelja na nivou javnih zdravstvenih ustanova.

Putem fokus grupa i intervjuja analizirane su i konkretne razlike u ocjenama, kao i uzroci. Polazeći od činjenice da se menadžment znanja temelji na znanju kao osnovnom resursu organizacije, a pod pretpostavkom da ljudi što više znaju, to više postaju svjesni koliko još prostora ima za učenje, zaključuje se da najviša ocjena menadžmenta znanja – 5, predstavlja ideal kojem treba stremiti. Sa druge strane, prosječna ocjena 4, uz pretpostavku samokritičnosti, mogla bi predstavljati skoro pa savršen sistem, odnosno – visok nivo primjene znanja u organizaciji, i svjesnost da je menadžment znanja proces, te da uvijek postoji prostor za poboljšanje. Međutim, da se za prosječnu ocjenu nivoa primjene menadžmenta znanja 4.02 može tvrditi da je previsoka (u skladu sa pretpostavkom o davanju društveno poželjnih odgovora od strane ispitanika koji su ujedno i rukovodioci), potvrđuju razlozi koji slijede.

Prvo, prosječna ocjena primjene menadžmenta znanja na osnovu popunjenih upitnika od strane ispitanika – članova Sindikata doktora medicine, iznosi 2.03. Samim tim, toliki nesklad u ocjenama ukazuje na precijenjenost nivoa primjene menadžmenta znanja.

Drugo, informatička infrastruktura i umreženost tehnologija dio su pretpostavki primjene menadžmenta znanja (pogotovo kroz faze čuvanja i razmjene znanja). Činjenično stanje je da crnogorski zdravstveni sistem još nije u odgovarajućoj mjeri informatički umrežen, na način da institucije mogu komunicirati i razmjenjivati podatke, porediti rezultate i sl. Konkretno, Klinički centar Crne Gore i specijalne bolnice još uvijek su izvan postojećeg informatičkog sistema. Samim tim, usljed neispunjenja bazičnih pretpostavki sistema menadžmenta znanja, može se konstatovati da nivo primjene koncepta menadžmenta znanja još uvijek nije na zadovoljavajućem nivou.

Treće, crnogorski zdravstveni sistem je iz organizaciono-pravne perspektive centralizovan. Odbor direktora može se obrazovati samo u Kliničkom centru i Institutu za javno zdravlje. Pored toga, kvantitativnom analizom je ustanovljeno da većina rukovodilaca zdravstvenih ustanova npr. ne raspolaže informacijom o visini imovine na osnovu bilansa stanja ili ne želi tu informaciju da podijeli (75.08% ispitanika). Kako je već dokazano, centralizacija negativno utiče na primjenu menadžmenta znanja, te je i to dodatni razlog da se zaključi da nivo primjene menadžmenta znanja nije na odgovarajućem nivou.

Četvrto, jedan od preduslova menadžmenta znanja jeste i pozitivna organizaciona klima, spremnost za promjene i nizak nivo tenzija. Međutim, istraživanje je pokazalo da i na polju organizacione klime postoji značajan prostor za poboljšanje, počev od finansijske motivacije zaposlenih, do kvaliteta komunikacije, međusobnog povjerenja i poštovanja, kao i zajedničkih vrijednosti.

Peto, visoke ocjene rukovodećeg osoblja o nivou primjene menadžmenta znanja ukazuju na nedovoljno razumijevanje samog koncepta od strane lidera zdravstvenih institucija, dok svi prethodno navedeni podaci ukazuju na potrebu jačanja menadžerskih i liderskih vještina čelnih ljudi u zdravstvenim institucijama.

Konačno, koncept menadžmenta znanja u zdravstvenim institucijama u Crnoj Gori prisutan je, ali je još uvijek u fazi povoja i bazira se na programima kontinuirane medicinske edukacije. Kontinuirana medicinska edukacija najzastupljenija je u okviru Kliničkog centra Crne Gore (Centar za nauku) i Instituta za javno zdravlje, koji je oformio posebnu organizacionu jedinicu koja se bavi ovim pitanjem. To je, matematičkim rječnikom kazano „potreban, ali ne i dovoljan uslov“ da bi primjena menadžmenta znanja mogla dati očekivane rezultate. Samim

tim, u svrhu unapređenja zdravstvenog sistema Crne Gore, potrebno je da u budućem periodu pitanje menadžmenta znanja zavrijedi veću pažnju kreatora politika iz oblasti zdravstva.

4. *Koliko se u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori vodi računa o potrebi permanentnog internog i eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna i transformacije organizacije u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga?*

Pod internim usklađivanjem elemenata organizacionog dizajna podrazumijeva se primjena multikontingencijskog pristupa organizacionom dizajnu u okviru zdravstvenih ustanova, odnosno usklađivanje elemenata poput veličine organizacije, tehnologije, ciljeva i strategije, organizacione kulture, stila liderstva i organizacione klime. Eksterno usklađivanje u konkretnom slučaju podrazumijeva balans u nivou kvaliteta zdravstvenih usluga po različitim regijama, kao i ravnotežu između kvaliteta javnih i privatnih zdravstvenih ustanova. Pored toga, uvažavajući činjenicu da je zdravstvena djelatnost od opšteg društvenog interesa, eksterno usklađivanje podrazumijeva i odgovarajuću interakciju zdravstvenog sistema sa okruženjem.

Analiza je pokazala da je u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori potrebno obratiti veću pažnju na permanentno interno i eksterno usklađivanje elemenata organizacionog dizajna. Na to ukazuju činjenice koje slijede.

Prvo, osnov za postizanje uspjeha jeste smanjenje unutrašnje dezintegracije (što se postiže međusobnim povjerenjem i poštovanjem, te pozitivnom organizacionom klimom i zajedničkim vrijednostima članova organizacije). Kako je već predstavljeno u trećem dijelu rada, među članovima zdravstvenih ustanova postoje statistički značajne razlike u percepciji organizacione klime, kulture, zajedničkih vrijednosti i stila liderstva. Kada se na to doda nedovoljna finansijska motivacija zaposlenih, nerijetko i preopterećenost ljekara, a u nekoliko slučajeva čak i međusobni sukobi ljekara, zaključuje se da problem unutrašnje integracije kolektiva treba da bude u većem fokusu menadžmenta zdravstvenih institucija u Crnoj Gori.

Drugo, interna neusklađenost posljedično nameće i eksternu neusklađenost. Eksterno usklađivanje znači spoljašnju integraciju (usklađivanje sa potrebama tržišta). Međutim, kako je predstavljeno u trećem dijelu, postoje bitna percepcijska mimoilaženja rukovodilaca zdravstvenih ustanova i pacijenata (npr. članovi javnih zdravstvenih ustanova smatraju da je kvalitet usluga koje oni nude viši u odnosu na kvalitet usluga privatnih zdravstvenih

ustanova, dok građani misle bitno drugačije). Pored toga, kontinuirano nezadovoljstvo ljekara, o kojem se govori i putem medija, dodatni je razlog za brigu pacijenata u vezi sa posvećenošću ljekara njihovim zdravstvenim problemima. Samim tim, javlja se i problem korupcije (što je detaljnije predstavljeno u dijelu 3.3.4). Svega 5% građana smatra da uopšte nema korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore, dok je sigurnost u njeno prisustvo izrazilo čak 41.8% stanovništva. Uz sve navedeno, prema svjedočenju predstavnika Sindikata doktora medicine, u posljednje četiri godine zabilježeno je 90 napada na ljekare u Crnoj Gori, uz povećan trend u prethodne dvije godine, što dodatno ukazuje na neadekvatno eksterno usklađivanje elemenata organizacionog dizajna.

Treće, važno je istaći i da postoje razlike u percepciji kvaliteta zdravstvenih usluga posmatrano po različitim regijama, kao i razlike u nivou primjene menadžmenta znanja i njegovoj efektivnosti. Na sličan način bilježe se i razlike između javnih i privatnih zdravstvenih ustanova u pogledu percepcije kvaliteta od strane pacijenata, kao i u pogledu percepcije kvaliteta menadžmenta od strane rukovodilaca (što je detaljno prikazano u trećem dijelu).

Četvrto, visoka centralizacija sistema dovodi do smanjenja fleksibilnosti i slabije otpornosti sistema na promjene. Sa druge strane, savremeni biznis ambijent nameće potrebu brze reakcije na dešavanja iz okruženja i kontinuirano usklađivanje. Kako je ustanovljeno u dijelu 3.2.2, jedinice lokalne samouprave nedovoljno su uključene u upravljanje zdravstvenim ustanovama, a zdravstvo kao djelatnost od opšteg interesa podrazumijeva veću uključenost kompletne društvene zajednice u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga.

Peto, istraživanje je pokazalo i nedovoljan stepen saradnje između različitih zdravstvenih ustanova. Samim tim, Strategijom za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata za period 2019–2023. Ministarstva zdravlja Crne Gore, dodatno je fokusirano pitanje poboljšanja sistema integrisanog upravljanja kvalitetom, zasnovano na kontinuiranom unapređenju sistema i sistemskoj integraciji. Strategijom su obuhvaćeni ključni indikatori kvaliteta i to „efektivnost – u smislu poboljšanja zdravstvenih ishoda, bezbjednost, prikladnost, usmjerenost na pacijenta, efikasnost i jednakost“ (Strategija za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite, 2019). Strategijom je prepoznato da su koordinacija, saradnja i kontinuitet na svim nivoima pružanja zdravstvene zaštite preduslov podizanja kvaliteta zdravstvenih usluga.

Šesto, pretpostavka usklađivanja elemenata organizacionog dizajna podrazumijeva i njihovo kontinuirano praćenje, kako bi se stvorila kvalitetna informaciona osnova za odlučivanje. Usljed već konstatovanih manjkavosti kako informacionog sistema tako i pravilnika za (pr)ocjenu kvaliteta zdravstvenih usluga, potrebno je dodatno raditi na izgradnji sistema upravljanja kvalitetom. To je i prepoznato Strategijom za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite (2019), kojom je predviđeno uspostavljanje nacionalnog tijela za kvalitet u zdravstvu i formalne strukture za upravljanje kvalitetom u zdravstvenim ustanovama.

Navedeni razlozi upućuju na zaključak da je u budućnosti potreban veći fokus na potrebu permanentnog internog i eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga.

Pored odgovora na istraživačka pitanja, ova studija je usmjeravana na način da se dobiju naučno fundirani zaključci u vezi sa postavljenim osnovnim hipotezama rada.

H1: Veća zastupljenost i primjena menadžmenta znanja u organizaciji utiče na povećanje kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija.

Na bazi kvantitativne analize koja je detaljno predstavljena u dijelu 3.4.1, potvrđena je hipoteza da veća zastupljenost i primjena menadžmenta znanja u organizaciji utiče na povećanje kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija.

Konkretno, uticaj većeg nivoa primjene menadžmenta znanja pozitivno se odražava na efektivnost menadžmenta znanja mjerenu unapređenjem međusobne saradnje, nivoom fleksibilnosti i spremnosti organizacije za učenje, kvalitetom komunikacije i organizacionim performansama. Na bazi modela strukturnih jednačina utvrđeno je da nivo primjene menadžmenta znanja doprinosi efektivnosti menadžmenta znanja i kvalitetu zdravstvenih usluga (u slučaju nepromijenjenih ostalih faktora) za 0.380 (38.0%), uz statističku značajnost na nivou većem od 99% ($p = 0.001$). Pored ove analize, zasnovane na uzorku od 135 članova zdravstvenih ustanova (96 iz javnih i 39 iz privatnih), provjera hipoteze uslijedila je i na dodatnom uzorku od 16 članova Sindikata doktora medicine (što je detaljnije prikazano u dijelu 3.4.2). Na osnovu tog uzorka takođe je ustanovljen visok stepen korelacije ($r = 0.788$) između nivoa primjene menadžmenta znanja i efektivnosti menadžmenta znanja, odnosno kvaliteta zdravstvenih usluga. Ova korelacija je statistički značajna

($p < 0.01$). Uz to, na bazi regresione analize utvrđeno je da nivo primjene menadžmenta znanja objašnjava 64.5% varijanse efektivnosti menadžmenta znanja, odnosno kvaliteta zdravstvenih usluga (što je veći rezultat nego na osnovnom uzorku – 26.2%). Konkretno, porast nivoa primjene menadžmenta znanja za jednu jedinicu uslovio bi porast kvaliteta zdravstvenih usluga za 0.803 jedinice (na osnovnom uzorku je utvrđeno da bi rast bio 0.512 jedinice). I ova zavisnost je statistički značajna ($p < 0.05$).

Nakon kvantitativne analize, u sklopu mješovitog modela istraživanja, sprovedena je i kvalitativna analiza putem intervjua i fokus grupa. I ovaj vid analize utvrdio je jasnu i snažnu pozitivnu korelaciju između primjene menadžmenta znanja i kvaliteta zdravstvenih usluga.

H2: Rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na internom i eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija.

Organizacija kojoj je dominantno strateško usmjerenje efektivnost, najčešće je jedan od inicijatora promjena na tržištu. Sa druge strane, dominantna usmjerenost na efikasnost obično znači prilagođavanje promjenama okruženja. Međutim, savremeni biznis ambijent, nezavisno od strateškog usmjerenja organizacije, traži kontinuitet promjena. Kao što se znanje množi velikom brzinom, tako primjena novih znanja uzrokuje stalne promjene. Te promjene traže interno i eksterno usklađivanje elemenata organizacionog dizajna. Organizacije koje se ne mijenjaju, ne rastu i ne razvijaju se. U savremenim uslovima poslovanja to najčešće znači i bitno ugrožen opstanak organizacije.

Na bazi ovog istraživanja, korišćenjem kombinovanog kvantitativnog i kvalitativnog metoda istraživanja, zaključeno je da rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na internom i eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija, čime je potvrđena postavljena hipoteza.

U nastavku će biti prezentovani konkretni pokazatelji koji dokazuju da rekonfiguracija organizacionog modela, uz usklađivanje elemenata organizacionog dizajna, rezultira povećanim kvalitetom usluga zdravstvenih organizacija.

Prvo, *kaizen* metodologija, na kojoj je baziran uspjeh velikog broja kompanija širom svijeta, ukazuje na potrebu da svakog dana, u kontinuitetu, treba raditi na inkrementalnim

poboljšanjima unutar organizacije, odnosno rekonfiguraciji organizacionog modela. Ova metodologija polazi od pretpostavke „ako ne napredujemo, onda nazadujemo“. Riječ je o filozofiji koja podrazumijeva kritički pristup sopstvenim aktivnostima, u svrhu preispitivanja njihovog kvaliteta i konstantnog traženja načina za njihovo poboljšanje. Kao što svaki čovjek dodatnim radom na sebi može biti bolji, tako može i organizacija. Potrebno je izgraditi svijest među članovima organizacije da „u uvijek može bolje“, te da se stalno tome teži. Naravno, ovo ne znači da članovi organizacije usljed svjesnosti da uvijek može bolje treba da budu nezadovoljni stanjem. Naprotiv, potrebno je da budu motivisani da u datim okolnostima uvijek pružaju najbolje od sebe i da na temelju zadovoljstva trenutnim postignućem teže višim ciljevima i poboljšanju. Samim tim, stvoriće pogodno okruženje i pozitivnu organizacionu klimu koja će paralelno doprinijeti smanjenju unutrašnje dezintegracije članova kolektiva i povećanju spoljašnje integracije, što je u skladu sa formulom uspješnosti svake organizacije zasnovanoj na Adižesovoj filozofiji, detaljnije objašnjenoj u prvom dijelu rada.

Drugo, unutar zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori, na bazi analize rezultata koja je data u trećem dijelu rada, postoje brojni načini za interno usklađivanje elemenata organizacionog dizajna u svrhu poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga. Kako je već istaknuto, promjene su neminovnost, a sa promjenom ciljeva, nužna je i promjena strategija. Promjena strategije usloviće promjenu organizacione strukture, što posljedično, na osnovu teorije multikontigencije, koja je detaljnije objašnjena u prvom dijelu rada, upućuje na potrebu permanentnog internog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna u svrhu povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga. Najprije, unutrašnja integracija sistema, pozitivna organizaciona klima i stil liderstva u funkciji zajedničkih vrijednosti članova kolektiva pozitivno se odražavaju na organizacione performanse. Zatim, krupne razlike u percepciji kvaliteta menadžmenta između rukovodilaca i zaposlenih (detaljno predstavljene u trećem dijelu) negativno utiču na motivaciju zaposlenih i njihov kvalitet komunikacije sa rukovodstvom. Iz tog razloga, prevazilaženje tih razlika zasnovano na konstruktivnom dijalogu, transparentnosti i stvaranju povjerenja, pozitivno će se odraziti na kvalitet zdravstvenih usluga. Veća strateška usmjerenost na efektivnost, uz težnju ka decentralizaciji sistema, rezultiraće povećanom fleksibilnošću organizacije, većom motivacijom zaposlenih i većim mogućnostima za primjenu menadžmenta znanja, što sve skupa vodi poboljšanju kvaliteta zdravstvenih usluga.

Treće, pored internog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna, postoji i značajan prostor da se kroz eksterno usklađivanje elemenata organizacionog dizajna doprinese kvalitetu zdravstvenih usluga u Crnoj Gori. Veća strateška usmjerenost ka efektivnosti i tržištu može doprinijeti boljem sagledavanju potreba pacijenata, i samim tim kreiranju boljih odgovora za njihovo zadovoljenje. Razvoj integrisanog zdravstvenog informacionog sistema i umreženost ključnih stakeholdera pretpostavka je razvoja adekvatnog upravljanja kvalitetom zdravstvenih usluga. Kao ključni stakeholderi u ovom domenu mogu se izdvojiti: „Ministarstvo zdravlja, Komisija za unapređenje kvaliteta i bezbjednosti zdravstvene zaštite, Institut za javno zdravlje, Komisije za kontrolu kvaliteta u svim zdravstvenim ustanovama, menadžeri zdravstvenih ustanova i Svjetska zdravstvena organizacija“ (Strategija za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite, 2019), ali i Vlada Crne Gore, jedinice lokalne samouprave, građani, kao i mediji. Unapređenje kvaliteta zdravstvenih usluga zahtijeva holistički pristup i menadžment zasnovan na povjerenju (Weilandt, 2018), koji podrazumijeva aktivno učešće šire zajednice. Usklađivanje sistema motivacije zaposlenih, organizacione strukture i organizacione kulture uticaće na smanjenje korupcije u zdravstvenom sistemu, što takođe utiče na bolji kvalitet zdravstvenih usluga, zasnovan na standardizaciji operativnih procedura i formalizaciji procesa pružanja usluga. Važnost zdravstva ogleda se i kroz njegov uticaj na druge privredne djelatnosti. Na primjer, kvalitet zdravstva bitno utiče i na kvalitet turističke ponude. Samim tim, potrebno je voditi računa o usklađivanju kvaliteta zdravstvenih usluga sa očekivanjima turista i njihovim preferencijama, uvažavajući činjenicu da je Crna Gora okrenutost turizmu izabrala kao jedan od strateških pravaca razvoja. U tom kontekstu, moglo bi se razmišljati i o zdravstvenom turizmu kao jednom od važnih segmenata usklađivanja sa okruženjem. Statistički značajne razlike u percepciji kvaliteta zdravstvenih usluga po regijama i/ili između javnih i privatnih zdravstvenih ustanova dodatno ukazuju na potrebu eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna. Stalno praćenje kvaliteta omogućava primjenu benčmarking metoda, odnosno korišćenje najboljih praksi u svrhu standardizacije i unapređenja kvaliteta na nivou sistema. Eksterno usklađivanje elemenata organizacionog dizajna uključuje i dodatno sagledavanje okruženja. Konkretno, Crna Gora je u procesu pristupanja Evropskoj uniji. Njeno članstvo moglo bi uticati na povećanu migraciju zdravstvenih radnika u zemlje Evropske unije. Samim tim, potrebno je kroz sagledavanje šireg okruženja voditi računa o tome da

se kreira odgovarajući organizacioni dizajn koji će spriječiti eventualne negativne posljedice proaktivnim djelovanjem. Konačno, važno je da organizacioni dizajn bude usklađen i sa pravnim okvirom države. U tom kontekstu donošenje Zakona o javno-privatnom partnerstvu može doprinijeti većim mogućnostima konfiguracije organizacionog dizajna kroz povezivanje privatnog i javnog sektora na temelju zajedničkih interesa. Sinergijski efekti zasnovani na investicionoj ulozi privatnog sektora i njihovoj efikasnosti poslovanja sa jedne i kontrolnoj ulozi javnog sektora sa druge strane, mogu doprinijeti povećanom kvalitetu zdravstvenih usluga.

Na bazi svega navedenog potvrđena je i hipoteza da rekonfiguracija organizacionog modela zasnovana na internom i eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija.

4.2. Teorijski doprinos

Teorijski doprinos ovog istraživanja je višestruk. Prvo, njegov konkretan istraživački model ukazuje na vezu menadžmenta znanja i organizacionog dizajna sa kvalitetom usluga zdravstvenih organizacija. Pored toga, model istraživanja je testiran i validiran na osnovu primarnih podataka, te time doprinosi širem razumijevanju faktora koji determinišu kvalitet zdravstvene zaštite pacijenata u savremenim uslovima poslovanja. Zatim, bogatstvo različitih naučnih pristupa i prikupljenih podataka doprinosi proširivanju naučnih spoznaja iz područja menadžmenta znanja i organizacionog dizajna sa primjenom u sektoru zdravstva. Posebno vrijedan doprinos jeste i interdisciplinarni pristup istraživanju, koji uključuje makroekonomsku dimenziju, pozitivno-pravnu dimenziju, organizaciono-pravni i menadžment aspekt posmatranih fenomena (menadžmenta znanja i organizacionog dizajna). Samim tim, doprinosi se potpunijem sagledavanju ovih menadžerskih i organizacionih aspekata u zdravstvenom sistemu Crne Gore, te pruža najviše mogućnosti za razumijevanje njihove suštine. Pored svega navedenog, ovo istraživanje pruža kritičku analizu pregleda literature o menadžmentu znanja i organizacionom dizajnu, čime može poslužiti kao aktuelna informaciona osnova drugim istraživačima predmetne oblasti. U prvom dijelu dat je pregled literature o menadžmentu znanja, uključujući čak 27 tehnika koje omogućavaju pri-

mjenu ovog koncepta u savremenim organizacijama. Drugi dio pregleda literature uključuje razmatranje bitnih organizacionih aspekata kroz prizmu internih i eksternih faktora organizacionog dizajna, uokvirenih multikontigencijskim pristupom projektovanju organizacije. Rezultati istraživanja doprinose širem razumijevanju i prihvatanju primjene menadžmenta znanja, uz adekvatnu konfiguraciju dizajna organizacija u zdravstvu. Konačno, obim istraživanja i dobijeni rezultati otvaraju prostor za nove ideje i testiranje novih relacija između teorijskih determinanti osnovnih konstrukata istraživanja.

4.3. Metodološki doprinos

Metodološki doprinos može se predstaviti na tri načina. Prvo, specifičan dizajn istraživanja, kojim se tretiraju tri ključna konstrukta (menadžment znanja, organizacioni dizajn i kvalitet zdravstvenih usluga) doprinosi kvalitetnijem sagledavanju proučavanog fenomena. Većina prethodnih istraživanja o menadžmentu znanja i organizacionom dizajnu dominantno se oslanjala na kvalitativne metode istraživanja i studije slučajeva. Ovo istraživanje je jedinstveno zbog prilagođavanja razvijenih metodoloških instrumenata zdravstvenim organizacijama. Razvijen je novi pristup proučavanju menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, kroz kombinaciju kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja uz primjenu metoda triangulacije. Drugo, kombinovanje kvantitativnog i kvalitativnog pristupa istraživanju stvara jedan od najzahtjevnijih metodoloških obrazaca, koji kombinuje pozitivne strane kvantitativnog i kvalitativnog pristupa, ali traži i detaljno poznavanje metodologije od strane istraživača. Iz tog razloga sačinjen je detaljan opis modela istraživanja i korišćenih naučnoistraživačkih metoda, zasnovan na preko 100 savremenih izvora literature koji isključivo tretiraju domen metodologije društvenih nauka. Pored toga, vrijedan metodološki doprinos jeste i bogatstvo priloga sa konkretnim primjerima primjene različitih metoda istraživanja, koji može podstaći i druge istraživače da u svojim istraživanjima primijene mješoviti model istraživanja, ali i pomoći im da na jednostavan način razumiju složenu strukturu istraživačkog protokola. Treće, triangulacija podataka zasnovana na različitim izvorima informacija, počev od donosilaca odluka o strateškim pitanjima iz oblasti zdravstva, preko zaposlenih u zdravstvenim institucijama i članova Sindikata doktora medicine, do samih korisnika usluga, ukazuje na holistički istraživački

pristup, koji daje osnov za donošenje naučno validnih zaključaka. U tom smislu, ovakav pristup može poslužiti kao primjer za buduća istraživanja u oblasti zdravstva.

4.4. Praktični doprinos

○ Praktični doprinos ovog istraživanja ogleda se u sagledavanju nivoa primjene menadžmenta znanja i organizacionog dizajna zdravstvenog sistema kao pretpostavki kvaliteta zdravstvenih usluga. Obim istraživačkog dijela rada i dobijeni rezultati mogu biti od pomoći donosiocima odluka u zdravstvenom sistemu Crne Gore u svrhu kreiranja boljih organizacionih performansi i povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga. Konkretno, Strategijom za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata za period 2019–2023, Ministarstvo zdravlja je definisalo nekoliko pravaca sistemskog djelovanja, i to: „ (...) obezbjeđenje uslova za zadovoljnijeg zdravstvenog radnika, upoređivanje zdravstvenih ustanova u pogledu kvaliteta zdravstvenih usluga, obezbjeđivanje ujednačenog kvaliteta zdravstvenih usluga i bezbjednosti svih pacijenata, sticanje povjerenja pacijenata (...)” i dr. Gotovo u svakom navedenom segmentu ova studija može pružiti pouzdan osnov za izradu akcionih planova u okviru perioda za koji je donešena Strategija, ali i budućih.

Prvo, istraživanje jasno ukazuje na (ne)zadovoljstvo zdravstvenih radnika, izraženo kroz organizacionu klimu, koja je tretirana kao zasebna istraživačka cjelina u ovom radu. Poseban praktični doprinos u ovom segmentu ogleda se u detaljnoj analizi percepcije zadovoljstva zaposlenih zdravstvenih radnika, i to kroz više nezavisnih uzoraka, što pruža mogućnost objektivnog sagledavanja situacije u tom domenu.

Drugo, ovaj rad pruža komparativnu analizu kvaliteta usluga zdravstvenih ustanova, kako javnih tako i privatnih, što pruža mogućnost sagledavanja razlika, koje bi na nivou sistema trebalo svesti na najmanju moguću mjeru.

Treće, rezultati studije su prezentovani posebno i u odnosu na tri regije (centar, sjever, jug), što pruža mogućnost upoređivanja kvaliteta i po regijama u kojim zdravstvene ustanove obavljaju svoju djelatnost.

Četvrto, prezentovani podaci istraživanja prema tipu svojine i regiji pružaju osnov za obezbjeđivanje ujednačenog kvaliteta usluga zdravstvenih ustanova kao posebnog cilja definisanog Strategijom.

Peto, podaci istraživanja o percepciji kvaliteta zdravstvenih usluga, sprovedenog među građanima, pružaju osnov za unapređenje efektivnosti zdravstvenog sistema, jačanje eksterne strateške orijentacije i pažljivo sprovođenje procesa decentralizacije sistema.

Šesto, rezultati koji se tiču ambijentalnih determinanti zdravstvenog sistema temelj su za adekvatno strateško usmjerenje institucija sistema u pogledu preventivnih aktivnosti na polju očuvanja zdravlja i promocije odgovarajuće zdravstvene kulture.

Sedmo, uporedna analiza percepcije menadžmenta zdravstvenih ustanova, članova Sindikata doktora medicine i građana pruža mogućnost za usklađivanje strateškog djelovanja i identifikaciju ključnih problema na polju organizacione kulture i zajedničkih vrijednosti.

Osmo, obim studije i detaljno predstavljena metodologija pružaju osnov za praćenje svih posmatranih indikatora u narednom periodu, na bazi nastavka istraživanja (longitudinalnog karaktera).

Deveto, tokom samog učešća u istraživanju, oko 2,000 ispitanika imalo je priliku da se upozna sa problemom ovog istraživanja i korišćenom metodologijom, što je samo po sebi od značaja za jačanje povjerenja u zdravstveni sistem Crne Gore, kako zaposlenih zdravstvenih radnika tako i cjelokupne javnosti.

Deseto, kroz ovo istraživanje ukazuje se na praktične mogućnosti jačanja primjene menadžmenta znanja, ali i objašnjava njegova uloga u procesu organizacionog dizajna, sa teorijskog i praktičnog aspekta, što predstavlja argument više donosiocima odluka za odlučnije okretanje ovom konceptu na nivou zdravstvenog sistema.

Jedanaesto, ovo istraživanje doprinosi, na sinergiji zasnovanoj, snažnijoj integraciji i saradnji akademske zajednice i zdravstvenih institucija u pravcu kontinuiranog unapređenja zdravstvenog sistema Crne Gore.

4.5.

Ograničenja istraživanja

• Prilikom tumačenja rezultata ovog istraživanja potrebno je imati na umu i određena ograničenja studije.

Prvo, nedostatak konkretnih objektivnih podataka (u istraživanjem obuhvaćenim zdravstvenim ustanovama) o kvalitetu zdravstvenih usluga, shodno pravilima evaluacije i mo-

monitoringa zdravstvene zaštite. Razlog nemogućnosti prikupljanja navedenih podataka jeste nepostojanje adekvatne softverske infrastrukture zdravstvenog sistema koja bi omogućila njihovo čuvanje, skladištenje i analizu kroz različite nivoe agregacije. Zbog toga je istraživanje o kvalitetu zdravstvenih usluga dominantno zasnovano na perceptivnim upitnicima (koji su dati u prilogu rada – A i B), što je bio i jedini način da se ovaj istraživački segment studije realizuje.

Drugo, uvažavajući (ograničeni) vremenski okvir studije i strukturu ispitanika (po jedan član uprave, lekar i medicinski tehničar iz svake zdravstvene ustanove), podrška Ministarstva zdravlja u procesu istraživanja bila je veoma važna kako bi istraživanje moglo biti realizovano u skladu sa planiranom dinamikom istraživačkih aktivnosti. Ipak, posrednička uloga Ministarstva zdravlja, u smislu informisanja ispitanika iz ustanova o značaju istraživanja, otvara prostor za sumnju u dobijanje društveno prihvatljivih odgovora, što takođe predstavlja jedno od ograničenja studije. Testiranje pristrasnosti dobijenih ocjena i tretman ovog ograničenja zasnovani su na dodatnom uzorku, koji je uključivao članove Sindikata doktora medicine. Takođe, prije donošenja konačne ocjene o važnim parametrima istraživačkog modela, u skladu sa predviđenom metodologijom kombinovanog kvantitativnog i kvalitativnog modela istraživanja, nakon kvantitativnog istraživanja, realizovani su i intervjui, kao i fokus grupe, kao kvalitativne istraživačke tehnike, što je skupa omogućilo triangulaciju podataka u svrhu dobijanja objektivnijih zaključaka.

Treće, istraživanjem nijesu obuhvaćene sve zdravstvene organizacije u Crnoj Gori. Ta činjenica nalaže oprez u tumačenju rezultata i njihovoj generalizaciji. Međutim, o reprezentativnosti uzorka (po pitanju izabranih institucija koje su obuhvaćene analizom) i te kako se vodilo računa na način što su obuhvaćene gotovo sve javne zdravstvene ustanove (svi domovi zdravlja, sve opšte i specijalne bolnice, dva zdravstvena instituta, Klinički centar Crne Gore i Zavod za hitnu medicinsku pomoć), kao i veliki broj privatnih – uključujući sve privatne zdravstvene ustanove koje su dio zdravstvene mreže, shodno Odluci o mreži zdravstvenih ustanova (2018).

Četvrto, broj ispitanika u svakoj zdravstvenoj ustanovi (po tri ispitanika – član uprave, lekar i medicinski tehničar) nije proporcionalan veličini zdravstvene ustanove. Ovo je posebno uočljivo na primjeru Kliničkog centra, kao najveće zdravstvene institucije u Crnoj

Gori, koja zapošljava preko 25% od ukupnog broja zaposlenih u zdravstvenom sistemu države. Međutim, s obzirom na to da je u svakoj instituciji za pitanja menadžmenta znanja i organizacionog dizajna nadležan top-menadžment, te uzimajući u obzir činjenicu da različita veličina organizacije zahtijeva i različit pristup u skladu sa teorijom kontigencije, veličina institucije nije se uzimala kao opredjeljujući faktor prilikom kvantitativne analize podataka. Zato su prosječne ocjene računate metodom proste aritmetičke sredine, bez ponderisanja u odnosu na broj zaposlenih. Tome je dodatno doprinijela i činjenica da su ovim istraživanjem podaci prezentovani na nivou zdravstvenog sistema kao cjeline, po regijama ili prema tipu svojine, a ne u odnosu na pojedinačne ustanove.

Peto, istraživanjem nije predstavljena analiza rezultata pojedinačno po ustanovama, analiza razlika u percepciji posmatranih pojava između članova uprave, ljekara i medicinskih tehničara, kao ni posebno predstavljanje primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite. Razlog za izostavljanje ovakvog vida agregiranja podataka krije se u mogućnosti narušavanja etičke dimenzije istraživanja. Usljed činjenice da određene privatne zdravstvene ustanove imaju po svega nekoliko zaposlenih, to bi drugačiji načini agregiranja podataka mogli narušiti anonimnost ispitanika. Ipak, uvažavajući činjenicu da je riječ o pionirskom poduhvatu istraživanja menadžmenta znanja u zdravstvenom sistemu Crne Gore, prezentovanje rezultata na način kako je to urađeno u ovoj doktorskoj disertaciji pruža prostor za eventualna dodatna buduća istraživanja u ovoj oblasti.

Šesto, uzorak članova Sindikata doktora medicine obuhvata samo ljekare koji su dio javnih zdravstvenih ustanova, ne i ljekare iz privatnih zdravstvenih ustanova. Samim tim nije bilo moguće analizirati razlike rezultata iz dva nezavisna uzorka, na primjeru privatnih zdravstvenih ustanova.

4.6.

Buduća istraživanja

- Multidimenzionalnost osnovnih konstrukata istraživanja menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, u kombinaciji sa vremenskim ograničenjima istraživanja i kompleksnošću zdravstvenog sistema, tražila je istraživačevu racionalnost u smislu izbjegavanja mjerenja pojedinačnih relacija između determinanti menadžmenta znanja i/ili organizacionog dizajna sa jedne i determinanti kvaliteta zdravstvenih usluga, sa druge strane.

Samim tim, otvara se prostor za brojna dodatna istraživanja: na primjer, mjerenja uticaja organizacionih determinanti, kao što su strategija, struktura, kultura, klima, liderstvo ili neki od oblika organizacione infrastrukture (menadžerska, tehnološka i socijalna) na determinante kvaliteta zdravstvenih usluga poput intenziteta i kvaliteta međusobne saradnje zaposlenih u zdravstvenom sistemu, nivoa fleksibilnosti i spremnosti za učenje, kvaliteta komunikacije unutar zdravstvenih institucija, posvećenosti i ljubaznosti osoblja, znanja ljekara, vremena čekanja na pregled ili cijene usluge. Takođe, s obzirom na činjenicu da je bavljenje pitanjima menadžmenta znanja i organizacionog dizajna proces, a ne trenutno stanje, to u skladu sa multikontigencijskim pristupom u kontinuitetu treba pratiti kretanje različitih organizacionih varijabli. Kako je već objašnjeno, multikontigencijski pristup organizacionom dizajnu upućuje na činjenicu da promjena jedne varijable, poput promjene u liderstvu, strategiji, veličini organizacije ili sl., zahtijeva čitav niz usklađivanja elemenata u svrhu optimalnog korišćenja performansi. Samim tim, ponovnim tretmanom konstrukata ovog istraživanja mogli bi se na bazi longitudinalnog istraživačkog pristupa dobiti vrijedni zaključci o promjenama unutar zdravstvenog sistema, te samim tim vršiti istraživanja o faktorima koji su ih uzrokovali, i u konačnom donositi bolje menadžment odluke. Na kraju, sva identifikovana ograničenja iz prethodnog poglavlja u budućnosti mogu biti tretirana kao izazov i testirana dodatnim specifičnim istraživanjima u ovoj oblasti.



ZAKLJUČAK

Istraživanje koje je predmet ove doktorske disertacije obuhvatilo je analizu menadžmenta znanja i organizacionog dizajna zdravstvenog sistema u Crnoj Gori. Studija je zasnovana na sekvencijalnom dizajnu kombinovanog (kvantitativnog i kvalitativnog) metoda istraživanja. U svrhu postizanja ciljeva istraživanja, kao i dobijanja odgovora na osnovna istraživačka pitanja i hipoteze, razvijen je empirijski model koji kombinuje tri osnovna istraživačka konstrukta – menadžment znanja, organizacioni dizajn i kvalitet zdravstvenih usluga. Analizom bogatog seta kvantitativnih i kvalitativnih podataka, prikupljenih na osnovu upitnika, ali i putem intervjua i fokus grupa, došlo se do značajnih saznanja koja mogu biti od koristi ne samo u teorijskoj ravni već i u pogledu mogućnosti praktičnog djelovanja u svrhu poboljšanja funkcionisanja zdravstvenog sistema Crne Gore. Model je testiran korišćenjem velikog broja kvantitativnih i kvalitativnih metoda i kompatibilan je sa većinom dosadašnjih modela razvijenih u području menadžmenta znanja i organizacionog dizajna. Primjenom razvijenog modela moguće je uticati na povećanje nivoa kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija.

Na bazi istog, došlo se do odgovora na sva četiri istraživačka pitanja, potvrde dvije osnovne hipoteze istraživanja, ali i ostvarivanja svih specifičnih ciljeva istraživanja.

Konkretno, menadžment znanja i organizacioni dizajn bitno utiču na kvalitet zdravstvenih usluga. Utvrđena je međuslovljenost menadžmenta znanja i organizacionog dizajna, u smislu da nivo primjene menadžmenta znanja opredjeljuje i izbor odgovarajućih – podržavajućih elemenata organizacionog dizajna, ali i organizacioni dizajn kroz usklađenost njegovih elemenata utiče na kvalitet primjene menadžmenta znanja. Formalizacija (kao strukturna komponenta organizacionog dizajna) u smislu poštovanja pravila, procedura i standardizacije ponašanja u pružanju zdravstvenih usluga, pozitivno utiče na nivo primjene menadžmenta znanja. Sa druge strane, utvrđena je negativna korelacija između centralizacije i primjene menadžmenta znanja u funkciji efektivnosti, odnosno povećanja kvaliteta zdravstvenih usluga.

Menadžment znanja predstavlja najvažniji izvor rasta efikasnosti i efektivnosti savremenih organizacija, pogotovo u zemljama u razvoju koje se suočavaju sa ograničenim resursima.

Primjena sistema menadžmenta znanja u crnogorskom zdravstvu još uvijek je u početnoj fazi, te samim tim u budućem periodu treba dodatno raditi na razvoju ovog područja. Trenutno, ona se bazira na sistemu kontinuirane medicinske edukacije. Ova praksa se jeste pokazala kao pozitivna, ali je potrebno njeno snaženje i razvijanje kako bi i koristi od njene primjene bile značajnije. Unutar zdravstvenog sistema Crne Gore posebno je važno unaprijediti kvalitet informacionog sistema u svrhu podrške odlučivanju i razvoju sistema menadžmenta znanja. Kvalitetan i integrisan informacioni sistem obezbijedio bi veće mogućnosti za kreiranje, čuvanje, razmjenu, ali i primjenu znanja. No, pored odgovarajuće tehnološke, odnosno softverske infrastrukture, za kvalitet primjene modela menadžmenta znanja veoma je važno (iz)graditi odgovarajuću socijalnu infrastrukturu, odnosno sistem veza i odnosa između stejkholdera zdravstvenog sistema koji će biti podržavajući prema primjeni modela menadžmenta znanja. Povećanje kvaliteta zdravstvenih usluga primjenom menadžmenta znanja odražava se kroz poboljšanu komunikaciju i kvalitetnije odnose između stejkholdera, unapređenje saradnje između zaposlenih u zdravstvenom sektoru, viši nivo fleksibilnosti i spremnosti za učenje i poboljšane organizacione performanse.

Razvoj sistema menadžmenta znanja u crnogorskom zdravstvu pretpostavlja i rekonfiguraciju organizacionog modela. Rekonfiguracija organizacionog modela zdravstvenog sistema zasnovana na internom i eksternom usklađivanju elemenata organizacionog dizajna vodi ka povećanom kvalitetu usluga zdravstvenih organizacija. Analiza je pokazala da je u zdravstvenim organizacijama u Crnoj Gori potrebno obratiti veću pažnju na potrebu permanentnog internog i eksternog usklađivanja elemenata organizacionog dizajna (veličina organizacije, tehnologija, ciljevi, strategije, organizaciona kultura, stil liderstva i organizaciona klima). Neophodno je raditi na prevazilaženju krupnih razlika u percepciji kvaliteta menadžmenta između rukovodilaca i zaposlenih (top-menadžment kvalitet svog djelovanja ocjenjuje znatno višim ocjenama nego što to čine zaposleni na nižim hijerarhijskim nivoima). Iz organizaciono-pravne perspektive, zdravstveni sistem je centralizovan, što se negativno odražava na primjenu menadžmenta znanja, motivaciju zaposlenih i organizacionu fleksibilnost. Potrebno je više se fokusirati na izgradnju zadovoljstva zdravstvenih radnika, kao i izgradnju fleksibilnijeg, decentralizovanog sistema, sa svrhom povećanja povjerenja korisnika zdravstvenih usluga u zdravstvene institucije. Posebno je

važno usmjeriti napore menadžmenta zdravstvenih ustanova na smanjenje unutrašnje dezintegracije crnogorskog zdravstvenog sistema kako bi se uspostavio sistem međusobnog povjerenja i poštovanja, koji kroz pozitivnu organizacionu klimu i zajedničke vrijednosti može biti temelj za veći fokus na efektivnost kao sve bitnije eksterno strateško usmjerenje. Izgradnja zajedničkih vrijednosti kao centralne tačke organizacionog dizajna, usklađivanje sistema motivacije zaposlenih, organizacione strukture i organizacione kulture uticaće na unutrašnju integraciju sistema, njegovu povećanu transparentnost, ali i bolje rezultate u težnji za smanjenjem nivoa korupcije. Prisustvo unutrašnje dezintegracije, po pravilu, negativno se odražava i na eksternu integraciju sistema. Eksterno usklađivanje elemenata organizacionog dizajna znači adekvatan odgovor na rastuće zahtjeve korisnika zdravstvenih usluga. S jedne strane, riječ je o potrebi izjednačavanja kvaliteta sistema zdravstvene zaštite na čitavoj teritoriji Crne Gore (centar, sjever, jug), nezavisno od toga koji je oblik vlasništva zdravstvene ustanove (državni, privatni ili mješoviti). Sa druge strane, neophodno je kroz rekonfiguraciju zdravstvenog sistema obezbijediti konvergenciju interne i eksterne percepcije kvaliteta zdravstvenih usluga zasnovanu na holističkom marketing pristupu.

Složenost zdravstvenog sistema i činjenica da je zdravstvena djelatnost od opšteg društvenog značaja, traži od rukovodilaca zdravstvenih institucija ne samo posjedovanje medicinskih već i kontinuirano usavršavanje menadžerskih i liderskih znanja i vještina. Pored toga, zadovoljenje stalno rastućih zahtjeva korisnika zdravstvenih usluga podrazumijevaće snažniju sistemsku integraciju i umreženost velikog broja stejkholdera, počev od institucija sistema, preko ministarstva zdravlja i zdravstvenih ustanova, do samih pacijenata, ali i medija i cjelokupne javnosti.



LITERATURA

1. Abdallah, A. (2014). Implementing quality initiatives in healthcare organizations: Drivers and challenges. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(3), 166–181. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2012-0047>.
2. Adams, J., Khan, H. T. A., Raeside, R. & White, D. (2007). *Research Methods for Graduate Business and Social Science Students*. SAGE, Singapore.
3. Addicott, R. (2008). Models of governance and the changing role of the board in the “modernised” UK health sector. *Journal of health organization and management*, 22(2), 147–163. [https://doi.org/10.1108/14777260810876312\(2008\)](https://doi.org/10.1108/14777260810876312(2008)).
4. Adižes, I. K. (2015). *Upravljanje organizacijama: Menadžment saradnjom i zajedništvom u preduzećima, ustanovama i institucijama*. HESPERIA edu, Beograd.
5. Adizes, I. K. (2018). *Insights on Management*. Adizes Institute Publications, USA.
6. Aguilar, F. J. (1967). *Scanning the business environment*. Macmillan, USA.
7. Akgül, Y. & Tunca, Z. (2016). Knowledge Management and Strategic Orientation: Leveraging Innovativeness and Organizational Performance: The Case of Turkey. *International Conference on Intellectual Capital and Knowledge Management and Organisational Learning*, 1–8. ACIL, Kidmore End.
8. Albers, S., Abraham, B. M. & Shani, R. (2014). Healthcare: An Ecosystem in Transition. In: *Reconfiguring the Ecosystem for Sustainable Healthcare (Organizing for Sustainable Effectiveness, 4)*, 1–29, Emerald Group Publishing Limited. <http://dx.doi.org/10.1108/S2045-060520140000004005>.

9. Allen, D. (2018). Analysing healthcare coordination using translational mobilization. *Journal of Health Organization and Management*, 32, 358–373. [https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2017-0116\(2018\)](https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2017-0116(2018)).
10. Allison, P. D. (2002). *Missing data, Sage University papers series on quantitative applications in the social sciences, series 07–136*. SAGE, Thousand Oaks, California.
11. Almalki, M., Fitzgerald, G. & Clark, M. (2011). Health care system in Saudi Arabia: An overview. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(10), 784–793.
12. Al-Otaibi, A. S. (2014). Assessment of Dominant Organizational Cultures Role in Health Care Provision in Riyadh – Saudi Arabia. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 21(10), 1898–1907.
13. Alsoulami, S. M., Banjar, H. E. & Mahran, S. M. (2018). Assessment of Organizational Culture at Two Governmental Hospitals in Jeddah City. *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 7(3), 42–51. <https://doi.org/10.9790/1959-0703044251>.
14. Altman, E. I. (1968). Financial Ratios, Discriminant Analysis and the Prediction of Corporate Bankruptcy. *The Journal of Finance*, 23, 589–609. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6261.1968.tb00843.x>.
15. Amayah, A. T. (2013). Determinants of knowledge sharing in a public sector organisation. *Journal of Knowledge Management*, 17(3), 454–471. <https://doi.org/10.1108/JKM-11-2012-0369>.
16. Anand, N. & Daft, R. L. (2007). What is the Right Organization Design? *Organizational Dynamics*, 36(4), 329–344. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2007.06.001>.
17. Andish, H., Yousefipour, M., Shahsavaripour, H. & Ghorbanipour, A. (2013). Organizational Culture and Its Impact in Organizations. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 5(1), 1126–1130.

18. Anning-Dorson, T. (2017). Moderation-Mediation Effect of Market Demand and Organization Culture on Innovation and Performance Relationship. *Marketing Intelligence & Planning*, 35(2), 222–242.
19. Antwi, M. & Kale, M. (2014). *Change management in healthcare*. The Monieson Centre for Business Research in Healthcare, Ottawa, Ontario.
20. Arevuo, M. (2002). *Book review: Knowledge Management: Best Practices in Europe*. Dostupno na: http://www.providersedge.com/docs/book_reviews/km_-_best_practices_in_euorpe.pdf, 18. 8. 2019.
21. Arrow, K. (1962). The Economic Implications of Learning by Doing. *Review of Economic Studies*, 29, 155–173.
22. Asher, H. (2007). *Polling and the Public: What Every Citizen Should Know (7th ed.)*. CQ Press, Washington, DC.
23. Asrar-ul-Haq, M. & Anwar, S. (2016). A systematic review of knowledge management and knowledge sharing: Trends, issues, and challenges. *Cogent Business and Management*, 3(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/23311975.2015.1127744>.
24. Assem, P. B. & Pabbi, K. A. (2016). Knowledge sharing among healthcare professionals in Ghana. *VINE Journal of Information and Knowledge Management Systems*, 46(4), 479–491. <https://doi.org/10.1108/VJIKMS-08-2015-0048>.
25. Athanasiadis, A., Ratsika, N., Trompoukis, C. & Philalithis, A. (2018). The health decentralization process in Greece: the insiders' perspective. *International Journal of Health Governance*, 23(4), 316–329. [https://doi.org/10.1108/IJHG-06-2018-0025\(2018\)](https://doi.org/10.1108/IJHG-06-2018-0025(2018)).
26. Azim, S., Gale, A., Lawlor-Wright, T., Kirkham, R., Khan, A. & Alam, M. (2010). The importance of soft skills in complex projects. *International Journal of Managing Projects in Business*, 3(3), 387–401. <https://doi.org/10.1108/17538371011056048>.

27. Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research*. Wadsworth Cengage Learning, Brazil.
28. Baloh, P., Desouza, K. C. & Paquette, S. (2011). The concept of knowledge. In: Desouza, K. C. & Paquette, S. (Eds.), *Knowledge Management: An Introduction* (35–71), Neal-Schuman Publishers, Inc., New York.
29. Banik, B. J. (1993). Applying triangulation in nursing research. *Applied Nursing Research*, 6(1), 47–52.
30. Barão, A., de Vasconcelos, J. B., Rocha, Á. & Pereira, R. (2017). A knowledge management approach to capture organizational learning networks. *International Journal of Information Management*, 37(6), 735–740. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2017.07.013>.
31. Baumol, W. (1993). Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice. *Public Choice*, 77(1), 17–28. Dostupno na: <http://www.jstor.org/stable/30027203>, 1. 1. 2020.
32. Beardsmore, E. & McSherry, R. (2017). Healthcare workers' perceptions of organisational culture and the impact on the delivery of compassionate quality care. *Journal of Research in Nursing*, 22(1–2), 42–56. <https://doi.org/10.1177/1744987116685594>.
33. Bechhofer, F. (1974). Current approaches to empirical research: some central ideas. In: Rex, J. (ed.). *Approaches to Sociology: An Introduction to Major Trends in British Sociology*. Routledge & Kegan Paul, London.
34. Bednar, M. K., Boivie, S. & Prince, N. R. (2013). Burr under the saddle: How media coverage influences strategic change. *Organization Science*, 24(3), 910–925.
35. Bengson, J. & Moffett, M. A. (2011). *Essays on Knowledge, Mind, and Action*. Oxford University Press, New York.

36. Bensaou, M. & Venkatraman, N. (1995). Configurations of interorganizational relationships: A comparison of U.S. and Japanese automakers. *Management Science*, 41, 1471–1492.
37. Berthier, D. (2018). *Europe has a shortage of doctors*. Europe Explained Through Data. European Data Journalism Network, Vox Europ, Italia.
38. Bethlehem, J. (2009). Computer Software for Sample Surveys. *Sample Surveys: Design, Methods and Applications*, 29A, 317–350. [https://doi.org/10.1016/S0169-7161\(08\)00013-8](https://doi.org/10.1016/S0169-7161(08)00013-8).
39. Biemer, P. P. & Lyberg, L.E. (2003). *Introduction to Survey Quality*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
40. Biemer, P. P. (2009). Introduction to part 2. *Sample Surveys: Design, Methods and Applications*, 29A, 157–162.
41. Bierbooms, J., Van Oers, H., Rijkers, J. & Bongers, I. (2016). Development of a comprehensive model for stakeholder management in mental healthcare. *Journal of Health, Organisation and Management*, 30(4), 630–647. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2016-0004>.
42. Bigdeli, A. Z., Kamal, M. & de Cesare, S. (2013). Information sharing through inter-organisational systems in local government. *Transforming government: people, process and policy*, 7(2), 148–176. [https://doi.org/10.1108/17506161311325341\(2013\)](https://doi.org/10.1108/17506161311325341(2013)).
43. Björnberg, A. & Phang, A. Y. (2019). *Euro Health Consumer Index – 2018 Report*. Health Consumer Powerhouse, France.
44. Björnberg, A. (2017). *Euro Health Consumer Index – 2017 Report*. Health Consumer Powerhouse, France.
45. Black, T. R. (1999). *Doing Quantitative Research in the Social Sciences: An Integrative Approach to Research Design, Measurement and Statistics*. SAGE Publications, London.

46. Blackler, F. (1995). Knowledge, knowledge work, and organisations: An overview and interpretation. *Organisation Studies*, 16(6), 1021–1046.
47. Blaikie, N. (2003). *Analyzing Quantitative Data: From Description to Explanation*. Sage Publications, New Delphi.
48. Blažić, Đ. (2009). *Sistem javne uprave u Crnoj Gori*. Fakultet za državne i evropske studije, Podgorica.
49. Blažić, Đ. (2011). *Sistem lokalne samouprave*. Fakultet za državne i evropske studije, Podgorica.
50. Bloch, C., Sørensen, M. P., Graversen, E. K., Schneider, J. W., Schmidt, E. K., Aagaard, K. & Mejlgaard, N. (2014). Developing a methodology to assess the impact of research grant funding: A mixed methods approach. *Evaluation and program planning*, 43, 105–117.
51. Boder, A. (2006). Collective intelligence: A keystone in knowledge management. *Journal of Knowledge Management*, 10(1), 81–93. <https://doi.org/10.1108/13673270610650120>.
52. Bordens, K. S. & Abbott, B. B. (2011). *Research Design and Methods: A Process Approach*. McGraw Hill, New York.
53. Bosua, R. & Venkitachalam, K. (2013). Aligning strategies and processes in knowledge management: a framework. *Journal of Knowledge Management*, 17(3), 331–346., <https://doi.org/10.1108/JKM-10-2012-0323>.
54. Bouncken, R. B. (2002). Knowledge Management for Quality Improvements in Hotels. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 3(3–4), 25–59. https://doi.org/10.1300/J162v03n03_03.
55. Brace, I. (2005). *Questionnaire Design: How to Plan, Structure and Write Survey Material for Effective Market Research*. Kogan Page, Philadelphia.

56. Brandimarte, P. (2011). *Quantitative Methods: An Introduction for Business Management*. John Wiley & Sons, Canada.
57. Bremer, M. & Cohnitz, D. (2004). *Information and information flow: an introduction*. Walter de Gruyter, München, Germany.
58. Bremer, M. M. W. (2008). *Health care sector examined with the OCAI. Diagnosis: dissatisfied... A National Survey in the Netherlands*. OCAI online. Zwolle, Netherlands.
59. Brezovšek, M. & Kukovič, S. (2015). *Evropska javna uprava*. Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
60. Brezovšek, M., Haček, M. & Kukovič, S. (2015). *Javna uprava*. Faculty of Social Sciences, Ljubljana.
61. Brick, J. M. & Montaquila, J. M. (2009). Nonresponse and Weighting. *Sample Surveys: Design, Methods and Applications*, 29A, 163–185. [https://doi.org/10.1016/S0169-7161\(08\)00008-4](https://doi.org/10.1016/S0169-7161(08)00008-4).
62. Bryman, A. & Burgess, R. G. (1994). *Analyzing Qualitative Data*. Routledge, London.
63. Bryman, A. & Burgess, R. G. (1999). *Qualitative Research*. Sage, Thousand Oaks, California.
64. Bryman, A. & Cramer, D. (2013). *Quantitative Data Analysis with IBM SPSS 17, 18 & 19*. Routledge, United Kingdom.
65. Burau, V. & Vrangbæk, K. (2008). Institutions and non-linear change in governance: Reforming the governance of medical performance in Europe. *Journal of health organization and management*, 22(4), 350–367. [https://doi.org/10.1108/14777260810893953\(2008\)](https://doi.org/10.1108/14777260810893953(2008)).

66. Burton, R. (2013). The Future of Organization Design: An Interpretative Synthesis in Three Themes. *Journal of Organization Design*, 2(1), 42–44. <https://doi.org/10.7146/jod.7363>.
67. Burton, R. M. & Obel, B. (1998). *Strategic Organizational Diagnosis and Design: Developing Theory for Application*. Kluwer Publishers, Boston, Massachusetts.
68. Burton, R. M., Lauridsen, J. & Obel, B. (2003). Erratum: Return on Assets Loss from Situational and Contingency Misfits. *Management Science*, 49(8), 1119–1119. <https://doi.org/10.1287/mnsc.49.8.1119.16404>.
69. Burton, R. M., Obel, B. & Hakonsson D. D. (2015). *Organizational Design: A Step-By-Step Approach*. Cambridge University Press, Cambridge.
70. Byrkjeflot, H. & Neby, S. (2008). The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors. *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), 331–349. [https://doi.org/10.1108/14777260810893944\(2008\)](https://doi.org/10.1108/14777260810893944(2008)).
71. Cabrera, E. & Cabrera, A. (2005). Fostering knowledge sharing through people management practices. *International Journal of Human Resource Management*, 16(5), 720–735.
72. Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. John Wiley & Sons, San Francisco, California.
73. Carmeli, A., Gelbard, R. & Gefen, D. (2010). The Importance of Innovation Leadership in Cultivating Strategic Fit and Enhancing Firm Performance. *The Leadership Quarterly*, 21, 339–349. <http://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2010.03.001>.
74. Cavana, R., Delahaye, B. L. & Sekeran, U. (2001). *Applied Business Research: Qualitative and Quantitative Methods*. John Wiley & Sons, Milton.

75. Cavicchi, C. (2017). Healthcare sustainability and the role of intellectual capital: Evidence from an Italian Regional Health Service. *Journal of Intellectual Capital*, 18(3), 544–563. <https://doi.org/10.1108/JIC-12-2016-0128>.
76. Cegarra-Navarro, J. G. & Cepeda-Carrión, G. (2010). How to implement a knowledge management program in hospital-in-the-home units. *Leadership in Health Services*, 23(1), 46–56. <https://doi.org/10.1108/17511871011013760>.
77. Cegarra-Navarro, J. G., Soto-Acosta, P. & Wensley, A. K. P. (2016). Structured knowledge processes and firm performance: the role of organizational agility. *Journal of Business Research*, 69(5), 1544–1549.
78. CEMI – Centar za monitoring i istraživanje (2012). *Koja je cijena zdravstvene zaštite? Istraživanje javnog mnjenja o korupciji u zdravstvu i pravima pacijenata u javnom zdravstvenom sistemu Crne Gore – Analitički izvještaj*. Dostupno na: <http://cemi.org.me/wp-content/uploads/2017/01/Rezultati-istrazivanja-KORUPCIJI-U-ZDRAVSTVU.pdf>, 1. 2. 2019.
79. Cepeda-Carrion, I., Martelo-Landroguez, S., Leal-Rodríguez, A. L. & Leal-Millán, A. (2017). Critical processes of knowledge management: An approach toward the creation of customer value. *European Research on Management and Business Economics*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.iedeen.2016.03.001>.
80. Certo, S. C. & Certo, S. T. (2011). *Modern Management: Concepts and Skills*. Prentice Hall, New Jersey.
81. Chambers, N. (2012). Healthcare board governance. *Journal of health organization and management*, 26(1), 6–14. [https://doi.org/10.1108/14777261211211133\(2012\)](https://doi.org/10.1108/14777261211211133(2012)).
82. Chandler, A. D. (1962). *Strategy and Structure: Chapters in the History of American Enterprise*. MIT Press, Boston.
83. Chapman, A. L., Hadfield, M. & Chapman, C. J. (2015). Qualitative research in healthcare: An introduction to grounded theory using thematic analysis. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 45(3), 201–205. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2015.305>.

84. Charmaz, K. (2011). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. SAGE Publications Ltd., Thousand Oaks, California.
85. Chidambaranathan, K. & Swarooprani, B. S. (2017). Analyzing the relationship between organizational culture and knowledge management dimensions in higher education libraries. *Journal of Librarianship and Information Science*, 49(1), 57–68. <https://doi.org/10.1177/0961000615622678>.
86. Cho, J. Y. & Lee, E. H. (2014). Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: Similarities and differences. *Qualitative Report*, 19(32), 1–20.
87. Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H. & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research*, 57(8), 913–921. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(02\)00293-X](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(02)00293-X).
88. CiteSpace (2019). Dostupno na: <http://cluster.cis.drexel.edu/~cchen/citespace>, 10. 10. 2019.
89. CitNetExplorer (2019). Dostupno na: <http://www.citnetexplorer.nl>, 10. 10. 2019.
90. Clark, P. (1975). Organizational Design: A Review of Key Problems. *Administration & Society*, 7(2), 213–256. Sage Publications.
91. Claver-Cortés, E., Zaragoza-Sáez, P. & Pertusa-Ortega, E. (2007). Organizational structure features supporting knowledge management processes. *Journal of Knowledge Management*, 11(4), 45–57. <https://doi.org/10.1108/13673270710762701>.
92. Coaffee, J. & Johnston, L. (2005). The management of local government modernisation: Area decentralisation and pragmatic localism. *International journal of public sector management*, 18(2), 164–177. [https://doi.org/10.1108/09513550510584982\(2005\)](https://doi.org/10.1108/09513550510584982(2005)).

93. Cobo, M. J., López-Herrera, A. G., Herrera-Viedma, E. & Herrera, F. (2011). Science mapping software tools: Review, analysis, and cooperative study among tools. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 62(7), 1382–1402.
94. Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*, 28, 75–85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.7528/1/75>.
95. Collins, C. & Green, A. (1993). Decentralization and primary health care in developing countries: ten key questions. *Journal of Management in Medicine*, 7(2), 58–68. [https://doi.org/10.1108/02689239310036963\(1993\)](https://doi.org/10.1108/02689239310036963(1993)).
96. Colorafi, K. J. & Evans, B. (2016). Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Health Environments Research and Design Journal*, 9(4), 16–25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>.
97. Cozby, P. C. & Bates, S. C. (2012). *Methods in Behavioral Research*. McGraw Hill, New York.
98. Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (3rd ed.)*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
99. Creswell, J. W. (2015). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
100. Cronbach, L. & Meehl, P. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 281–302.
101. Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychiatrika*, 16, 297–334.
102. Da Silva, F. S. C. & Agusti-Cullell, J. (2008). *Information flow and knowledge sharing*. Elsevier Science, Amsterdam, Netherlands.

103. Daft, R. L. & Marcic, D. (2013). *Management: The New Workplace (8th ed.)*. Cengage Learning, Canada.
104. Daft, R. L. (2013). *Understanding the Theory & Design of Organizations (11th edition – international edition ed.)*. Cengage Learning, Canada.
105. Dalkir, K. (2005). *Knowledge Management in Theory and Practice*. Elsevier, Oxford.
106. Damanpour, F. & Schneider, M. (2006). Phases of the adoption of innovation in organizations: Effects of environment, organization and top managers. *British Journal of Management*, 17(3), 215–236. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2006.00498.x>.
107. Datta, G. S. (2009). Model-Based Approach to Small Area Estimation. *Sample Surveys: Inference and Analysis*, 29B, 251–288, [https://doi.org/10.1016/S0169-7161\(09\)00232-6](https://doi.org/10.1016/S0169-7161(09)00232-6).
108. Davenport, T. H. & Prusak L. (1998). *Working knowledge: How organisations manage what they know?* Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts.
109. Davenport, T. H., De Long, D. W. & Beers, M.C. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan Management Review*, 39(2), 43–57.
110. Davies, H. T. O. & Mannion, R. (2013). Will prescriptions for cultural change improve the NHS? *BMJ (Online)*, 346, 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1305>.
111. Davis, D. (2005). *Business Research for Decision Making (6th edition)*. Thomson, USA.
112. De Carvalho, M. M. & Rabechini Junior, R. (2015). Impact of Risk Management on Project Performance: The Importance of Soft Skills. *International Journal of Production Research*, 53(2), 321–340. <https://doi.org/10.1080/00207543.2014.919423>.

113. De Toni, A. F., Biotto, G. & Battistella, C. (2012). Organizational design drivers to enable emergent creativity in web-based communities. *Learning Organization*, 19(4), 337–351. <https://doi.org/10.1108/09696471211226699>.
114. De Waal, T. Pannekoek, J. & Scholtus, S. (2011). *Handbook of Statistical Data Editing and Imputation*. John Wiley & Sons, Canada.
115. De Wall, T. (2009). Statistical Data Editing. *Sample Surveys: Design, Methods and Applications*, 29A, 187–214. [https://doi.org/10.1016/S0169-7161\(08\)00009-6](https://doi.org/10.1016/S0169-7161(08)00009-6).
116. Deakins, D. & Freel, M. (2012). *Entrepreneurship and Small Firms*. McGraw-Hill Europe, United Kingdom.
117. Denscombe, M. (2008). Communities of practice: A research paradigm for the mixed methods approach. *Journal of mixed methods research*, 2(3), 270–283.
118. Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge, United Kingdom.
119. Desouza, K. C. (2011). An introduction to knowledge management. In: Desouza K. C. & Paquette S. (Eds.). *Knowledge Management: An Introduction* (3–34), Neal-Schuman Publishers, Inc., New York.
120. Desveaux, L., Mitchell, J. I., Shaw, J. & Ivers, N. M. (2017). Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(7), 941–947. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx136>.
121. Dickinson, H. & Pierre, J. (2016). Between substance and governance: Healthcare governance and the limits to reform. *Journal of health organization and management*, 30(1), 109–116. [https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2015-0144\(2016\)](https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2015-0144(2016)).
122. Dielman, L. & Couper, M. (1995). Data quality in a CAPI survey: keying errors. *Journal of Official Statistics* 11(2), 141–146.

123. Dierickx, I. & Cool, K. (1989). Asset stock accumulation and sustainability of competitive advantage. *Management Science*, 35, 1504–1511.
124. Dimovski, V., Penger, S. & Škerlavaj, M. (2007). *Organising and Decision-Making, Selected Chapters for Post-Graduate Studies*. Ekonomski fakultet, Ljubljana.
125. Dimovski, V., Penger, S., Peterlin, J., Grah, B., Černe, M. & Klepec, M. (2017). *Advanced Management and Leadership Practice*. Pearson, Harlow, England.
126. Dimovski, V., Penger, S., Škerlavaj, M. & Žnidaršič, J. (2005). *Učeca se Organizacija: Ustvarite Podjetje Znanja [Learning Organization: Create the Company of Knowledge]*. GV založba, Ljubljana.
127. Dinh, T. & Bounajm, F. (2013). *Improving primary health care through collaboration: Briefing 3 – Measuring the missed opportunity*. The Conference Board of Canada. Dostupno na: www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5479, 1. 1. 2019.
128. Directive (EU) 2018/1972 of the European Parliament and of the Council of 11 December 2018. Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018L1972&from=DE>, 30. 11. 2019.
129. Dobrzykowski, D. D., Callaway, S. K. & Vonderembse, M. A. (2015). Examining Pathways from Innovation Orientation to Patient Satisfaction: A Relational View of Healthcare Delivery. *Decision Sciences*, 46(5), 863–899. <https://doi.org/10.1111/deci.12161>.
130. Domnariu, C., Cernușcă-Mițariu, M. & Boitan, M. (2013). Organizational Culture – Important Factor in Delivering High Quality Health Care. *Metalurgia International*, 18(8), 5–7.
131. Dong, Y. & Peng, C. Y. J. (2013). Principled missing data methods for researchers. *Springer Plus*, 2(1), 1–17.

132. Đorđević-Boljanović, J. (2009). *Menadžment znanja*. Data Status, Beograd.
133. Dotty, D., Glick, H. W. H. & Huber, G. P. (1993). Fit, Equifinality and Organizational Effectiveness: A Test of Two Configurational Theories. *Academy of Management Journal*, 38(6), 1196–1250.
134. Downes, T. V. (2014). *An evaluation of knowledge management practices in nonprofit community services organisations in Australia (DBA thesis)*. Southern Cross University, Lismore.
135. Drotz, E. & Poksinska, B. (2014). Lean in healthcare from employees' perspectives. *Journal of Health, Organisation and Management*, 28(2), 177–195. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2013-0066>.
136. Drucker, P. F. (2007). *The Effective Executive*. Routledge, London. <https://doi.org/10.4324/9780080549354>.
137. Drucker, P. F. (1999). Knowledge – Worker Productivity: The Biggest Challenge. *California Management Review*, 41(2), 79–94.
138. Drucker, P. F. (1999). *Management Challenges for the 21st Century*. Harper Collins, New York.
139. Dumitriu, P. (2016). *Knowledge Management in the United Nations System*. United Nations, Geneva.
140. Dunić, M. (2017). Metodičko uputstvo za primenu mape znanja u nastavi informatike i računarstva. *Informacione tehnologije, obrazovanje i preduzetništvo*, 17, 209–216.
141. Dunn-Rankin, P., Knezek, G. A., Wallace, S. & Zhang, S. (2004). *Scaling Methods*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey.
142. Đurić, S. (2005). Metodologija fokusgrupnog istraživanja. *Sociologija*, XLVII. Dostupno na: <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0038-0318/2005/0038-03180501001D.pdf>, 28. 11. 2019.

143. Đurović, G. (2017). *Evropska unija i Crna Gora: Proces pristupanja*. EU Info centar, Podgorica.
144. Eisenmann, C. (1988). *Cours de droit administratif, Tome I, X edition*. Paris, 221–250.
145. Eklof, M. & Ahlborg, G. (2016). Improving communication among healthcare workers: a controlled study. *Journal of Workplace Learning*, 28(2), 81–96. <https://doi.org/10.1108/JWL-06-2015-0050>.
146. El Morr, C. & Subercaze, J. (2010). Knowledge management in healthcare. In: *Handbook of research on developments in E-health and telemedicine: Technological and social perspectives* (490–510). IGI Global, Hershey, USA.
147. Elliott, J. (1991). *Action research for educational change*. Open University Press, Buckingham.
148. Enders, C. K. (2010). *Applied Missing Data Analysis*. The Guilford Press. New York.
149. Epetimehin, F. M. & Ekundayo, O. (2011). Organisational knowledge management: Survival strategy for Nigeria insurance industry. *Interdisciplinary Review of Economics and Management*, 1(2), 9–15.
150. Epstein, J. (2013). *Agent_Zero: Toward Neurocognitive Foundations of Generative Social Science*. Princeton University Press, Princeton.
151. Erikson, R. S. & Tedin, K. L. (2007). *American Public Opinion: Its Origins, Content, and Impact (updated 7th ed.)*. Pearson Longman, New York.
152. Eriksson, P. & Kovalainen, A. (2008). *Qualitative Methods in Business Research*. Sage Publications, London.
153. Erzberger, C. & Kelle, U. (2003). Making inferences in mixed methods: the rules of integration. In: Tashakkori, A. & Teddlie, C. *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. Sage, London.

154. Espinosa, B. M. M. & Lindahl, J. M. M. (2016). Organizational design as a learning enabler: A fuzzy-set approach. *Journal of Business Research*, 69(4), 1340–1344. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.10.104>.
155. Eurostat (2019). Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, 11. 11. 2019.
156. Evaluating Source: The Craap Test (2019). Dostupno na: <https://researchguides.ben.edu/source-evaluation>, 13. 10. 2019.
157. Evans, B. C., Coon, D. W. & Ume, E. (2011). Use of theoretical frameworks as a pragmatic guide for mixed methods studies: a methodological necessity? *Journal of mixed methods research*, 5(4), 276–292.
158. Evropska povelja o lokalnoj samoupravi (1985). Dostupno na: <http://www.mju.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rId=268782&rType=2>, 18. 8. 2019.
159. Farjoun, M. (1994). Beyond industry boundaries: Human expertise, diversification and resource-related industry groups. *Organization Science*, 5, 185–199.
160. Farnham, D. & Horton, S. (1996). *Managing the New Public Services*. Macmillan, London.
161. Fenwick, J. & Bailey, M. (1999). Local government reorganisation in the UK: Decentralisation or corporatism? *International Journal of Public Sector Management*, 12(3), 249–261. [https://doi.org/10.1108/09513559910267404\(1999\)](https://doi.org/10.1108/09513559910267404(1999)).
162. Feyerabend, P. K. (1965). Problems of empiricism. In: Colodny R. (Ed.). *Beyond the edge of certainty*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
163. Fields, D. L. (2007). Determinants of Follower Perceptions of a Leader's Authenticity and Integrity. *European Management Journal*, 25(3), 195–206.

164. Finch, W. H. (2010). Imputation methods for missing categorical questionnaire data: A comparison of approaches. *Journal of Data Science*, 8, 361–378.
165. Fisher, C., Buglear, J., Lowry, D., Mutch, A. & Tansley, C. (2010). *Researching and Writing Dissertation: An Essential Guide for Business Students*. Pearson Education Limited, England.
166. Fiske, S. T. (1993). Social cognition and social perception. *Annual Review of Psychology*, 44, 155–194.
167. Forcadell, F. J. & Guadamillas, F. (2002). A Case Study on the Implementation of a Knowledge Management Strategy Oriented to Innovation. *Knowledge and Process Management*, 9(3), 162–171.
168. Ford, R. & Angermeier, I. (2008). Creating a learning health care organization for participatory management: a case analysis. *Journal of health organization and management*, 22(3), 269–293. <https://doi.org/10.1108/14777260810883549>.
169. Forthofer, M. (2003). Status of mixed methods in the health sciences. In: Tashakkori, A. & Teddlie, C. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (527–540). Sage, Thousand Oaks, California.
170. Fowler, F. J. & Mangione, T. W. (1990). *Standardized survey interviewing*. Sage Publications, Newbury Park, California.
171. Fowler, F. J. (1995). Improving Survey Questions: Design and Evaluation. *Applied Social Research Methods Series*, 38. Sage Publications, Thousand Oaks.
172. Franković, K. A., Panagopoulos, C. & Shapiro, R. Y. (2009). Opinion and Election Polls. *Sample Surveys: Design, Methods and Applications*, 29A, 567–595. [https://doi.org/10.1016/S0169-7161\(08\)00022-9](https://doi.org/10.1016/S0169-7161(08)00022-9).
173. Galbraith, J. R. (1974). Organization design: An information processing view. In: Scott, W. R. *Organizational Sociology*. Dartmouth Publishing Company, Brookfield.

174. Galbraith, J. R. (1995). *Designing Organizations. An Executive Briefing on Strategy, Structure + Process*. Jossey-Bass, San Francisco, California.
175. Gao, F., Li, M. & Clarke, S. (2008). Knowledge, management and knowledge management in business operations. *Journal of Knowledge Management*, 12(2), 3–17. <https://doi.org/10.1108/13673270810859479>.
176. Garpenby, P. & Bäckman, K. (2016). Formal priority setting in health care: The Swedish experience. *Journal of health organization and management*, 30(6), 891–907. [https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2014-0150\(2016\)](https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2014-0150(2016)).
177. Geisler, E. (2007). A typology of knowledge management: Strategic groups and role behavior in organizations. *Journal of Knowledge Management*, 11(1), 84–96. <https://doi.org/10.1108/13673270710728259>.
178. Gephi, (2019). Dostupno na: <https://gephi.org>, 10. 10. 2019.
179. Gerstlberger, W. D. & Schneider, K. (2013). Outsourcing and concession models as door opener for public-private partnerships in the European health sector? *International Journal of Public Sector Management*, 26(7), 554–575. [http://dx.doi.org/10.1108/IJPSM-12-2011-0143\(2013\)](http://dx.doi.org/10.1108/IJPSM-12-2011-0143(2013)).
180. Ghosh, B. & Scott, J. E. (2007). Effective knowledge management systems for a clinical nursing setting. *Information Systems Management*, 24(1), 73–84. <https://doi.org/10.1080/10580530601038188>.
181. Given, L. M. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. SAGE, Los Angeles.
182. Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine, Chicago.
183. Goddard, M. & Mannion, R. (2006). Decentralising the NHS: rhetoric, reality and paradox. *Journal of health organization and management*, 20(1), 67–73. [https://doi.org/10.1108/14777260610656561\(2006\)](https://doi.org/10.1108/14777260610656561(2006)).

184. Gohary, A. & Hamzelu, B. (2016). Modeling customer knowledge management to make value co-creation. *Business Information Review*, 33(1), 19–27. <https://doi.org/10.1177/0266382116631850>.
185. Goodwin, C. J. (2010). *Research in Psychology: Methods and Design*. John Wiley & Sons, New York, USA.
186. Graebner, M. E., Martin, J. A. & Roundy, P. T. (2012). Qualitative Data: Cooking Without a Recipe. *Strategic Organization*, 10(3), 276–284.
187. Grafenauer, B. & Brezovnik, B. (2006). *Javna uprava*. Faculty of Law, Maribor.
188. Grah, B. (2016). *Mind-Based Learning Organization Model Building – Unpublished Doctoral Dissertation*. University of Ljubljana, Faculty of Economics, Ljubljana.
189. Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549–576.
190. Gray, D. E. (2009). *Doing Research in the Real World*. SAGE, Los Angeles.
191. Greene, J. (2008). Is mixed methods social inquiry a distinctive methodology? *Journal of Mixed Methods Research*, 2(1), 7–22.
192. Greer, P., Murphy, A. & Ogard, M. (2005). *Guide to participatory democracy in Bosnia and Herzegovina and Serbia and Montenegro*. Council of Europe publishing, Strasbourg.
193. Greiner, M.E., Böhmman, T. & Krcmar, H. (2007). A strategy for knowledge management. *Journal of Knowledge Management*, 11(6), 3–15. <https://doi.org/10.1108/13673270710832127>.
194. GroËnhaug, K. & Nordhaug, O. (1992). Strategy and competence in firms. *European Management Journal*, 10(4), 438–444.
195. Groves, R. M., Fowler, F. J., Couper, M. P., Lepkowski, J. M., Singer, E. & Tourangeau, R. (2004). *Survey Methodology*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

196. Grundy, S. (1987). *Curriculum: Product or praxis*. Falmer, Lewes.
197. Guba, E. G. (1987). What have we learned about naturalistic evaluation?
Evaluation Practice, 8(1), 23–42.
198. Guga, E. (2018). Local government modernization in Albania: Historical background and the territorial reform 2015–2020. *International Journal of Public Sector Management*, 31(4), 466–506. [https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2017-0018\(2018\)](https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2017-0018(2018)).
199. Gururajan, V. & Fink, D. (2010). Attitudes towards knowledge transfer in an environment to perform. *Journal of Knowledge Management*, 14(6), 828–840. <https://doi.org/10.1108/1367321011084880>.
200. Gustavsson, S., Gremyr, I. & Kenne Sarenmalm, E. (2016). Using an adapted approach to the Kano model to identify patient needs from various patient roles. *TQM Journal*, 28(1), 151–162. <https://doi.org/10.1108/TQM-04-2013-0050>.
201. Habermas, J. (1976). *Legitimation crisis*. Heinemann, London.
202. Haček, M., Kukovič, S. & Brezovšek, M. (2017). *Slovenian Politics and the State*. Lexington Books, Lanham, Boulder, New York and London.
203. Hammad, S. A., Jusoh, R. & Ghazali, I. (2013). Decentralization, perceived environmental uncertainty, managerial performance and management accounting system information in Egyptian hospitals. *International Journal of Accounting and Information Management*, 21(4), 314–330. [http://dx.doi.org/10.1108/IJAİM-02-2012-0005\(2013\)](http://dx.doi.org/10.1108/IJAİM-02-2012-0005(2013)).
204. Hannes, K. & Lockwood, C. (2012). *Synthesizing Qualitative Research: Choosing the Right Approach*. BMJ Books, John Wiley & Sons, United Kingdom.
205. Hansen, M., Nohria, N. & Tierney, T. (1999). What's your strategy for managing knowledge? *Harvard Business Review*, 77(2), 106.

206. Harding, K. (2019 a). *The Rabbit Effect: Live Longer, Happier, and Healthier with the Groundbreaking Science of Kindness*. Columbia University Medical Center, Atria Books – Simon & Schuster, USA.
207. Harding, K. (2019 b). *Why Kindness Is the Key to Improved Well-being*. Knowledge & Wharton. *Online Research and Business Analysis Journal*. Wharton School of the University of Pennsylvania, USA. Dostupno na: <https://knowledge.wharton.upenn.edu/article/science-kindness-harding-book>, 12. 12. 2019.
208. Harrington, H. & Voehl, F. (2010). Innovation in Health Care. *International Journal of Innovation Science*, 2(1), 13–27. [https://doi.org/10.1260/1757-2223.2.1.13\(2010\)](https://doi.org/10.1260/1757-2223.2.1.13(2010)).
209. Harrison, J. S., Worth, F., Thurgood, G. R., Hill, O. M. & Pfarrer, M. D. (2018). Perception Is Reality: How CEOs' Observed Personality Influences Market Perceptions of Firm Risk and Shareholder Returns. *Academy of Management Journal, In Press*. <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/amj.2018.0626>.
210. Haziza, D. (2007). Inference for a ratio under imputation for missing data. *Survey Methodology*, 33, 159–166.
211. Hedman, J. & Kalling, T. (2002). *IT and Business Models: Concepts and Theories*. Copenhagen Business School Press, Copenhagen.
212. Heilmann, S. (2008). From local experiments to national policy: the origins of China's distinctive policy process. *The China Journal*, 59, 1–30.
213. Heiser, S. (2019). *New Findings Confirm Predictions on Physician Shortage*. Association of American Medical Colleges, Washington, USA. Dostupno na: <https://www.aamc.org/news-insights/press-releases/new-findings-confirm-predictions-physician-shortage>, 28. 11. 2019.
214. Heisig, P., Suraj, O. A., Kianto, A., Kemboi, C., Perez Arrau, G. & Fathi Easa, N. (2016). Knowledge management and business performance: global experts' views on future research needs. *Journal of Knowledge Management*, 20(6), 1169–1198. <https://doi.org/10.1108/JKM-12-2015-0521>.

215. Hill, T. & Lewicki, P. (2006). *Statistics: Methods and Applications*. StatSoft Inc., Tulsa.
216. Hinrichs, G. (2009). Organic Organizational Design. *OD Practitioner*, 41(4), 4–12.
217. Hislop, D. (2010). Knowledge management as an ephemeral management fashion? *Journal of Knowledge Management*, 14(6), 779–790.
218. Hislop, D. (2013). *Knowledge management in organisations: A critical introduction (3rd Ed.)*. Oxford University Press, United Kingdom.
219. Hodge, B. J., Anthony, W. P. & Gales, L. M. (2003). *Teoría de la organización: Un enfoque estratégico*. Prentice Hall, Madrid.
220. Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modeling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53–60.
221. Hoover, K. & Donovan, T. (2011). *The Elements of Social Scientific Thinking*. Wadsworth Cengage Learning, Spain.
222. Hoss, R. & Schlusell, A. (2009). *Metrics that assess an organization's KM state*. United States Army War College, Pennsylvania.
Dostupno na: www.digitalgovernment.com/media/Downloads/asset_upload_file66_2654.pdf, 2. 10. 2019.
223. HR Magazine (2009). Leveraging HR and knowledge management in a challenging economy. *SHRM Research Quarterly*, 54(6), 1–10.
224. Hsu, Y. (2017). Organizational innovation, design and npd performance: The role of co-creation strategy. *International Journal of Innovation Management*, 21(4), 1–19. <https://doi.org/10.1142/S1363919617500335>.

225. Hussinki, H., Kianto, A., Vanhala, M. & Ritala, P. (2017). Assessing the universality of knowledge management practices. *Journal of Knowledge Management*, 21(6). <https://doi.org/10.1108/JKM-09-2016-0394>.
226. Idris, A. (2017). Penggunaan Organizational Culture Assesment Instrument pada Organisasi Non Formal. *Jurnal Ekonomi Modernisasi*, 13(2), 53–61. <https://doi.org/10.21067/jem.v13i2.1767>.
227. Ilić, M. (1996). *Naučno istraživanje – opšta metodologija*. Filološki fakultet, Beograd.
228. Institut Alternativa (2016). *Koliko građana u Crnoj Gori učestvuje u javnim raspravama o budžetima svojih opština?* Dostupno na: <http://www.mojgrad.me/images/infografici/mojgrad-koliko-gradjani-cg-ucestvuju-u-javnim-raspravama-o-budzetu-opstina.png>, 1. 12. 2019.
229. Ivanović, P. (2007). *Strategijski menadžment*. Ekonomski fakultet Univerziteta Crne Gore, Podgorica.
230. Jacobs, J. (1969). *The Economy of Cities*. Vintage, New York.
231. Jandavath, R. K. N. & Byram, A. (2016). Healthcare service quality effect on patient satisfaction and behavioural intentions in corporate hospitals in India. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 10(1), 48–74. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-07-2014-0043>.
232. Janssen, M. & Moors, E. H. M. (2013). Caring for healthcare entrepreneurs — Towards successful entrepreneurial strategies for sustainable innovations in Dutch healthcare. *Technological Forecasting & Social Change*, 80, 1360–1374.
233. Jasimuddin, S. M. (2008). A holistic view of knowledge management strategy. *Journal of Knowledge Management*, 12(2), 57–66, <https://doi.org/10.1108/13673270810859514>.
234. Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602–611.

235. Johnson, A., Nguyen, H., Groth, M., Wang, K. & Ng, J. L. (2016). Time to change: a review of organisational culture change in health care organisations. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 3(3), 265–288. <https://doi.org/10.1108/joepp-06-2016-0040>.
236. Johnson, B. & Christensen, L. B. (2012). *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches (4th edition)*. Sage, Thousand Oaks.
237. Jorma, T., Tiirinki, H., Bloigu, R. & Turkki, L. (2016). LEAN thinking in Finnish healthcare. *Leadership in Health Services*, 29(1), 9–36. <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2015-0021>.
238. Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263–291.
239. Kamhawi, E. M. (2012). Knowledge management fishbone: A standard framework of organisational enablers. *Journal of Knowledge Management*, 16(5), 808–828. <https://doi.org/10.1108/13673271211262826>.
240. Kassak, K. M., Ali, M., Tauk, M. & Abdallah, A. M. (2007). The quest for health care decentralization: revisiting decree 159. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 19(4), 447–461. [https://doi.org/10.1108/JPBAFM-19-04-2007-B002\(2007\)](https://doi.org/10.1108/JPBAFM-19-04-2007-B002(2007)).
241. Katon, W., Lin, E., Von Korff, M., Ciechanowski, I. P., Ludman, E., Young, B., Peterson, D., Rutter, C. M., McGregor, M. & McCulloch, D. (2011). Collaborative care for depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine*, 364(13), 1278–1279.
242. Kavanagh, J., Campbell, F., Harden, A. & Thomas, J. (2012). Mixed Methods synthesis: a worked example. In: Hannes, K. & Lockwood, C. (2012). *Synthesizing Qualitative Research: Choosing the Right Approach*. BMJ Books, John Wiley & Sons, United Kingdom.

243. Kavčič, M., Pahor, M. & Domajnko, B. (2015). User involvement in Slovenian healthcare. *Journal of health organization and management*, 29(5), 595–610. [https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2014-0095\(2015\)](https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2014-0095(2015)).
244. Kempster, S. & Parry, K. (2011). Grounded Theory and Leadership Research: A Critical Realist Perspective. *The Leadership Quarterly*, 22, 106–120.
245. Kennewell, S. & Baker, L. (2016). Benefits and risks of shared services in healthcare. *Journal of health organization and management*, 30(3), 441–456. [https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2014-0044\(2016\)](https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2014-0044(2016)).
246. Kerlinger, F. N. (1986). *Foundations of Behavioral Research*. Holt, Rinehart and Winston, Montreal.
247. Kern, A. (2006). Exploring the Relation Between Creativity and Rules: The Case of the Performing Arts. *International Studies of Management & Organization*, 36(1), 63–80. <https://doi.org/10.2753/imo0020-8825360104>.
248. Ketchen, D. J. & Bergh, D. D. (2004). *Research Methodology in Strategy and Management*. Heidelberg, Germany.
249. Khan, S. N. (2014). Qualitative Research Method: Grounded Theory. *International Journal of Business and Management*, 9(11), 224–233. <https://doi.org/10.5539/ijbm.v9n11p224>.
250. Kim, D. H. (1993). The link between individual and organizational learning. *Sloan Management Review*, 35(1), 37–50.
251. Kingsnorth, R. (2013). Partnerships for health and wellbeing: Transferring public health responsibilities to Local Authorities. *Journal of Integrated Care*, 21(2), 64–76. [http://dx.doi.org/10.1108/14769011311316006\(2013\)](http://dx.doi.org/10.1108/14769011311316006(2013)).
252. Kline, R. B. (1998). *Methodology in the social sciences: Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press, New York, USA.

253. Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. The Guilford Press, New York, USA.
254. Kojo Sakyi, E., Awoonor-Williams, J. K. & Adzei, F. A. (2011). Barriers to implementing health sector administrative decentralisation in Ghana: a study of the Nkwanta district health management team. *Journal of health organization and management*, 25(4), 400–419. [http://dx.doi.org/10.1108/14777261111155038\(2011\)](http://dx.doi.org/10.1108/14777261111155038(2011)).
255. Kolmogorov, A. N. (1933). Sulla determinazione empirica di una legge di distribuzione. *Giornale dell' Istituto Italiano degli Attuari*, 4, 83–91.
256. Koohborfardhaghighi, S. & Altmann, J. (2017). How Organizational Structure Affects Organizational Learning. *Journal of Integrated Design and Process Science*, 21(1), 43–60. <https://doi.org/10.3233/jid-2017-0006>.
257. Kotler, P. (2000). *Marketing management*. Upper Saddle River, Prentice Hall, New Jersey.
258. Koufteros, X. A., Nahm, A. Y., Cheng, T. C. E. & Lai, K. H. (2007). An Empirical Assessment of a Nomological Network of Organizational Design Constructs: From Culture to Structure to Pull Production to Performance. *International Journal of Production Economics*, 106(2). 468–492.
259. Kruskal, W. H. & Wallis, W. A. (1952). Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47, 583–621. <https://doi.org/10.1080/01621459.1952.10483441>.
260. Kukovič, S. (2018). Coping with demographic challenges: case of Slovenian local communities. *Journal of Comparative Politics*, 11(2), 83–100.
261. Kunda, Z. (1999). *Social cognition: Making sense of people*. MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

262. Labonte, A. J., Benzer, J. K., Burgess, J. F., Cramer, I. E., Meterko, M., Pogoda, T. K. & Charns, M. P. (2016). The Effects of Organization Design and Patient Perceptions of Care on Switching Behavior and Reliance on a Health Care System Across Time. *Medical Care Research and Review*, 73(2), 182–204. <https://doi.org/10.1177/1077558715601543>.
263. Lajh, D. & Krašovec, A. (2010). Slovenia. In: Mootz, L.(Ed.). *Nations in Transit 2010: Democratization from Central Europe to Eurasia* (495–510). Freedom House, New York. Dostupno na: www.refworld.org/pdfid/4d53f0261a.pdf, 1. 1. 2019.
264. Larson, A. M. & Ribot, J. (2004). Natural resources lens: an introduction. *European Journal of Development Research*, 16(1), 1–25.
265. Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of Survey Research Methods*. Sage, Los Angeles.
266. Lawrence, P. R. & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1–47.
267. Lazović, V. & Đuričković, T. (2018). *Digitalna ekonomija: Nešto već znamo, nešto naslućujemo, a nečega još uvijek nijesmo svjesni!* Autorsko izdanje, Štamparija Obod, Cetinje.
268. Leary, M. R. (2001). *Introduction to Behavioral Research Methods*. Allyn and Bacon, Boston.
269. Leavitt, H. J. (1964). Applied Organization Change in Industry: Structural, Technical and Human Approaches. In: Cooper, W. W., Leavitt, H. J. & Shelly, M. W. II (eds.). *New Perspectives in Organization Research*. John Wiley & Sons, New York.
270. Lee, H. & Choi, B. (2003). Knowledge Management enablers, processes, and organizational performance: an integrative view and empirical examination. *Journal of Management Information Systems*, 20(1), 179–228.

271. Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A. & Kim, C. (2000). Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, 48(3), 233–246. [https://doi.org/10.1016/s0148-2963\(98\)00089-7](https://doi.org/10.1016/s0148-2963(98)00089-7).
272. Lehtonen, R. & Pahkinen, R. (2004). *Practical Methods for Design and Analysis of Complex Surveys*. John Wiley & Sons, Chichester, England.
273. Lepkowski, J. M., Sadosky, S. A. & Weiss, P. (1998). Mode, behavior, and data recording error. In: Couper, M., Baker, R., Bethlehem, J., Clark, C., Martin, J., Nicholls, W. II, O'Reilly, J. (Eds.). *Computer Assisted Survey Information Collection* (367–388). John Wiley, New York.
274. Liophanich, C. (2014). An Investigation of Knowledge Management Implementation: Multiple Case Study in Mobile Telecommunication Industry. *Journal of Industrial and Intelligent Information*, 2(2), 159–163.
275. Lojpur, A. & Kuljak, M. (2005). *Menadžment*. Ekonomski fakultet, Podgorica.
276. López, S. P., Peón, J. M. M. & Ordás, C. J. V. (2006). The organisational context of learning: An empirical analysis. *International Journal of Technology Management*, 35(1–4), 196–223.
277. Mahalanobis, P. C. (1946). Recent experiments in statistical sampling in the Indian Statistical Institute. *Journal of the Royal Statistical Society*, 109, 325–370.
278. Mahmoudsalehi, M., Moradkhannejad, R. & Safari, K. (2012). How knowledge management is affected by organizational structure. *Learning Organization*, 19(6), 518–528. <https://doi.org/10.1108/09696471211266974>.
279. Mandal, S. (2017). The influence of organizational culture on healthcare supply chain resilience: moderating role of technology orientation. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 32(8), 1021–1037.
280. Mann, H. B. & Whitney, D. R. (1947). On a Test of Whether One of Two Random Variables Is Stochastically Larger than the Other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50–60. <http://dx.doi.org/10.1214/aoms/1177730491>.

281. Marshakova, I. (1973). System of documentation connections based on references (SCI). *Nauchno-Tekhnicheskaya Informatsiya Seriya*, 2(6), 3–8.
282. Marshall, A. (1890). *Principles of Economics*. Macmillan, London.
283. Martensson, M. (2000). A critical review of knowledge management as a management tool. *Journal of Knowledge Management*, 4(3), 204–216.
284. Mašić, B., Babić, L., Đorđević-Boljanović, J., Dobrijević, G. & Veselinović, S. (2010). *Menadžment*. Univerzitet Singidunum, Beograd.
285. Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
286. McCluskey, W. J. & Bevc, I. (2007). Fiscal decentralization in the Republic of Slovenia: an opportunity for the property tax. *Property Management*, 25(4), 400–419. [https://doi.org/10.1108/02637470710775220\(2007\)](https://doi.org/10.1108/02637470710775220(2007)).
287. McColl-Kennedy, J., Cheung, L. & Ferrier, E. (2015). Co-creating service experience practices. *Journal of Service Management*, 26, 249–275. <https://doi.org/10.1108/JOSM-08-2014-0204>.
288. McCracken, G. (1988). *The long interview*. Sage, Thousand Oaks, California.
289. McKernan, J. (1991). *Curriculum action research*. Kogan Page, London.
290. Međunarodni monetarni fond (2019). Dostupno na: <https://www.imf.org/en/Countries/MNE>, 26. 11. 2019.
291. Mehdibeigi, N., Dehghani, M. & Yaghoubi, N. M. (2016). Customer Knowledge Management and Organization's Effectiveness: Explaining the Mediator Role of Organizational Agility. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 230(5), 94–103. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.09.012>.

292. Meirovich, G., Brender-Ilan, Y., Meirovich, A. (2007). Quality of hospital service: the impact of formalization and decentralization. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(3), 240–252. [https://doi.org/10.1108/09526860710743372\(2007\)](https://doi.org/10.1108/09526860710743372(2007)).
293. Mihailović, B. (2003). *Marketing menadžment*. Štamparija Obod, Cetinje.
294. Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
295. Miles, M., Huberman, M. & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook (3rd ed.)*. Sage, Thousand Oaks, California.
296. Miles, R. E. & Snow, C. C. (1978). *Organizational Strategy, Structure and Process*. McGraw-Hill, New York.
297. Miles, R. E., Miles, G. & Snow, C. C. (2005). *Collaborative Entrepreneurship: How Communities of Networked Firms Use Continuous Innovation to Create Economic Wealth*. Stanford University Press, Stanford, California.
298. Millar, R., Jian, W., Mannion, R. & Miller, R. (2016). Healthcare reform in China: making sense of a policy experiment? *Journal of health organization and management*, 30(3), 324–330. [https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2014-0200\(2016\)](https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2014-0200(2016)).
299. Miller, L. M. (2015). E-health: Knowledge generation, value intangibles and intellectual capital. *International Journal of Healthcare Management*, 8(2), 100–111.
300. Mills, J., Bonner, A. & Francis, K. (2006). The Development of Constructivist Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods* 5(1), 1–10.
301. Milošević, M. (2018). *Reforma javne uprave: Koliko daleko je 2020?* Institut Alternativa, Podgorica. Dostupno na: http://media.mojauprava.me/2017/09/Reforma-javne-uprave_web.pdf, 1. 1. 2019.

302. Ministarstvo finansija Crne Gore – Obrazloženje tekućeg budžeta, rezervi i budžeta fondova po funkcionalnoj klasifikaciji (2009–2019). 23. 11. 2019.
303. Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, 26, 322–341. <https://doi.org/10.1287/mnsc.26.3.322>.
304. Mitchell, E. S. (1986). Multiple triangulation: A methodology for nursing science. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 18–26.
305. Mitchell, M. L. & Jolley, J. M. (2010). *Research Design Explained*. Wadsworth Cengage Learning, Japan.
306. Monteverde, K. & Teece, D. J. (1982). Supplier switching costs and vertical integration in the automobile industry. *Bell Journal of Economics*, 13, 206–213.
307. Mooi, E. & Sarstedt, M. (2011). *A Concise Guide to Market Research – The Process, Data and Methods Using IBM SPSS Statistics*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-12541-6>.
308. Morgan, D. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48–76.
309. Muijs, D. (2011). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS (2nd ed.)*. Sage, London.
310. Muriana, C. & Vizzini, G. (2017). Project risk management: A deterministic quantitative technique for assessment and mitigation. *International Journal of Project Management*, 35(3), 320–340. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2017.01.010>.
311. Mužić, V. (1977). *Metodologija pedagoškog istraživanja*. Svjetlost, Sarajevo.
312. Myers, J. H. & Mullet, G. M. (2003). *Managerial applications of multivariate analysis in marketing*. American Marketing Association, Chicago.

313. Myers, M. D. (2009). *Qualitative Research in Business & Management*. Sage, London.
314. Myllärniemi, J., Laihonon, H., Karppinen, H. & Seppänen, K. (2012). Knowledge management practices in healthcare services. *Measuring Business Excellence*, 16(4), 54–65. <https://doi.org/10.1108/13683041211276447>.
315. Nagle, B. & Williams, N. (2011). *Methodology Brief: Introduction to Focus Groups*. Center for Assessment, Planning & Accountability, 1–12. Dostupno na: <http://www.uncfsp.org/projects/userfiles/File/FocusGroupBrief.pdf>, 28. 11. 2019.
316. Nambisan, P. & Nambisan, S. (2009). Models of Consumer Value Cocreation in Health Care. *Health Care Management Review* 34(4), 344–354. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181abd528>.
317. Nelson, R. R. & Winter, S. G. (1982). *An evolutionary theory of economic change*. Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
318. Neuman, W. L. (2006). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches (6th edition)*. Pearson, Allyn & Bacon, Boston.
319. Neyman, J. (1937). Outline of a Theory of Statistical Estimation Based on the Classical Theory of Probability. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series A, Mathematical and Physical Sciences*, 236(767), 333–380. Dostupno na: www.jstor.org/stable/91337, 14. 12. 2019.
320. Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company*. Oxford University Press, New York.
321. Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organisational knowledge creation. *Organisation Science*, 5(1), 14–37.
322. Nonaka, I., Toyama, R. & Konno, N. (2000). SECI, Ba and Leadership: A Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. *Long Range Planning*, 33(1), 5–34. [https://doi.org/10.1016/S0024-6301\(99\)00115-6](https://doi.org/10.1016/S0024-6301(99)00115-6).

323. North, K. & Hornung, T. (2002). The benefits of Knowledge Management – Results of the German Award “Knowledge Manager 2002”. *Journal of Universal Computer Science*, 9(6), 463–471.
324. Northouse, P. G. (2008). *Liderstvo: teorija i praksa*. Data Status, Beograd.
325. Nutt, P. C. (1993). The formulation processes and tactics used in organizational decision making. *Organization Science*, 4(2), 226–251.
326. O'Reilly III, C. A. & Tushman, M. L. (2004). The Ambidextrous Organization. *Harvard Business Review*, 82, 74–81. Massachusetts, USA.
327. Obel, B. (1993). Strategi og Ledelse – Er der en sammenhæng? In: Hildebrandt, S. (ed.), *Strategi og Ledelse, Veje og Visioner mod år 2000* (396–408). Herning, Systime (in Danish).
328. Oblaković, M., Sokolovska, V. & Dinić, B. (2015). Tretmani nedostajućih podataka. *Primenjena psihologija*, 8(3), 289–309.
329. OCAI Online – Organizational Culture Assessment Instrument (2019). Dostupno na: <https://www.ocai-online.com>, 7. 11. 2019.
330. Odendaal, W., Atkins, S. & Lewin, S. (2016). Multiple and mixed methods in formative evaluation: Is more better? Reflections from a South African study. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0273-5>.
331. Odluka o mreži zdravstvenih ustanova („Službeni list Crne Gore“, br. 37/16, 48/17 i 12/18).
332. OECD. (2018). *Health expenditure in relation to GDP in Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-30-en.

333. Oh, S. Y., Ghose, S., Chung, K., Ryu, J. K. & Han, J. S. (2014). Recent trends in convergence-based smart healthcare service. *Technology and Health Care*, 22(3), 303–307. <https://doi.org/10.3233/THC-140822>.
334. Oja, S. N. & Smulyan, L. (1989). *Collaborative action research: A developmental approach*. Falmer, Lewes.
335. Olatokun, W. & Nwafor, C. I. (2012). The effect of extrinsic and intrinsic motivation on knowledge sharing intentions of civil servants in Ebonyi state – Nigeria. *Information Development*, 28(3), 216–234. <https://doi.org/10.1177/0266666912438567>.
336. Oluikpe, P. (2012). Developing a corporate knowledge management strategy. *Journal of Knowledge Management*, 16(6), 862–878. <https://doi.org/10.1108/13673271211276164>.
337. Omotayo, F. O. (2015). Knowledge Management as an important tool in Organisational Management: A Review of Literature. *Library Philosophy and Practice (e-journal)*, 1238. Dostupno na: <http://digitalcommons.unl.edu/libphilprac/1238>, 12. 12. 2019.
338. Onwuegbuzie, A. J. & Leech, N. L. (2006). Linking research questions to mixed methods data analysis procedures 1. *The qualitative report*, 11(3), 474–498.
339. Oppenheim, A. (1992). *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. London, Pinter.
340. Osei-Frimpong, K., Wilson, A. & Owusu-Frimpong, N. (2015). Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach. *Journal of Service Theory and Practice*, 25(4), 443–462. <https://doi.org/10.1108/jstp-03-2014-0062>.
341. Oskamp, S. & Schultz, P. W. (2005). *Attitudes and Opinions*, Pearson Education. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.

342. Ostrom, A., Parasuraman, A., Bowen, D. E., Patrício, L. & Voss, C. A. (2015). Service Research Priorities in a Rapidly Changing Context. *Journal of Service Research*, 18(2), 127–159. <https://doi.org/10.1177/1094670515576315>.
343. Pajek (2019). Dostupno na: <http://pajek.imfm.si>, 10. 10. 2019.
344. Payne, S. (1951). *The art of asking questions*. Princeton University Press, Princeton.
345. Pearson, K. (1895). Notes on regression and inheritance in the case of two parents. *Proceedings of the Royal Society of London*, 58, 240–242.
346. Pečarič, M. & Bugarič, B. (2011). *Javne službe*. Faculty of Administration, Ljubljana.
347. Peneder, M. (2002). Intangible Investment and Human Resources. *Journal of Evolutionary Economics*, 12(1–2), 107–134. <https://doi.org/10.1007/s00191-002-0103-2>.
348. Pentland, A. (2014). *Social Physics: How Good Ideas Spread – the Lessons from a New Science*. The Penguin Press, New York.
349. Perc, M. (2019). The Social Physics Collective. *Scientific Reports*, 9(1), 9–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-53300-4>.
350. Pertusa-Ortega, E. M., López-Gamero, M. D., Pereira-Moliner, J., Tarí, J. J. & Molina-Azorín, J. F. (2018). Antecedents of Environmental Management: The Influence of Organizational Design and Its Mediating Role Between Quality Management and Environmental Management. *Organization and Environment*, 31(4), 425–443. <https://doi.org/10.1177/1086026617718426>.
351. Pertusa-Ortega, E. M., Zaragoza-Sáez, P. & Claver-Cortés, E. (2010). Can formalization, complexity, and centralization influence knowledge performance? *Journal of Business Research*, 63(3), 310–320. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.03.015>.

352. Peters, I. (2014). Too Abstract to Be Feasible? Applying the Grounded Theory Method in Social Movement Research. *SSRN Electronic Journal*, 247. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2456627>.
353. Peters, L. D., Löbner, H., Brodie, R. J., Breidbach, C. F., Hollebeek, L. D., Smith, S. D., Sörhammar, D. & Varey, R. J. (2014). Theorizing about resource integration through service-dominant logic. *Marketing Theory*, 14(3), 249–268. <https://doi.org/10.1177/1470593114534341>.
354. Peticija za povećanje zarada ljekara u Crnoj Gori (2019). Dostupno na: https://www.peticije.online/peticija_za_povecanje_zarada_ljekara?fbclid=IwAR2Al4S3cToXooLfz8pnZ-v7ehOGkib-6zq3GwNK7wYkUbsipVbJdFZV300, 28. 11. 2019.
355. Petković, M. & Lukić, J. (2013). Uticaj informacione tehnologije na dizajn organizacije: Primer organizacije u zdravstvu. *Sociologija*, 55(3), 439–460. <https://doi.org/10.2298/SOC1303439P>.
356. Philips, M. E. (2004). Action Research and Development Coalitions in Health Care. *Action Research*, 2(4), 349–370. <https://doi.org/10.1177/1476750304047980>.
357. Pierzchala, M. (1990). A review of the state of the art in automated data editing and imputation. *Journal of Official Statistics*, 6, 355–377.
358. Pilav, A. & Jatić, Z. (2017). The Impact of Organizational Culture on Patient Satisfaction. *Journal of Health Sciences*, 7(1), 9.
359. Pisano, G. (1989). Using equity participation to support exchange: Evidence from the biotechnology industry. *Journal of Law, Economics and Organization*, 5, 109–126.
360. Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. Doubleday, New York.
361. Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. Routledge and Kegan Paul, London, United Kingdom.

362. Ponzi, L. & Koenig, M. (2002). Knowledge management: Another management fad? *Information Research*, 8(1). Dostupno na: <http://InformationR.net/ir/8-1/paper145.html>, 4. 3. 2018.
363. Popper, K. R. (1959). *The logic of scientific discovery*. Basic Books, New York.
364. Porter, M. E. & Kramer, M. R. (2019). Creating shared value. In: Lenssen, G. G. & Smith, N. C. *Managing Sustainable Business* (Eds.). Springer, Dordrecht, The Netherlands, Vol. 1, 327–350, ISBN 978-94-024-1144-7.
365. Porter, M. E. (1990). *The Competitive Advantage of Nations*. Macmillan, London.
366. Porter, M. E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, 86(1), 78–93.
367. Porter, N. (1913). *Epistemology*. Webster's Revised Unabridged Dictionary, G & C. Merriam Co. Springfield, USA.
368. Pouwels, I. & Koster, F. (2017). Inter-organizational cooperation & organizational innovativeness: A comparative study. *International Journal of Innovation Science*, 9(2), 184–204. <https://doi.org/10.1108/IJIS-01-2017-0003>.
369. Powell, R. (1962). *Zen and reality*. Taplinger Publishing, New York.
370. Praag, B. & Ferrer-i-Carbonell, A. (2004). *Happiness Quantified: A Satisfaction Calculus Approach*. Oxford University Press, United Kingdom. <https://doi.org/10.1093/0198286546.001.0001>.
371. Prahalad, C. K. & Ramaswamy, V. (2004). Co-creating unique value with customers. *Strategy and Leadership*, 32(3), 4–9.
372. Pravilnik o bližim uputstvima za obavljanje monitoringa i uspostavljanje procesa evaluacije, sa indikatorima i kriterijumima pomoću kojih se vrši monitoring, odnosno evaluacija kvaliteta zdravstvene zaštite („Službeni list Crne Gore“, br. 17/15).

373. Prijedlog Zakona o budžetu Crne Gore za 2019. godinu. Dostupno na: <http://www.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rId=341877&rType=2>, 1. 1. 2019.
374. Prijedlog Zakona o budžetu Crne Gore za 2020. godinu, utvrđen na 143. Sjednici Vlade Crne Gore održanoj 14. novembra 2019. godine.
375. Prysmakova, P. (2016). From compliance to commitment: Centralization and public service motivation in different administrative regimes. *International Journal of Manpower*, 37(5), 878–899. [https://doi.org/10.1108/IJM-12-2014-0253\(2016\)](https://doi.org/10.1108/IJM-12-2014-0253(2016)).
376. Puranam, P. (2012). A Future for the Science of Organization Design. *Journal of Organization Design*, 1(1), 18–19. Organizational Design Community. <https://doi.org/10.7146/jod.6337>.
377. Pusić, E. (1989). *Nauka o upravi*. Narodne novine, Zagreb.
378. Quinn, R. & Rohrbaugh, J. (1983). A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Toward a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, 29, 363–377. <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.29.3.363>.
379. Rabić, M. (2009). Knowledge management in Nigeria oil and gas industry: Theoretical frameworks, practical challenges and opportunities. *Petroleum Technology Development Journal*, 1, 1–10.
380. Radević, I. & Haček, M. (2019). Decentralisation Processes in Montenegrin Public Administration: Challenges of Health System. *Lex Localis - Journal of Local Self-Government*, 17(3), 471–493. [https://doi.org/10.4335/17.3.471-493\(2019\)](https://doi.org/10.4335/17.3.471-493(2019)).
381. Radević, I. (2013). *Digitalna ekonomija i marketing menadžment*. Univerzitet Crne Gore – Ekonomski fakultet Podgorica, ISBN 978-86-80133-65-2; COBISS.CG-ID 22752016.
382. Radević, I. (2018). *Retorika u funkciji liderstva*. Fakultet za državne i evropske studije, Podgorica, ISBN 978-9940-537-14-2; COBISS.CG-ID 36606736.

383. Radonjić, R. (2013). *Retorika*. Fakultet za državne i evropske studije, Podgorica.
384. Rakočević, S. (1994). *Državna uprava: vloga, položaj, organizacija, delovanje*. Uradni list RS, Ljubljana.
385. Rayner, J., Muldoon, L., Bayoumi, I., McMurchy, D., Mulligan, K. & Tharao, W. (2018). Delivering primary health care as envisioned: A model of health and well-being guiding community-governed primary care organizations. *Journal of Integrated Care*, 26(3), 231–241. [https://doi.org/10.1108/JICA-02-2018-0014\(2018\)](https://doi.org/10.1108/JICA-02-2018-0014(2018)).
386. Reed, D. (1999). Stakeholder Management Theory: A Critical Theory Perspective. *Business Ethics Quarterly*, 9(3), 453–483. <https://doi.org/10.2307/3857512>.
387. Regmi, K., Naidoo, J., Greer, A. & Pilkington, P. (2010). Understanding the effect of decentralisation on health services: The Nepalese experience. *Journal of health organization and management*, 24(4), 361–382. [https://doi.org/10.1108/14777261011064986\(2010\)](https://doi.org/10.1108/14777261011064986(2010)).
388. Resatsch, F. & Faisst, U. (2004). Measuring the performance of knowledge management initiatives. *Proceedings of the 5th European Conference on Organizational Knowledge, Learning, and Capabilities*, Innsbruck.
389. Reynaud, B. (2005). The void at the heart of rules: Routines in the context of rule-following: The case of the Paris Metro Workshop. *Industrial and Corporate Change*, 14(5), 847–871. <https://doi.org/10.1093/icc/dth073>.
390. Riege, A. (2007). Actions to overcome knowledge transfer barriers in MNCs. *Journal of Knowledge Management*, 11(1), 48–67.
391. Rivero, J. (1971). *Droit administratif*. Dalloz, Paris.
392. Robertson, M. & Swan, J. (2003). Control-what control? Culture and ambiguity within a knowledge intensive firm. *Journal of Management Studies*, 40(4), 861–858.

393. Romer, J. (1986). Increasing Returns and Long-Run growth. *Journal of Political Economy*, 94, 1002–1037.
394. Ruane, J. M. (2005). *Essentials of Research Methods: A Guide to Social Science Research*. Blackwell Publishing, Oxford, United Kingdom.
395. Rule, J., Dunston, R. & Solomon, N. (2016). Learning and change in the redesign of a primary health care initiative. *Journal of Workplace Learning*, 28(7), 451–467. [https://doi.org/10.1108/JWL-09-2015-0069\(2016\)](https://doi.org/10.1108/JWL-09-2015-0069(2016)).
396. Rumelt, R. (1974). Strategy, Structure and Economic Performance, Graduate School of Business Administration, Harvard University. In: Jaško, O., Čudanov, M., Jevtić, M. & Krivokapić, J. (2017). *Organizacioni dizajn – pristupi, metode i modeli*. FON, Beograd.
397. Rydenfält, C., Odenrick, P. & Larsson, P. A. (2017). Organizing for teamwork in healthcare: an alternative to team training? *Journal of Health, Organisation and Management*, 31(3), 347–362. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2016-0233>.
398. Sahoo, D. & Ghosh, T. (2016). Healthscape role towards customer satisfaction in private healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(6), 600–613. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2015-0068>.
399. Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33, 77–84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>.
400. Santti, U., Eskelinen, T., Rajahonka, M., Villman, K. & Happonen, A. (2017). Effects of Business Model Development Projects On Organizational Culture: A Multiple Case Study of SMEs. *Technology Innovation Management Review*, 7(8), 15–26.
401. Saris, W. E. & Gallhofer, I. N. (2007). *Design, Evaluation and Analysis of Questionnaires for Survey Research*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
402. Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students (5th ed.)*. Prentice Hall/Financial Times, Harlow (Essex).

403. Saviano, M., Parida, R., Caputo, F. & Kumar Datta, S. (2014). Health care as a worldwide concern: Insights on the Italian and Indian health care systems and PPPs from a VSA perspective. *EuroMed Journal of Business*, 9(2), 198–220. [https://doi.org/10.1108/EMJB-10-2013-0050\(2014\)](https://doi.org/10.1108/EMJB-10-2013-0050(2014)).
404. Sawhney, M. & Prandelli, E. (2000). Communities of Creation: Managing Distributed Innovation in Turbulent Markets. *California Management Review*, 42(4), 24–54. <https://doi.org/10.2307/41166052>.
405. Scarbrough, H. & Swan, J. (2001). Explaining the diffusion of knowledge management. *British Journal of Management*, 12(1), 3–12.
406. Schaeffer, N. C. (1991). Interview, Conversation with a purpose or conversation? In: Biemer, P. N., Groves, R. M., Lyberg, L. E., Mathiowetz, N. A. & Sudman, S. (Eds.). *Measurement errors in surveys* (367–393). John Wiley, New York.
407. Schedlitzki, D. & Edwards, G. (2018). *Studying Leadership – Traditional and Critical Approaches*. SAGE, Los Angeles.
408. Schein, E. H. (2004). *Organizational Culture and Leadership (Third Edition)*. Wiley, San Francisco, USA.
409. Schmieder-Ramirez, J. & Mallette, L. (2015). Using the SPELIT analysis technique for organizational transitions. *In Science Press*, 1(1997), 291–299.
410. Scholten, G. R. & van der Grinten, T. E. (1998). Between physician and manager: new co-operation models in Dutch hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 12(1). <https://doi.org/10.1108/02689239810225238>.
411. Schuman, H. H. & Presser, S. (1981). *Questions and answers in attitude surveys*. Academic Press, New York.
412. Sci2 (2019). Dostupno na: <https://sci2.cns.iu.edu>, 10. 10. 2019.

413. Sciulli, N. (2008). Public private partnerships: an exploratory study in health care. *Asian Review of Accounting*, 16(1), 21–38. [https://doi.org/10.1108/13217340810872454\(2008\)](https://doi.org/10.1108/13217340810872454(2008)).
414. Serenko, A., Bontis, N., Booker, L., Sadeddin, K. & Hardie, T. (2010). A scientometric analysis of knowledge management and intellectual capital academic literature (1994–2008). *Journal of Knowledge Management*, 14(1), 3–23.
415. Shahzad, K., Bajwa, S. U., Siddiqi, A. F. I., Ahmid, F. & Raza Sultani, A. (2016). Integrating knowledge management (KM) strategies and processes to enhance organizational creativity and performance: An empirical investigation. *Journal of Modelling in Management*, 11(1), 154–179. <https://doi.org/10.1108/JM2-07-2014-0061>.
416. Sharma, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*. John Wiley & Sons, Brisbane.
417. Siggelkow, N. (2007). Persuasion with Case Studies. *Academy of Management Journal*, 50(1), 20–24.
418. Silverman, D. (2005). *Doing Qualitative Research (2nd ed.)*. Sage Publications, London.
419. Silverman, D. (2011). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. SAGE Publications, London.
420. Sindikat doktora medicine (2019).
Dostupno na: <https://www.sindikatkodoktora.me/>, 26. 11. 2019.
421. Sinisammal, J., Leviäkangas, P., Autio, T. & Hyrkäs, E. (2016). Entrepreneurs' perspective on public-private partnership in health care and social services. *Journal of health organization and management*, 30(1), 174–191. [https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2014-0039\(2016\)](https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2014-0039(2016)).

422. Skinner, C. (2009). Statistical Disclosure Control for Survey Data. *Sample Surveys: Design, Methods and Applications*, 29A, 381–398, [https://doi.org/10.1016/S0169-7161\(08\)00015-1](https://doi.org/10.1016/S0169-7161(08)00015-1).
423. Smirnov, N. V. (1933). Estimate of deviation between empirical distribution functions in two independent samples. *Bulletin of Moscow University*, 2, 3–16.
424. Snow, C. C. (2015). Organizing in the Age of Competition, Cooperation, and Collaboration. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 22(4), 433–442. <https://doi.org/10.1177/1548051815585852>.
425. Snow, C. C. (2016). Organizing in the Age of Competition, Cooperation, and Collaboration. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 23(1), 1–10.
426. Snow, C. C., Fjeldstad, Ø. D., Lettl, C. & Miles, R. E. (2010). Introduction to the Special Issue, *Organizational Dynamics*, 39(2), 91–92. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2010.01.011>.
427. Somekh, B. & Lewin, C. (2005). *Research Methods in the Social Sciences*. Sage Publications, New Delphi.
428. Sorrentino, M. & Simonetta, M. (2011). Assessing local partnerships: An organisational perspective. *Transforming Government: People, Process and Policy*, 5(3), 207–224. [https://doi.org/10.1108/17506161111157584\(2011\)](https://doi.org/10.1108/17506161111157584(2011)).
429. Špaček, D. (2016). Knowledge management in public administration – what can be found in research outputs in the Czech Republic – preliminary findings. *Proceedings of the 20th international conference on current trends in public sector research*, 20, 94–101.
430. Spearman, C. (1904). The Proof and Measurement of Association between Two Things. *American Journal of Psychology*, 15, 72–101.
Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/1412159>, 31. 8. 2019.

431. Stake, R. (1995). *The Art of Case Research*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
432. Stanford, N. (2007). *Guide to Organization Design*, Profile Books, London. In: Jaško, O., Čudanov, M., Jevtić, M. & Krivokapić, J. (2017). *Organizacioni dizajn – pristupi, metode i modeli*. FON, Beograd.
433. Stanovich, K. E. (1996). *How to think straight about psychology (5th ed.)*. Scott Foresman, Chicago.
434. Steane, P. (2004). Ethical issues in research. In: Burton, S. & Steane, P. (eds.), *Surviving Your Thesis* (59–70). Routledge, Abingdon.
435. Steiner, R., Kaiser, C., Tapscott, C. & Navarro, C. (2018). Is local always better? Strengths and limitations of local governance for service delivery. *International Journal of Public Sector Management*, 31(4), 394–409. [https://doi.org/10.1108/IJPSM-03-2018-0082\(2018\)](https://doi.org/10.1108/IJPSM-03-2018-0082(2018)).
436. Stevens, S. S. (1946). On the theory of scales of measurement. *Science*, 103, 677–680. <http://dx.doi.org/10.1126/science.103.2684.677>.
437. Stogdill, R. M. (1974). *Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. Free Press, New York.
438. Stoker, G. (1991). *The Politics of Local Government*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
439. Strategija reforme javne uprave u Crnoj Gori za period 2011–2016. Dostupno na: <http://www.mju.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rId=268697&rType=2>, 1. 1. 2019.
440. Strategija upravne reforme Crne Gore 2002–2009. Dostupno na: <http://www.mup.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rid=41581&rType=2&file=1197558453.pdf>, 1. 1. 2019.

441. Strategija za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata za period 2019–2023. sa Akcionim planom za 2019–2020. Dostupno na: <http://www.mzdravlja.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rid=379784&rType=2&file=Strategija%20za%20pobolj%C5%A1anje%20kvaliteta%20zdravstvene%20za%C5%A1tite%202019-2023.pdf>, 12. 12. 2019.
442. Strauss, A. L. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Sage Publications, Newbury Park, California.
443. Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (2nd ed.)*. SAGE Publications, Thousand Oaks.
444. Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press, Cambridge & New York.
445. Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative (2nd ed.)*. Lippincott, Philadelphia.
446. Strömberg, M., Eriksson, A., Ahlstrom, L., Bergman, D. K. & Dellve, L. (2017). Leadership quality: a factor important for social capital in healthcare organizations. *Journal of Health, Organisation and Management*, 31(2), 175–191. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2016-0246>.
447. Subramani, M. R. & Venkatraman, N. (2003). Safeguarding investments in asymmetric interorganizational relationships: Theory and evidence. *Academy of Management Journal*, 46, 46–62.
448. Suchman, L. & Jordan, B. (1990). Interactional troubles in face-to-face survey interviews. *Journal of the American Statistical Association*, 85, 232–241.
449. Suddaby, R. (2006). From the Editors: What Grounded Theory Is Not. *Academy of Management Journal*, 49(4), 633–642.

450. Sudman, S. & Bradburn, N. (1974). *Response effects in surveys*. Aldine, Chicago.
451. Šunje, A. (2003). *Top-menadžer – vizionar i strateg*. Tirada, Sarajevo.
452. Sušan, Z., Jakopeć, A. & Stamenković, S. (2013). Uloga stila rukovođenja i organizacijske pravednosti u identifikaciji zaposlenika s organizacijom. *Suvremena Psihologija*, 16(2), 185–201.
453. Suzić, N. (2007). *Primijenjena pedagoška metodologija*. XBS, Banja Luka.
454. Svjetska banka (2019). Dostupno na: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS> & <https://data.worldbank.org/indicator/SE.XPD.TOTL.GD.ZS>, 26. 11. 2019.
455. Swart, J. & Kinnie, N. (2003). Sharing knowledge in knowledge intensive firms. *Human Resource Management Journal*, 13(2), 60–75.
456. Swensen, S., Gorringer, G., Caviness, J. & Peters, D. (2016). Leadership by design: intentional organization development of physician leaders. *Journal of Management Development*, 35(4), 549–570. <https://doi.org/10.1108/JMD-08-2014-0080>.
457. Sydänmaanlakka, P. (2002). *An Intelligent Organization: Integrating Performance, Competence and Knowledge Management*. Capstone, Oxford.
458. Tanur, J. (1991). *Questions about questions: Inquiries into the cognitive bases of surveys*. Russell Sage Foundation, New York.
459. Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In: Tashakkori, A. & Teddlie, C. (Eds.). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (3–50). Sage, Thousand Oaks, California.
460. Teece, D. F., Pisano, G. & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509–533.

461. Thorpe, R. & Holt, R. (2008). *The SAGE Dictionary of Qualitative Management Research*. SAGE Publications, London.
462. Thurmond, V. A. (2001). The point of triangulation. *Journal of nursing scholarship*, 33(3), 253–258.
463. Tisen, R., Andriesen, D. & Depre, F. L. (2006). *Dividenda znanja: Stvaranje kompanija sa visokim učinkom kroz upravljanje znanjem kao vrednošću*. Adižes, Novi Sad.
464. Traugott, M. W. & Lavrakas, P. J. (2004). *The Voters Guide to Election Polls (3rd ed.)*. Rowman & Littlefield, Lanham, Maryland.
465. Treiblmaier, H. (2018). Optimal levels of (de)centralization for resilient supply chains. *The International Journal of Logistics Management*, 29(1), 435–455.
[https://doi.org/10.1108/IJLM-01-2017-0013\(2018\)](https://doi.org/10.1108/IJLM-01-2017-0013(2018)).
466. Turner, B. A. (1981). Some practical aspects of qualitative data analysis: One way of organizing the cognitive processes associated with the generation of grounded theory. *Quality and Quantity*, 15, 225–247.
467. Twinn, S. (2003). Status of mixed methods research in nursing. In: Tashakkori, A. & Teddlie, C. (Eds.). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (541–556). Sage, Thousand Oaks, California.
468. Underwood, B. J. (1957). *Psychological research*. Appleton-Century-Crofts, New York.
469. Uprava za statistiku Crne Gore – Monstat (2019). Dostupno na: <https://www.monstat.org/cg/page.php?id=19&pageid=19>, 23. 11. 2019.
470. Urdan, T. C. (2011). *Statistics in Plain English*. Routledge, New York.
471. Uredba o organizaciji i načinu rada državne uprave Crne Gore (2018). („Službeni list Crne Gore“, br. 87/18, 02/19 i 38/19).

472. Uribe, D. F., Ortiz-Marcos, I. & Uruburu, Á. (2018). What is going on with stakeholder theory in project management literature? A symbiotic relationship for sustainability. *Sustainability (Switzerland)*, 10(4). <https://doi.org/10.3390/su10041300>.
473. Ustav Crne Gore (2007). („Službeni list Crne Gore“, br. 01/07 i 38/13 – Amandmani I-XVI). Dostupno na: <http://www.skupstina.me/images/dokumenti/ustav-crne-gore.pdf>, 1. 1. 2019.
474. Van Eck, N. J. & Waltman, L. (2014). Visualizing bibliometric networks. In: Ding, Y., Rousseau, R. & Wolfram, D. (Eds.). *Measuring scholarly impact: Methods and practice* (285–320). Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-10377-8_13.
475. Vanderstoep, S. W. & Johnston, D. D. (2009). *Research Methods for Everyday Life: Blending Qualitative and Quantitative Approaches*. Jossey-Bass – A Wiley Imprint, San Francisco, USA.
476. Venkatraman, N. & Tanriverdi, H. (2004). Reflecting “Knowledge” in Strategy Research: Conceptual Issues and Methodological Challenges. *Research Methodology in Strategy and Management*, 1, 33–65. [https://doi.org/10.1016/S1479-8387\(04\)01102-6](https://doi.org/10.1016/S1479-8387(04)01102-6).
477. Vlada Crne Gore – Saopštenje sa 143. sjednice Vlade Crne Gore. Dostupno na: <http://www.gsv.gov.me/vijesti/214755/Saopstenje-sa-143-sjednice-Vlade-Crne-Gore.html>, 26. 11. 2019.
478. Volberda, H. W., Van der Weerd, N., Verwaal, E., Stienstra, M. & Verdu, A. J. (2012). Contingency Fit, Institutional Fit and Firm Performance: A Metafit Approach to Organization-Environment Relationships, *Organization Science*, 23(4), 1040–1054.
479. VOSviewer (2019). Dostupno na: <http://www.vosviewer.com>, 10. 10. 2019.

480. Walker, K. B. (1993). Centralized information systems services: managing the transition to decentralization. *Industrial Management & Data Systems*, 93(8), 8–12. [http://dx.doi.org/10.1108/EUM0000000001449\(1993\)](http://dx.doi.org/10.1108/EUM0000000001449(1993)).
481. Wang, S. & Noe, R. A. (2010). Knowledge sharing: A review and directions for future research. *Human Resource Management Review*, 20(2), 115–131.
482. Wang, X. & Zeng, Y. (2017). Organizational Capability Model: Toward Improving Organizational Performance. *Journal of Integrated Design and Process Science*, 21(1), 5–24. <https://doi.org/10.3233/jid-2017-0005>.
483. Wang, X., Zeng, Y., Arntzen, A. A., Kim, K. Y. & Liu, Y. (2017). Organizational Capability: Skills Related to Organizational Knowledge. *Journal of Integrated Design and Process Science*, 21(1), 1–3. <https://doi.org/10.3233/jid-2017-0010>.
484. Watcharasriroj, B. & Tang, J. C. S. (2004). The effects of size and information technology on hospital efficiency. *Journal of High Technology Management Research*, 15(1), 1–16.
485. Waterman, R. H., Peters, T. J. & Phillips, J. R. (1980). Structure is not organization. *Business Horizons*, 23(3), 14–26. [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(80\)90027-0](https://doi.org/10.1016/0007-6813(80)90027-0).
486. Webb, E. & Weick, K. E. (1979). Unobtrusive measures in organizational theory. *Administrative Science Quarterly*, 24(12), 650–659.
487. Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D. & Sechrest, L. (1966). *Unobtrusive measures*. Rand McNally, Chicago.
488. Weilandt, L. (2018). *How can supervision contribute to support improvement in school, health care and social services? Swedish Health and Social Care Inspectorate*. Inspektionen för vård och omsorg, Sweden.
489. White, H. D. & McCain, K. W. (1998). Visualizing a discipline: An author co-citation analysis of information science, 1972–1995. *Journal of the American Society for Information Science*, 49(4), 327–355.

490. WHO – World Health Organization (2018). *Global Health Expenditure Database*. Dostupno na: <https://apps.who.int/nha/database>, 28. 11. 2019.
491. Wickramasinghe, N. (2010). Perspectives of Knowledge Management in Urban Health. *Healthcare Delivery in the Information Age 1*, 21–39. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5644-6>.
492. Wikström, E. & Dellve, L. (2009). Contemporary leadership in healthcare organizations: Fragmented or concurrent leadership. *Journal of Health, Organisation and Management*, 23(4), 411–428. <https://doi.org/10.1108/14777260910979308>.
493. Woodside, A. G. (2010). *Case Study Research: Theory – Methods – Practice*. Emerald Group Publishing Limited, North America.
494. World Economic Forum (2019). *Study shows that relationships have the biggest effect on health*. Dostupno na: <https://www.weforum.org/agenda/2019/10/according-doctor-biggest-contributor-health>, 7. 12. 2019.
495. World Health Organization – Helsinki Statement – Framework for Country Action – Health in all Policies (2019). Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=902FBC3F3751FCAEF029700F206F7388?sequence=1, 1. 1. 2019.
496. World Health Organization – Regional Office for Europe – European health policy framework – Health 2020. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf, 1. 1. 2019.
497. Xinhua – Državna kineska agencija (2019). Dostupno na: http://www.xinhuanet.com/english/2019-10/17/c_138479441.htm, 26. 11. 2019.
498. Xu, K., Soucat, A., Kutzin, J., Brindley, C., Maele, N. V., Touré, H., Garcia, M. A., Li, D., Barroy, H., Flores, G., Roubal, T., Indikadahena, C., Cherilova, V. & Siroka, A. (2018). *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. WHO – World Health Organization. Global Report. Dostupno na: <http://apps.who.int/bookorders>, 29. 11. 2019.

499. Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. The Guilford Press, New York, USA.
500. Yin, R. K. (2012). *Applications of Case Study Research (3rd ed.)*. Sage Publications, Thousand Oaks.
501. Young, R. (2010). *Knowledge Management Tools and Techniques Manual*. Asian Productivity Organization, Tokyo, ISBN: 92-833-7093-7. Dostupno na: www.apo-tokyo.org, 22. 10. 2019.
502. Zajednica Opština Crne Gore (2019). Dostupno na: <http://uom.me/baze-podataka/opstinske-finansije>, 30. 11. 2019.
503. Zakon o budžetu Crne Gore za 2009. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 82/08, 31/09 i 51/09).
504. Zakon o budžetu Crne Gore za 2010. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 87/09).
505. Zakon o budžetu Crne Gore za 2011. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 78/10 i 28/11).
506. Zakon o budžetu Crne Gore za 2012. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 66/11 i 29/12).
507. Zakon o budžetu Crne Gore za 2013. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 66/12).
508. Zakon o budžetu Crne Gore za 2014. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 61/13).
509. Zakon o budžetu Crne Gore za 2015. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 59/14 i 47/15).

510. Zakon o budžetu Crne Gore za 2016. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 79/15 i 73/16).
511. Zakon o budžetu Crne Gore za 2017. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 83/16, 42/17 i 89/17).
512. Zakon o budžetu Crne Gore za 2018. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 90/17, 17/18 i 55/18).
513. Zakon o budžetu Crne Gore za 2019. godinu („Službeni list Crne Gore“, br. 87/18 i 45/19).
514. Zakon o državnoj upravi Crne Gore – 2018. („Službeni list Crne Gore“, br. 78/18).
515. Zakon o lokalnoj samoupravi u Crnoj Gori – 2018. („Službeni list Crne Gore“, br. 02/18 i 34/19).
516. Zakon o računovodstvu Crne Gore – 2016. („Službeni list Crne Gore“, br. 52/16).
517. Zakon o teritorijalnoj organizaciji Crne Gore („Službeni list Crne Gore“, br. 54/11, 26/12, 27/13, 62/13, 12/14, 03/16, 31/17 i 86/18).
518. Zakon o upravnom postupku Crne Gore – 2017. („Službeni list Crne Gore“, br. 56/14, 20/15, 40/16 i 37/17).
519. Zakon o zdravstvenoj zaštiti – 2018. („Službeni list Crne Gore“, br. 03/16, 39/16, 02/17, 44/18 i 24/19).
520. Zavod za statistiku Crne Gore – Monstat (2019). Dostupno na: <https://www.monstat.org/cg/page.php?id=47>, 2. 1. 2019.

521. Zavyalova, A., Pfarrer, M. D., Reger, R. K. & Shapiro, D. L. (2012). Managing the message: The effects of firm actions and industry spillovers on media coverage following wrongdoing. *Academy of Management Journal*, 55(5). 1079–1101.
522. Zhao, J., Wang, T. & Fan, X. (2015). Patient value co-creation in online health communities: Social identity effects on customer knowledge contributions and membership continuance intentions in online health communities. *Journal of Service Management*, 26, 72–96. <https://doi.org/10.1108/JOSM-12-2013-0344>.

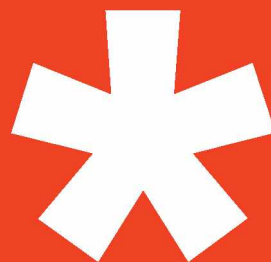
PRIOZI



PRILOG

A

*Upitnik o nivou zastupljenosti menadžmenta
znanja i kvalitetu organizacionog dizajna u
zdravstvenoj organizaciji*



Pitanja u upitniku sačinjena su za potrebe naučnog istraživanja čija je tema „Menadžment znanja i organizacioni dizajn kao faktori kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija“.

Upitnik čine pitanja iz domena menadžmenta znanja i organizacionog dizajna kao faktora koji utiču na kvalitet zdravstvenih usluga.

Podaci iz upitnika biće korišćeni u skladu sa strogim naučnoistraživačkim procedurama i metodologijom koja garantuje povjerljivost dobijenih informacija i anonimnost ispitanika/ca.

Ukoliko želite da dobijete rezime rezultata upitnika, možete ostaviti svoju imejl adresu.

Anketna pitanja odnose se na Vaše viđenje funkcionisanja ustanove u kojoj ste zaposleni.

Istraživanje se realizuje u saradnji sa Ministarstvom zdravlja i Svjetskom zdravstvenom organizacijom.

Menadžment znanja se može predstaviti kao sistematizovan i organizovan proces putem kojeg se unutar organizacije stvara, čuva, dijeli i primjenjuje znanje, a u cilju poboljšanja poslovnih performansi i kvaliteta usluga.

Organizacioni dizajn predstavlja menadžerske odluke i primjenu odluka o tome kako obavljati poslove i aktivnosti od strane zaposlenih, uključujući i odluke o tome kako će se izvršiti zadaci i aktivnosti, definisati nadležnosti i odgovornosti, kao i to kako će se izvršiti proces departmanizacije (Dimovski, Penger & Škerlavaj, 2007).

Ovim upitnikom traže se Vaši stavovi o Vašoj organizaciji. Ukoliko Vaša organizacija ima krovnu organizaciju, dajte odgovore samo u vezi s onim dijelom organizacije sa kojim ste direktno povezani.

	[A] Nivo primjene menadžmenta znanja <i>Molimo Vas da odgovorite na sljedeće iskaze odabirom odgovora koji na najbolji način predstavlja Vaše stavove.</i>					
		<i>Uopšte se ne slažem</i>	<i>Ne slažem se</i>	<i>Nijesam siguran</i>	<i>Slažem se</i>	<i>U potpunosti se slažem</i>
	1.1. Moja organizacija (ustanova)...					
1.1.1.	...ima imenovanog menadžera za sprovođenje procesa upravljanja znanjem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.2.	...podstiče razmjenu ideja i znanja među pojedincima i grupama unutar ustanove.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.3.	...ima standardne procese za razmjenu ideja i znanja među pojedincima i grupama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.4.	...nagrađuje zaposlene za nove ideje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.5.	...nagrađuje zaposlene koji razmjenjuju svoje znanje i iskustvo sa drugima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.6.	...koristi naučene lekcije ili najbolje prakse iz projekata ili zadataka kako bi se poboljšali naredni projekti ili zadaci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.7.	...ima mehanizme za stvaranje ili sticanje znanja putem različitih izvora, kao što su volonteri, klijenti, donatori ili konkurenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.8.	...ima funkcionalne politike kojima se zaposlenima omogućava da predstave nove ideje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.9.	...ima metode kojima se kritički analiziraju informacije za buduću upotrebu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.10.	...ima mehanizme za prikupljanje i čuvanje različitih izvora i vrsta znanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A2
1.1.11.	...ima standardni proces za čuvanje referentnog materijala kao što su politike, priručnici sa procedurama, standardi, smjernice, strategije, datoteke znanja, ideja, značajnih uspjeha ili drugih praktičnih informacija.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A2
1.1.12.	...koristi bazu podataka ili informacionu tehnologiju za čuvanje referentnog materijala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A2
1.1.13.	...koristi različite pismene dokumente kao što su obavještenja ili priručnici za čuvanje informacija koje se dobijaju od zaposlenih ili ostalih.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A2
1.1.14.	...ima registar ili bazu podataka izvora vještina, stručnog znanja i izvora znanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A2
1.1.15.	...posjeduje standardni proces za kontinuiranu medicinsku edukaciju (KME).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A3
1.1.16.	...posjeduje informacije i znanja koja su lako i u odgovarajućoj formi dostupna zaposlenima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A3
1.1.17.	...posjeduje biblioteke, resursne centre ili organizuje forume za dijeljenje informacija ili stručnog znanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A3
1.1.18.	...redovno organizuje simpozijume, predavanja, konferencije ili obuke za širenje znanja i ideja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A3
1.1.19.	...pokazuje nove ideje ili prakse zaposlenih ostalom osoblju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A3

1.1.20.	...ima mehanizme za pretvaranje ideja u akcijske planove.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A4
1.1.21.	...ima sistem za redovno praćenje informacija značajnih za tekuće aktivnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A4
1.1.22.	...ima mehanizme za razvoj novih ideja ili načina na koji se obavljaju stvari iz postojećih praksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A4
1.2.1.	...prepoznaje potrebu konstantnog učenja i kreiranja novih ideja i novih načina obavljanja poslova.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E1
1.2.2.	...malo pažnje poklanja ulozi i važnosti znanja koje posjeduje pojedinac.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E1
1.2.3.	...posjeduje osoblje koje prilazi ostalima u organizaciji u cilju pružanja pomoći i davanja smjernica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A3
1.2.4.	...posjeduje ključne eksperte u organizaciji koji su dostupni i lako ih je identifikovati i kontaktirati s njima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A3
1.2.5.	...je jedna od onih u kojima je lako saznati ko što zna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A3
1.2.6.	...posjeduje informacije koje se čuvaju u bazama podataka i drugim aplikacijama informacione tehnologije, priručnicima i resursnim centrima a nikada se ne osporavaju (preciznost i tačnost evidencije, uz oslanjanje na istu).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A4
1.2.7.	...ima pojedince sa posebnim zadacima da uređuju i ažuriraju sačuvane podatke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.A4

1.2.8.	...zapošljava rukovodioce koji svojim kolegama aktivno saopštavaju koristi od razmjene znanja i prilika za učenje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.EI
--------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

[B] Efektivnost menadžmenta znanja

	<i>Molimo Vas da odgovorite na sljedeće iskaze odabirom odgovora koji na najbolji način predstavlja Vaše stavove.</i>	
	2.1. Moja organizacija...	
2.1.1.	A)	...ima formalnu politiku upravljanja znanjem.
2.1.2.	B)	...neformalno učestvuje u aktivnostima upravljanja znanjem.
2.1.3.	C)	...nema formalnu politiku upravljanja znanjem niti neformalno učestvuje u aktivnostima upravljanja znanjem.

* Preći na ovo pitanje ukoliko se ne odabere opcija C na prethodnom pitanju.

	2.2. Koliko je godina Vaša organizacija uključena u upravljanje znanjem?	
2.2.1.	<input type="checkbox"/> manje od jedne godine	
2.2.2.	<input type="checkbox"/> 1–5 godina	
2.2.3.	<input type="checkbox"/> 6–10 godina	
2.2.4.	<input type="checkbox"/> 11–15 godina	
2.2.5.	<input type="checkbox"/> 16–20 godina	
2.2.6.	<input type="checkbox"/> preko 20 godina	

* Preći na ovo pitanje ukoliko se ne odabere opcija C na pitanju broj 2.1.

	<p><i>Molimo Vas da odgovorite na sljedeće iskaze, kojima se opisuju mogući rezultati aktivnosti upravljanja znanjem Vaše organizacije.</i></p> <p>2.3. Od uvođenja aktivnosti upravljanja znanjem u mojoj organizaciji (KME i dr.)</p>						
		<i>Uopšte se ne slažem</i>	<i>Ne slažem se</i>	<i>Nijesam siguran</i>	<i>Slažem se</i>	<i>U potpunosti se slažem</i>	
2.3.1.	Operativni procesi su poboljšani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1 KM.B2 KM.B3
2.3.2.	Operativni sistemi su poboljšani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1 KM.B2 KM.B3

2.3.3.	Rukovodioci su inovativniji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1
2.3.4.	Osoblje je inovativnije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1
2.3.5.	Rukovodioci imaju više znanja.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	KM.B1
2.3.6.	Osoblje ima više znanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1
2.3.7.	Osoblje ima više vještina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1
2.3.8.	Osoblje je steklo više iskustva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1
2.3.9.	Rukovodioci donose bolje odluke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1 KM.B3
2.3.10.	Osoblje donosi bolje odluke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1
2.3.11.	Timski rad je poboljšan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B1 KM.B3
2.3.12.	Individualni pristup učenju je poboljšan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B2 KM.B3
2.3.13.	Povećana je svijest o informacijama koje su ključne za ostvarivanje misije organizacije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B2
2.3.14.	Znanje pojedinca je postalo znanje koje je na raspolaganju cijeloj organizaciji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B2 KM.B3
2.3.15.	Operativni troškovi su smanjeni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B4
2.3.16.	Pružamo kvalitetnije usluge pacijentima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B4
2.3.17.	Nalazimo se u boljoj poziciji nego konkurenti (javnim zdravstvenim ustanovama konkurenti su privatne i obratno).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B4
2.3.18.	Nalazimo se u boljoj poziciji od konkurenata po pitanju finansiranja (javnim zdravstvenim ustanovama konkurenti su privatne i obratno).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B4

2.3.19.	Sveukupno gledano, organizacija bolje funkcioniše.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.B4
---------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

2.4. Da li postoje ikakvi drugi rezultati ili koristi kojima se prikazuje djelotvornost aktivnosti upravljanja znanjem u Vašoj organizaciji? Ukoliko postoje, opišite ih ovdje:

[C] Organizaciona kultura

<p><i>Svrha sljedećih pitanja jeste da se ocijeni šest ključnih dimenzija organizacione kulture. Ne postoje tačni i netačni odgovori na ova pitanja.</i></p> <p><i>Za svako pitanje postoje četiri mogućnosti, izražene specifičnim stavovima. Podijelite 100 poena između ove četiri mogućnosti u procentu za koji mislite da dati stavovi odgovaraju Vašoj organizaciji/ustanovi.</i></p> <p><i>Dajte veći broj poena mogućnosti koja je najsličnija Vašoj organizaciji. Na primjer, ako mislite da je stav A vrlo sličan Vašoj organizaciji, a da su stavovi B i C donekle slični Vašoj organizaciji, dok je mogućnost D veoma malo slična, možete mogućnosti A da date 55 poena, B i C po 20 poena i pet poena mogućnosti D. Samo budite sigurni da je za svako pitanje ukupan zbir 100 poena.</i></p>	
Dominantne karakteristike organizacije	
3.1. Organizacija je...	
3.1.1.	...veoma lično mjesto. Kao veća porodica. Ljudi dosta toga dijele među sobom. _____ %
3.1.2.	...veoma dinamično preduzetničko mjesto. Ljudi su spremni da se istaknu i preuzmu rizik. _____ %
3.1.3.	...veoma orijentisana ka rezultatima. Glavni zadatak je da se posao završi. Ljudi su takmičarski nastrojeni i orijentisani prema postizanju cilja. _____ %
3.1.4.	...veoma kontrolisano i strukturirano mjesto. Formalne procedure uopšteno diktiraju ljudima što da rade. _____ %
Ukupno: _____ %	

	Organizaciono liderstvo	
	3.2. Liderstvo u organizaciji uopšteno predstavlja...	
3.2.1.	...mentorstvo, olakšavanje ili obučavanje.	_____ %
3.2.2.	...preduzetništvo, inovativnost ili preuzimanje rizika.	_____ %
3.2.3.	...agresivan i ka rezultatima usmjeren fokus, bez nevažnih stvari.	_____ %
3.2.4.	...koordinacija, organizovanje i efikasnost bez poteškoća.	_____ %
	Ukupno:	_____ %

KM.C2

	Stil upravljanja	
	3.3. Stil upravljanja u organizaciji karakteriše...	
3.3.1.	...timski rad, učešće svih i konsenzus.	_____ %
3.3.2.	...pojedinačno preuzimanje rizika, inovacija, sloboda i jedinstvenost.	_____ %
3.3.3.	...jaka konkurencija, visoki zahtjevi i postignuća.	_____ %
3.3.4.	...sigurnost zaposlenja, usklađenost, predvidivost i stabilnost u odnosima.	_____ %
	Ukupno:	_____ %

KM.C3

	Izvor lojalnosti organizaciji	
	3.4. Spona koja drži organizaciju na okupu je...	
3.4.1.	...lojalnost i međusobno povjerenje. Postoji velika posvećenost organizaciji.	_____ %
3.4.2.	...posvećenost inovacijama i razvoju. Naglašava se primjena najsavremenije tehnologije.	_____ %
3.4.3.	...naglasak na postizanju i ostvarenju ciljeva. Agresivnost i pobjeđivanje su zajedničke teme.	_____ %
3.4.4.	...formalna pravila i politike. Održavanje poslovanja organizacije bez poteškoća je važno.	_____ %
	Ukupno:	_____ %

KM.C4

	Strateško usmjerenje	
	3.5. Organizacija naglašava...	
3.5.1.	...razvoj zaposlenih. Postoji visok stepen povjerenja, otvorenosti i učešća.	_____ %
3.5.2.	...sticanje novih resursa i stvaranje novih izazova. Vrednuje se isprobavanje novih stvari i stvaranje mogućnosti.	_____ %
3.5.3.	...konkurentske aktivnosti i postignuća. Preovladava potreba osvajanja leaderske pozicije na tržištu.	_____ %
3.5.4.	...trajnost i stabilnost. Važni su efikasnost, kontrola i poslovanje bez poteškoća.	_____ %
	Ukupno:	_____ %

KM.C5

	Kriterijum uspjeha	
	3.6. Organizacija definiše uspjeh na osnovu...	
3.6.1.	...razvoja ljudskih resursa, timskog rada, posvećenosti zaposlenih i brige o ljudima.	_____ %
3.6.2.	...jedinstvenih i najnovijih usluga. Ona je lider i inovator u uslugama.	_____ %
3.6.3.	...osvajanja tržišta i savladavanja konkurencije. Ključno je liderstvo na konkurentnom tržištu.	_____ %
3.6.4.	...efikasnosti. Ključni su pouzdana isporuka, jednostavno planiranje i proizvodnja uz niske troškove.	_____ %
	Ukupno:	_____ %

KM.C6

		<i>Molimo Vas da se izjasnite na sljedeće iskaze odabirom odgovora koji na najbolji način predstavlja Vaše stavove.</i>				
		<i>Uopšte se ne slažem</i>	<i>Ne slažem se</i>	<i>Nijesam siguran</i>	<i>Slažem se</i>	<i>U potpunosti se slažem</i>
3.7.1.	Primarni zadatak zaposlenih je ostvarivanje misije organizacije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.2.	Postoji velika doza odgovornosti za ostvarivanje planiranih aktivnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.3.	Osoblje je usmjereno na ono što je dobro za organizaciju, a ne na ono što je dobro za njih pojedinačno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.4.	Kolege pozivaju jedni druge na razmjenu znanja i učenje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.5.	Greške se prihvataju kao prilike za učenje i razvoj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.6.	Otvorenost, iskrenost i briga za druge se podstiču.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.7.	Zaposleni se plaše da će u slučaju da podijele znanje sa drugima ugroziti sopstvenu poziciju i poslovnu sigurnost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.8.	Osoblje ne dijeli znanje sa drugima iz straha da će se to negativno protumačiti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.9.	Postoji manjak povjerenja u ljude jer oni zloupotrebljavaju znanje ili sebi pripisuju zasluge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.10.	Organizacija vrednuje kreativnost, inovativnost, eksperimentisanje i kreativno razmišljanje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KM.C7

KM.C7

KM.C7

KM.C8

KM.C8

KM.C9

KM.C9

KM.C9

KM.C9

KM.C10

[D] Organizaciona struktura

		<i>Molimo Vas da date komentar na sljedeće konstatacije odabirom iskaza koji na najbolji način predstavlja Vaše stavove.</i>				
		<i>Uopšte se ne slažem</i>	<i>Ne slažem se</i>	<i>Nijesam siguran</i>	<i>Slažem se</i>	<i>U potpunosti se slažem</i>
4.1.1.	Organizaciona struktura otežava dijeljenje i razmjenu znanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2.	Organizaciona struktura ne osnažuje ljude i ne motiviše ih na veći angažman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3.	Značajan je status po osnovu hijerarhije i položaja, kao i ovlaštenja u okviru organizacije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4.	Tok komunikacije i znanja je jednosmjernan, od vrha menadžment-piramide ka dnu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.5.	Radni procesi su koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KM.D1

KM.D2

KM.D2

KM.D2

KM.D3

[E] Organizaciona infrastruktura

		<i>Molimo Vas da date komentar na sljedeće konstatacije odabirom iskaza koji na najbolji način predstavlja Vaše stavove.</i>				
		<i>Uopšte se ne slažem</i>	<i>Ne slažem se</i>	<i>Nijesam siguran</i>	<i>Slažem se</i>	<i>U potpunosti se slažem</i>
5.1.1.	Organizacija obezbjeđuje odgovarajuće resurse kojima se olakšava razmjena znanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.2.	Organizacija posjeduje sisteme nagrađivanja i priznanja kojima se motiviše i odaje priznanje zaposlenima koji razmjenjuju znanja sa drugima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KM.E2

KM.E3

5.1.3.	Očekivanja koja se odnose na dijeljenje znanja predočavaju se na sastancima na kojima se vrši usmjeravanje osoblja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E3
5.1.4.	Dijeljenje znanja se uzima kao faktor prilikom ocjene učinka zaposlenih.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E3
5.1.5.	Organizacija posjeduje program zadržavanja znanja kojim se obezbjeđuje čuvanje iskustva i ekspertize kada osoblje napusti organizaciju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E3
5.1.6.	Organizacija obezbjeđuje obuku koja se odnosi na proces upravljanja znanjem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E3
5.1.7.	Organizacija mjeri kvalitet i kvantitet usmjerenosti zaposlenih ka sticanju novih znanja i usavršavanju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E4
5.1.8.	Organizacija ocjenjuje doprinos znanja u donošenju odluka i organizacionom učinku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E4
5.1.9.	Informacione i komunikacione tehnologije zadovoljavaju potrebe zaposlenih.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E5
5.1.10.	Nedostaju odgovarajući sistemi informacione tehnologije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E5
5.1.11.	Integrirani sistemi informacione tehnologije ometaju način na koji ljudi obavljaju poslove.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E5
5.1.12.	Tehnološka infrastruktura na odgovarajući način podržava dijeljenje znanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E5
5.1.13.	Tehnička podrška za informacione sisteme je lako i brzo dostupna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E6
5.1.14.	Ljudi nerado koriste informacione tehnologije zbog nepoznavanja istih ili neiskustva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E6

5.1.15.	Osoblje ima mogućnosti i prilike da neformalno sarađuje i dijeli znanje i iskustvo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E7
5.1.16.	Podstiče se korišćenje društvenih mreža.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E7
5.1.17.	Osoblje se podstiče da pohađa spoljne kurseve i događaje koji su važni za njihov posao.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E7
5.1.18.	Fizičko radno okruženje i raspored prostora za rad ograničava razmjenu znanja između zaposlenih.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.E7

[F] Liderstvo

	Molimo Vas da date komentar na sljedeće konstatacije odabirom iskaza koji na najbolji način predstavlja Vaše stavove.						
	6.1. Organizaciono liderstvo						
		Uopšte se ne slažem	Ne slažem se	Nijesam siguran	Slažem se	U potpunosti se slažem	
6.1.1.	Organizacija posjeduje formalnu strategiju upravljanja znanjem koja je usklađena sa njenom vizijom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KMF1
6.1.2.	Rukovodioci otvoreno podržavaju razmjenu znanja i stvaranje prilika za učenje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KMF2
6.1.3.	Rukovodioci aktivno saopštavaju koje su koristi od dijeljenja – razmjene znanja i stvaranja prilika za učenje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KMF2
6.1.4.	Rukovodioci su posvećeni razvoju djelotvornih praksi razmjene znanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KMF2
6.1.5.	Rukovodioci redovno uključuju osoblje u donošenje odluka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KMF3

6.1.6.	Rukovodioci vjeruju osoblju i delegiraju odgovornost na osoblje (zaposlene na nižim nivoima menadžmenta).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.F4
6.1.7.	Titule, statusi i formalnosti su važni u organizaciji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.F5
6.1.8.	Organizaciona politika izobličuje ili potiskuje informacije u cilju dobijanja kontrole i autoriteta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.F5
6.1.9.	Rukovodioci su previše zauzeti pružanjem usluga kako bi se osvrtili unazad i gledali kako mogu bolje upravljati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.F6
6.1.10.	Uprava detaljno kontroliše sve aspekte funkcionisanja organizacije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KM.F7

Molimo Vas popuniti sljedeće podatke koji se odnose na Vašu organizaciju/ustanovu i Vas.

[G] Profil organizacije

	7.1. Podaci o ustanovi		
7.1.1.	Naziv		KM.G1
7.1.2.	Grad		KM.G2
7.1.3.	Region		KM.G3
7.1.4.	Privatna ili javna		KM.G4
7.1.5.	Broj zaposlenih		KM.G5

[H] Profil ispitanika

	8.1. Podaci o ispitaniku		
8.1.1.	Pol		KM.H1
8.1.2.	Godine		KM.H2
8.1.3.	Stručna sprema		KM.H3
8.1.4.	Grad		KM.H4
8.1.5.	Godine iskustva u zdravstvu		KM.H5
8.1.6.	Godine staža u organizaciji u kojoj ste trenutno zaposleni		KM.H6

Molimo Vas da iznesete svoj stav u odnosu na sljedeća pitanja i izjave, izborom (zaokruživanjem) jednog od ponuđenih odgovora:

[S] Organizacioni dizajn

[I] Stil menadžmenta

9.1.1.	Ko donosi strateške odluke? <ul style="list-style-type: none"> a) direktor b) direktor nakon razgovora sa saradnicima (pomoćnicima) c) saradnici (pomoćnici) nakon razgovora sa direktorom d) saradnici (pomoćnici) nakon potvrde direktora e) saradnici (pomoćnici) bez potvrde direktora 	OD.II
9.2.1.	Rješavanje problema među ljudima/konflikata: <ul style="list-style-type: none"> a) nije važno b) manje je važno c) važno je d) veoma je važno e) izuzetno je važno. 	OD.II
9.2.2.	Podsticanje saradnje među odjeljenjima: <ul style="list-style-type: none"> a) nije važno b) manje je važno c) važno je d) veoma je važno e) izuzetno je važno. 	OD.II
9.2.3.	Kreiranje ideje/vizije organizacije: <ul style="list-style-type: none"> a) nije važno b) manje je važno c) važno je d) veoma je važno e) izuzetno je važno. 	OD.II
9.2.4.	Usmjeravanje zaposlenih na dnevnoj osnovi: <ul style="list-style-type: none"> a) nije važno b) manje je važno c) važno je d) veoma je važno e) izuzetno je važno. 	OD.II

9.2.5.	Razvijanje i primjena novih vještina i metoda: <ul style="list-style-type: none"> a) nije važno b) manje je važno c) važno je d) veoma je važno e) izuzetno je važno. 	OD.II
9.2.6.	Upravljanje ekonomskim odlukama – racionalno ponašanje u smislu kontrole računa i budžeta: <ul style="list-style-type: none"> a) nije važno b) manje je važno c) važno je d) veoma je važno e) izuzetno je važno. 	OD.II
9.2.7.	Osiguravanje poštovanja pravila i procedura: <ul style="list-style-type: none"> a) nije važno b) manje je važno c) važno je d) veoma je važno e) izuzetno je važno. 	OD.II
9.2.8.	Osiguravanje racionalnog korišćenja resursa – opreme: <ul style="list-style-type: none"> a) nije važno b) manje je važno c) važno je d) veoma je važno e) izuzetno je važno. 	OD.II
9.3.1.	Organ upravljanja daje prednost odlukama koje se zasnivaju na detaljnim informacijama (traži se kvalitetna i detaljna analiza prije donošenja odluka): <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek. 	OD.II
9.4.1.	Ukoliko dođe do promjena u potrebama stanovništva za zdravstvenim uslugama, uprava više voli da čeka i posmatra prije nego reaguje: <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek. 	OD.II

9.5.1.	<p>Uprava ima malu sklonost riziku (trudi se da minimizira poslovni rizik prilikom donošenja odluka):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) malo b) srednje c) veliko. 	OD.11
9.6.1.	<p>Uprava kontroliše da li glavni zdravstveni radnici poštuju pravila kompanije:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem. 	OD.11
9.6.2.	<p>Uprava kontroliše da li zdravstveni saradnici poštuju pravila kompanije:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem. 	OD.11
9.6.3.	<p>Uprava kontroliše da li glavni zdravstveni radnici ostvaruju očekivane rezultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem. 	OD.11
9.6.4.	<p>Uprava kontroliše da li zdravstveni saradnici ostvaruju očekivane rezultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem. 	OD.11
9.6.5.	<p>Uprava formira plate na osnovu postignutih rezultata i sl. kako bi motivisala glavne zdravstvene radnike:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem. 	OD.11

9.6.6.	<p>Uprava formira plate na osnovu postignutih rezultata i sl. kako bi motivisala zdravstvene saradnike:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem. 	OD/II
--------	--	-------

[J] Organizaciona klima

10.1.1.	<p>Naši zaposleni mogu uvijek da vjeruju jedni drugima:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem. 	OD/JI
10.1.2.	<p>Postoji veliko neslaganje pri donošenju odluka među zaposlenima koji su uključeni u taj proces.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikada b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD/JI
10.1.3.	<p>Naši zaposleni imaju visok nivo posvećenosti radu (etičnost, moralnost, duh, energija).</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	OD/JI
10.1.4.	<p>Zaposleni smatraju da se pravično nagrađuju za svoje napore.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	OD/JI

10.1.5.	<p>Vrlo često je teško izvršiti promjene u organizaciji.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	ODJ1
10.1.6.	<p>Zaposleni imaju povjerenja u svoje lidere.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	ODJ1
10.1.7.	<p>Od zaposlenih se očekuje da preuzmu odgovornost čak i kada nešto krene kako ne treba.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	ODJ1

[K] Okruženje

11.1.1.	<p>Neophodno je posmatrati sve uslove u poslovnom okruženju.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	ODK1
11.2.1.	<p>Možemo u velikoj mjeri da predvidimo razvoj u svom poslovnom okruženju.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	ODK2

11.2.2.	<p>Naše poslovno okruženje se samo neznatno mijenja.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	OD.K2
11.2.3.	<p>Naše poslovno okruženje se mijenja isključivo polako.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	OD.K2
11.3.1.	<p>Znamo što da posmatramo u našem poslovnom okruženju.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	OD.K3

[L] Veličina organizacije

12.1.1.	<p>Broj zaposlenih u Vašoj ustanovi je</p> <p>_____.</p>	OD.L1 OD.N1
---------	---	----------------

[M] Tehnologija

13.1.1.	<p>Proces pružanja zdravstvenih usluga je teško podijeliti na nezavisne djelove.</p> <p>a) apsolutno se ne slažem</p> <p>b) djelimično se ne slažem</p> <p>c) nijesam siguran</p> <p>d) djelimično se slažem</p> <p>e) apsolutno se slažem</p>	OD.M1
---------	---	-------

13.2.1.	<p>Proces pružanja zdravstvenih usluga sastoji se uglavnom od ustaljenih zadataka.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	OD.M2
---------	--	-------

[N] Strategija

14.1.1.	<p>Dajemo veći prioritet inovativnosti usluga nego naši konkurenti (javnim zdravstvenim ustanovama konkurenti su privatne i obratno).</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	OD.N1
14.1.2.	<p>Dajemo veći prioritet dobrom poznavanju najnovijih zdravstvenih metoda rada.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	OD.N1
14.1.3.	<p>Imamo dobru reputaciju među našim pacijentima.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	OD.N1
14.1.4.	<p>Naše usluge imaju bolji odnos cijene i kvaliteta nego usluge naših konkurenata (javnim zdravstvenim ustanovama konkurenti su privatne i obratno).</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	OD.N1
14.1.5.	<p>Visina imovine (na osnovu bilansa stanja) je:</p> <hr/>	OD.N1

[R] Organizaciona struktura

[O] Kompleksnost

15.1.1.	Naši glavni zdravstveni radnici imaju dosta godina iskustva u svojoj oblasti. a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem	OD.O1
15.1.2.	Naši glavni zdravstveni radnici uglavnom su visokoobrazovani. a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem	OD.O1
15.1.3.	Naši zdravstveni saradnici imaju mnogo godina iskustva u svojoj oblasti. a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem	OD.O1
15.2.1.	Koliko nivoa menadžmenta prepoznajete u Vašoj ustanovi? _____ (upisati broj)	OD.O1

[P] Formalizacija

16.1.1.	Postoje jasna pravila kako glavni zdravstveni radnici moraju da rade svoj posao. a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem	OD.P1
---------	---	-------

16.2.1.	<p>Pažljivo se kontroliše da li naši glavni zdravstveni radnici poštuju pravila ustanove.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	ODPI
16.2.2.	<p>Pažljivo se kontroliše da li zdravstveni saradnici poštuju pravila ustanove.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	ODPI
16.3.1.	<p>Glavnim zdravstvenim radnicima je dozvoljeno da odstupaju od pravila.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	ODPI
16.3.2.	<p>Zdravstvenim saradnicima je dozvoljeno da odstupaju od pravila.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	ODPI
16.4.1.	<p>Posao zdravstvenih saradnika je u velikom stepenu uređen standardima.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	ODPI
16.5.1.	<p>Zdravstvenim saradnicima je dozvoljeno da odstupaju od standarda.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	ODPI

16.6.1.	<p>Glavnim zdravstvenim radnicima je dozvoljeno da odstupaju od standarda.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) apsolutno se ne slažem b) djelimično se ne slažem c) nijesam siguran d) djelimično se slažem e) apsolutno se slažem 	OD,PI
---------	--	-------

[Q] Centralizacija

17.1.1.	<p>Uprava učestvuje u sakupljanju informacija koje se koriste kao osnova za odlučivanje.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD,QI
17.1.2.	<p>Uprava učestvuje u tumačenju informacija koje se koriste kao osnova za odlučivanje.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD,QI
17.1.3.	<p>Uprava kontroliše realizaciju odluka.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD,QI
17.1.4.	<p>Glavni zdravstveni radnici u značajnoj mjeri utiču na pripremanje budžeta njihove ustanove.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD,QI

17.1.5.	<p>Glavni zdravstveni radnici imaju veliki uticaj na način ocjenjivanja svojih rezultata.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD.Q1
17.1.6.	<p>Glavni zdravstveni radnici imaju veliki uticaj na zapošljavanje/otpuštanje zaposlenih u svom sektoru:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD.Q1
17.1.7.	<p>Glavni zdravstveni radnici imaju veliki uticaj na povećanje plata i unapređenje zaposlenih u svom sektoru.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD.Q1
17.1.8.	<p>Glavni zdravstveni radnici imaju veliki uticaj na kupovinu opreme i potrepština.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD.Q1
17.1.9.	<p>Glavni zdravstveni radnici često imaju sopstvene inicijative.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD.Q1
17.1.10.	<p>Glavnim zdravstvenim radnicima je dozvoljeno da odstupaju od pravila.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nikad b) rijetko c) ponekad d) često e) uvijek 	OD.Q1

Ako imate neki komentar na bilo koju od gore navedenih stavki ili želite nešto da pojasnite, možete to uraditi ovdje:

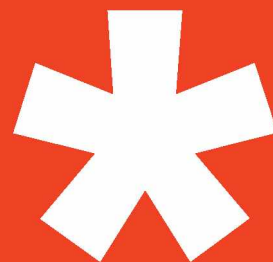
Molimo Vas da napišete svoju imejl adresu ukoliko želite da dobijete sažetak rezultata:

Imejl:

HVALA VAM ŠTO STE POPUNILI OVU ANKETU!

PRILOG B

*Upitnik o zadovoljstvu korisnika usluga
zdravstvenih organizacija*



Ovo istraživanje se sprovodi za potrebe naučnoistraživačkog rada doktoranda Ekonomskog fakulteta Univerziteta Crne Gore Ivana Radevića.

Vi ste slučajno izabrani da budete jedan/na od ispitanika/ca koji/e reprezentuju Crnu Goru. Anketiranje je dobrovoljno i anonimno. Unaprijed hvala na saradnji!

A₂ Profil ispitanika/ca

1.1.1. Pol:

1. muški
2. ženski.

1.1.2. Starost: _____ (Upisati broj godina.)

1.1.3. Obrazovanje:

1. bez obrazovanja
2. osnovno obrazovanje
3. srednje obrazovanje
4. više obrazovanje
5. visoko obrazovanje.

1.1.4. Zanimanje:

1. đak/student
2. zaposlen u državnim institucijama
3. zaposlen u privatnom sektoru
4. privatni preduzetnik – vlasnik
5. penzioner
6. poljoprivrednik
7. nezaposlen, traži posao
8. nezaposlen, ne traži posao
9. ostalo _____

1.1.5. Koliki su Vaši prosječni mjesečni prihodi?

_____ eura

1.1.6. U kojoj opštini ostvarujete pravo na zdravstvenu zaštitu?

1.2.1. Navedite zdravstvenu ustanovu čije ste usluge koristili posljednji put.

1.2.2. Kada ste posljednji put posjetili ljekara?

_____ (Upisati mjesec i godinu.)

(Ispitanici koji su posljednji put posjetili ljekara prije 1. 1. 2018. prelaze na **pitanje 5.1.1.**)

1.2.3. Kod kojeg ljekara ste posljednji put bili?

1. izabrani ljekar za odrasle
2. izabrani pedijatar
3. izabrani ginekolog
4. specijalista, _____
(Upisati npr. pulmolog, kardiolog, hirurg, ortoped...) – preći na pitanje 2.1.2.

B₂ Čekanje na pregled

2.1.1. Koliko dugo ste čekali na pregled kod izabranog ljekara?

1. manje od nedjelju dana
2. od nedjelju do mjesec dana
3. od mjesec do tri mjeseca
4. više od tri mjeseca
5. ne znam

2.1.2. Koliko dugo ste čekali na pregled kod ljekara specijaliste?

1. manje od nedjelju dana
2. od nedjelju do mjesec dana
3. od mjesec do tri mjeseca
4. više od tri mjeseca
5. ne znam

C₂ Osnovne determinante usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova

3.1.1. U kojoj ustanovi ste ostvarili zdravstvenu uslugu posljednji put?

1. u javnoj zdravstvenoj ustanovi
2. u privatnoj zdravstvenoj ustanovi

4.1. Bez obzira na to u kojoj ste zdravstvenoj ustanovi ostvarili uslugu, molimo Vas da ocijenite, ocjenom od 1 do 5, sljedeće elemente usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova (ocjena 1 = veoma loše, 5 = odlično):

	Javne zdravstvene ustanove	Privatne zdravstvene ustanove
4.1: 1, 2 Posvećenost ljekara		
4.2: 1, 2 Znanje ljekara		
4.3: 1, 2 Vrijeme čekanja na pregled		
4.4: 1, 2 Opremljenost savremenom tehnologijom – aparatima		
4.5: 1, 2 Ljubaznost medicinskih sestara i tehničara		
4.6: 1, 2 Cijena usluge		
4.7: 1, 2 Kvalitet usluge		

D₂ Menadžment zdravstvenih ustanova

5.1.1. Ko bi, po Vašem mišljenju, trebalo da bude na čelu zdravstvene ustanove?

1. doktor iz oblasti medicine (ljekar)
2. ekspert iz oblasti menadžmenta
3. ostalo, _____ (Upišite svoj prijedlog.)

E₂ Finansijska motivacija ljekara

6.1.1. Po Vašem mišljenju, plate ljekara u Crnoj Gori su:

1. manje nego što zaslužuju
2. adekvatne
3. veće nego što zaslužuju.

F₂ Značaj pojedinačnih karakteristika kvaliteta zdravstvenih usluga

7. Molimo Vas da na skali od 1 do 7 ocijenite koliko su Vam značajne sljedeće karakteristike u pružanju zdravstvenih usluga. Ocjena 1 znači da nijesu važne, a ocjena 7 da su veoma važne.

	Upisati ocjenu od 1 do 7
7.1.1. Važeća, tačna i uredna medicinska dokumentacija	
7.1.2. Ispravno pružanje usluge prvi put	
7.1.3. Reputacija ljekara kod pacijenata	
7.1.4. Reputacija ljekara kod njegovih kolega	
7.1.5. Reputacija bolnice	
7.1.6. Postupanje ljekara u skladu sa standardima	
7.1.7. Tačnost u načinu obračuna i naplaćivanju usluga pacijentima	
7.2.1. Medicinske sestre i medicinski tehničari sa odgovarajućim znanjem i vještinama	
7.2.2. Specijalizacija ljekara (stručno usavršavanje u inostranstvu)	
7.2.3. Iskustvo ljekara (staž)	

7.2.4. Sertifikati (diplome) ljekara	
7.2.5. Znanja i vještine ljekara	
7.2.6. Razumijevanje načina obračuna troškova zdravstvenih usluga (koji dio plaća država, a koji dio pacijent)	
7.2.7. Loša reputacija ljekara (prethodne greške u postupanju sa drugim pacijentima)	
7.3.1. Ublažavanje briga koje pacijenti imaju u vezi sa liječenjem	
7.3.2. Korektno (ljubazno) ponašanje ljekara	
7.3.3. Razumijevanje pojedinačnih i specifičnih potreba pacijenata	
7.3.4. Personalizovan pristup liječenju pacijenta i prilagođavanje postupka liječenja konkretnoj situaciji	
7.3.5. Pamćenje imena i likova pacijenata od strane ljekara i medicinskog osoblja	
7.4.1. Pristojne i ljubazne medicinske sestre i medicinski tehničari	
7.4.2. Pojašnjenje troškova liječenja pacijentima	
7.4.3. Pojašnjenje načina i postupka liječenja pacijentima	
7.4.4. Pristojni i ljubazni ljekari	
7.4.5. Obazrivost prema povjerljivosti podataka o pacijentima	
7.5.1. Ljekari koji su objavljivali naučne radove u medicinskim časopisima	
7.5.2. Prepoznavanje problema pacijenta i pravilno upućivanje na dalje preglede i ispitivanja	
7.5.3. Efikasno korišćenje zdravstvenih usluga	
7.5.4. Ljekari koji učestvuju u medicinskom istraživanju	
7.5.5. Spremnost ljekara na preuzimanje rizičnih operacija i procedura liječenja	
7.5.6. Povoljni ishodi liječenja	
7.5.7. Usmjerenost ka preventivnoj medicini	
7.5.8. Naglašavanje potrebe edukovanja pacijenata	
7.6.1. Pružanje usluga u obećanom roku (zakazanom terminu)	
7.6.2. Brzo pružanje usluga bez zakazivanja	
7.6.3. Ljekari koji su dostupni pacijentima putem telefona	
7.6.4. Radno vrijeme koje odgovara pacijentima	
7.6.5. Poštovanje termina koji je zakazan pacijentima	
7.7.1. Profesionalan izgled/odjeća ljekara	
7.7.2. Profesionalan izgled/odjeća pomoćnog osoblja	
7.7.3. Lokacija kancelarije (ordinacije)	
7.7.4. Lokacija zdravstvene ustanove	
7.7.5. Vizuelno privlačne i udobne prostorije	
7.7.6. Savremena oprema kojom se pružaju usluge	

G₂ Fizička aktivnost

8.1.1. Tokom jedne sedmice, koliko dana upražnjavate intenzivne sportske, fitnes ili rekreativne aktivnosti?

broj dana: _____

8.1.2. Koliko vremena provodite upražnjavajući intenzivne sportske, fitnes i/ili rekreativne aktivnosti u toku jednog dana?

sati: _____; minuta: _____

8.2.1. Tokom jedne sedmice, koliko dana upražnjavate sportske ili rekreativne aktivnosti umjerenog intenziteta (šetnja, statičke vježbe, džoging i sl.)?

broj dana: _____

8.2.2. Koliko vremena provodite upražnjavajući sportske i/ili rekreativne aktivnosti umjerenog intenziteta, tokom jednog dana?

sati: _____; minuta: _____

8.3.1. Koliko vremena u prosjeku provedete sjedeći tokom dana?

sati: _____; minuta: _____

H₂ Kvalitet ishrane

9.1.1. Tokom jedne sedmice, koliko dana konzumirate neko voće?

broj dana: _____

99. ne znam

9.1.2. Tokom jedne sedmice, koliko dana pojedete nešto od povrća?

broj dana: _____

99. ne znam

9.2.1. Koja vrsta ulja ili masti se najčešće koristi za pripremu obroka u Vašem domaćinstvu?

1. biljno ulje
2. mast
3. maslac
4. margarin
5. nijedno posebno
6. nijedno se ne koristi
7. ne znam
8. drugo: _____ (Navesti.)

9.3.1. Koliko, u prosjeku, u toku dana pojedete obroka koji su bili pripremljeni van kuće? Pod obrokom podrazumijevamo doručak, ručak i večeru.

broj obroka: _____

99. ne znam

9.3.2. Koliko, u prosjeku, u toku nedjelje pojedete obroka koji su pripremljeni u radnjama brze hrane? Pod obrokom podrazumijevamo doručak, ručak i večeru.

broj obroka: _____

99. ne znam

I₂ Konzumiranje alkoholnih pića

9.4.1. Da li ste ikada konzumirali alkoholna pića kao što su pivo, vino, kratka alkoholna pića?

(Ako je odgovor „ne“, pređite na pitanje 9.2.1.)

1. da
2. ne

9.4.2. Da li ste konzumirali alkoholno piće u toku proteklih 12 mjeseci?

(Ako je odgovor „ne“, pređite na pitanje 9.2.1.)

1. da
2. ne

9.4.3. Koliko često ste konzumirali bar jedno alkoholno piće u proteklih 12 mjeseci?

1. svakodnevno
2. 5–6 dana nedjeljno
3. 1–4 dana nedjeljno
4. 1–3 dana mjesečno
5. rjeđe od jednom mjesečno

J₂ Konzumiranje duvanskih proizvoda

9.5.1. Da li trenutno upotrebljavate bilo kakve duvanske proizvode kao što su cigarete, cigare ili lule?

(Ako je odgovor „ne“, pređite na 10.1.1. pitanje.)

1. da
2. ne

9.5.2. Koliko komada navedenih duvanskih proizvoda konzumirate svakodnevno?

(Navedite za svaki tip proizvoda zasebno; ako ne znate, ostavite prazno polje.)

Tip proizvoda	Broj komada
1. proizvedene cigarete	
2. cigarete koje sami savijate	
3. lule pune duvana	
4. cigari, cigarilosi	
5. drugo	

K₂ Samoliječenje

10.1.1. Da li ste se nekada sami liječili?

1. da
2. ne (Preći na pitanje 11.1.1.)

10.1.2. Ako ste se sami liječili, koji je Vaš razlog za to (moguće zaokružiti više odgovora)?

1. Zbog velikih gužvi ne mogu da dođem do svog izabranog ljekara kada mi je potrebno.
2. Štedim vrijeme/novac.
3. Ljekovi i ljekovita sredstva dostupni su bez recepta u svim apotekama.
4. Koristim iskustvo prijatelja, poznanika i rodbine.
5. Imam dovoljno znanja o poremećajima zdravlja i mogućnostima liječenja (internet, časopisi, novine, TV).
6. Koristim usluge nadriljekara.

10.1.3. Kada se sami liječite, što najčešće koristite?

1. Ljekove koji se mogu kupiti bez recepta
2. biljne preparate (tablete, kapi, sirupi, rastvori, čajevi, med i proizvodi na bazi meda...)
3. druga pomoćna ljekovita sredstva i druge oblike liječenja (aparati, kosmodisk i druga sredstva)

10.1.4. Kada se sami liječite, sa kim se najčešće posavjetujete?

1. sa farmaceutom u apoteci
2. sa članom porodice
3. sa poznanikom ili prijateljem
4. sa nadriljekarom
5. ni sa kim

10.1.5. Opredjeljujete se za pomoćna ljekovita sredstva (biljne preparate, narodne ljekove), jer (moguće je zaokružiti više odgovora):

1. manje su štetna od ljekova;
2. vjerujem u njihovu efikasnost;
3. riječ je o tradicionalnoj medicini;
4. koristim ih kao preventivu;
5. reklamiraju se u medijima;
6. preporučili su mi ih prijatelji.

10.1.6. Zbog kojih oboljenja ili stanja ste se najčešće opredjeljivali za samoliječenje?

1. bol
2. prehlada
3. maligna oboljenja (zloćudne bolesti)
4. oboljenja organa za disanje
5. oboljenja organa za varenje
6. oboljenja mokraćno-polnih organa
7. oboljenja srca i krvnih sudova
8. oboljenja krvi i krvotvornih organa
9. oboljenja mozga i nervnog sistema
10. oboljenja mišića, kostiju i zglobova
11. oboljenja kože
12. oboljenja oka
13. oboljenja uha
14. psihički poremećaji
15. alergijska stanja i imuni sistem
16. drugo: _____ (Navesti.)

10.1.7. Koje ste ljekove koristili za samoliječenje najčešće?

1. Ljekove protiv prehlade i gripa (ferveks, andol, paracetamol, febricet, kaletin)
2. Ljekove protiv kašlja
3. kapi/sprej za nos
4. vitamine i minerale
5. Ljekove protiv želudačnih tegoba (ranisan, famotidin)
6. antibiotike
7. Ljekove protiv bolova u mišićima, kostima i zglobovima (diklofen, brufen, naproksen, nimulid)
8. Ljekove protiv alergija (presing, sinopen, aerius)
9. Ljekove protiv nervoze i nesanice (dijazepam, bromazepam, lorazepam)
10. drugo: _____ (Navesti.)

L₂ Pndržavanje uputstava o korišćenju ljekova

11.1.1. Da li pažljivo čitate uputstvo o nabavljenom lijeku?

1. da
2. ponekad
3. ne

11.1.2. Da li se pridržavate uputstva o propisanim dozama i dužini trajanja terapije?

1. da
2. ponekad
3. ne

M₂ Kvalitet zdravstvenih usluga

12. Molimo Vas da na skali od 1 do 7 odredite u kojoj mjeri se slažete sa dolje navedenim tvrdnjama. Potrebno je da posebno iskažete stav u vezi sa javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama. Vrijednost 1 znači da se uopšte ne slažete sa tvrdnjom, a vrijednost 7 da se potpuno slažete sa tvrdnjom.

<i>TVRDNJA</i>	<i>Javne ustanove</i>	<i>Privatne ustanove</i>
12.1.1: 1, 2 Postupak dobijanja laboratorijskih nalaza je bio prikladan.		
12.1.2: 1, 2 Laboratorijski nalazi su brzo urađeni.		
12.1.3: 1, 2 Postupak plaćanja je bio brz i jednostavan.		
12.1.4: 1, 2 Postupak zakazivanja je bio jednostavan i lak.		
12.1.5: 1, 2 Nijesam morao/la dugo da čekam na ljekarski pregled.		
12.1.6: 1, 2 Dešava se da u prostor u kojem nas lekar pregleda ulaze nepozvane osobe.		
12.2.1: 1, 2 Medicinske sestre i tehničari su bili ljubazni.		
12.2.2: 1, 2 Medicinske sestre i tehničari su dobro objasnili postupak liječenja.		
12.2.3: 1, 2 Medicinsko osoblje je pokušalo da mi pomogne najviše što je moglo.		
12.2.4: 1, 2 Medicinsko osoblje je zaista brinulo za mene.		
12.2.5: 1, 2 Postojala je dobra koordinacija između medicinskog osoblja.		
12.3.1: 1, 2 Ljekar je bio ljubazan.		
12.3.2: 1, 2 Ljekar mi je na prikladan način objasnio moje stanje, rezultate ispitivanja i proces liječenja.		
12.3.3: 1, 2 Ljekar mi je dozvolio da postavim onoliko pitanja koliko je bilo potrebno da sve razumijem.		
12.3.4: 1, 2 Ljekar je prilikom odlučivanja o medicinskim procedurama u dovoljnoj mjeri razmotrio moje strahove.		
12.3.5: 1, 2 Ljekar je učinio da se osjećam prijatno.		
12.3.6: 1, 2 Ljekari su kompetentni i obučeni.		
12.4.1: 1, 2 Prostorije u kojima se čekaju lekari i liječenje bili su prijatni.		
12.4.2: 1, 2 Korišćenje dodatnih sadržaja (wi-fi, kafeterije itd.) bilo je jednostavno.		
12.4.3: 1, 2 Izgledalo je da je bolnica opremljena najsavremenijom opremom.		
12.4.4: 1, 2 Bilo je jednostavno naći medicinske prostorije (npr. laboratoriju, ljekarsku ordinaciju itd.)		

N₂ Učestalost odlaska kod lekara

13.1.1. Da li imate izabranog lekara?

1. da
2. ne
3. ne znam

13.1.2. Koliko često idete kod ljekara?

1. jednom ili više puta mjesečno
2. jednom u dva mjeseca
3. jednom do nekoliko puta godišnje
4. jednom u nekoliko godina

O₂ Trend kvaliteta

14.1.1. Po Vašem mišljenju, kvalitet pružanja zdravstvenih usluga u Crnoj Gori u posljednje dvije godine se:

1. veoma pogoršao
2. malo pogoršao
3. ostao isti kao i ranije
4. malo poboljšao
5. veoma poboljšao
6. ne znam

P₂ Prava pacijenata

15.1.1. Po Vašoj procjeni, koliko ste upoznati sa pravima koja imate kao pacijent?

1. uopšte nijesam upoznat
2. malo sam upoznat
3. i jesam i nijesam upoznat
4. prilično sam upoznat
5. u potpunosti sam upoznat
6. ne znam

Q₂ Problem korupcije

16.1.1. U kojoj mjeri je, po Vašem mišljenju, korupcija prisutna u zdravstvenom sistemu Crne Gore?

1. nema je uopšte
2. prisutna je u maloj mjeri
3. i jeste i nije prisutna
4. prisutna je
5. prisutna je u velikoj mjeri
6. ne znam

16.2.1. Koliko je, po Vašem mišljenju, korupcija prisutna u odnosu pacijent–ljekar?

1. nema je uopšte
2. prisutna je u maloj mjeri
3. i jeste i nije prisutna
4. prisutna je
5. prisutna je u velikoj mjeri
6. ne znam

16.2.2. Koliko je, po Vašem mišljenju, korupcija prisutna u odnosu pacijent–medicinska sestra/tehničar?

1. nema je uopšte
2. prisutna je u maloj mjeri
3. i jeste i nije prisutna
4. prisutna je
5. prisutna je u velikoj mjeri
6. ne znam

16.3.1. Da li ste u posljednjih godinu dana Vi ili član Vaše porodice nezvanično dodatno plaćali zdravstvenom radniku u zdravstvenoj ustanovi radi obavljanja određene procedure koja je inače pokrivena zdravstvenim osiguranjem?

(Ako je odgovor „ne“ ili „ne znam“, pređite na pitanje 16.5.1.)

1. da, jedanput
2. da, više puta
3. ne
4. ne znam/ne sjećam se

16.4.1. Ukoliko se to dogodilo, kome ste u posljednjih godinu dana morali nezvanično, dodatno da platite u zdravstvenoj ustanovi? U pitanju je:

1. izabrani ljekar
2. hirurg
3. anesteziolog
4. ginekolog
5. sestre
6. laboranti
7. radiolozi
8. babice
9. službenik zdravstvene ustanove
10. drugo lice: _____

16.4.2. Kako ste saznali da treba nezvanično, dodatno da platite za uslugu u zdravstvenoj ustanovi?

1. unaprijed se znala „tarifa“
2. pacijentu ili rodbini je direktno rečeno
3. pacijent ili rodbina su morali da pitaju
4. na drugi način: _____ (upisati)
5. ne znam/ne sjećam se

16.4.3. Kada se nezvanično, dodatno plaćanje dogodilo?

1. prije pružene zdravstvene usluge
2. nakon pružene zdravstvene usluge
3. u toku liječenja
4. ne znam/ne sjećam se

16.4.4. Iz kojih razloga ste nezvanično, dodatno plaćali u zdravstvenoj ustanovi (moguće je zaokružiti više odgovora)?

1. da bih izbjegao/la čekanje
2. da bih dobio/la uslugu koja nije pokrivena zdravstvenim osiguranjem
3. da bih dobio/la bolju zdravstvenu uslugu, više ljubaznosti i pažnje
4. da bih obezbijedio/la nalaz za bolovanje
5. da bih obezbijedio/la nalaz za invalidsko-penzijsku komisiju
6. da bih došao/la do određenog ljekara/sestre
7. da bih obezbijedio/la neki komoditet (posjete, posebna soba) koji inače ne bih dobio/la
8. iz straha od lošeg liječenja
9. drugo: _____ (Upisati.)
10. ne znam, ne sjećam se

16.4.5. Nezvanično, dodatno plaćanje u prošloj godini u zdravstvenoj ustanovi izvršili ste:

1. novcem
2. kafom, bombonjerom, čokoladom, pićem
3. skupim poklonom (ručni sat, parfem, kućni aparat, zlatni nakit i dr.)
4. protivuslugom
5. drugo
6. ne želim da odgovorim

16.5.1. Da li ste nekada sami, na sopstvenu inicijativu, dali novac/poklone („častili“) zdravstvenog radnika, iako od Vas to nije traženo?

1. da
2. ne
3. ne znam, ne sjećam se

16.6.1. Da li Vam se ikada desilo da Vas ljekar iz državne ustanove uputi na tačno određenu privatnu kliniku zbog usluge koju besplatno možete da dobijete u državnjoj, a koju morate da platite u privatnoj klinici?

1. desilo se jedanput
2. desilo se više puta
3. nije se desilo
4. ne znam/ne sjećam se

16.7.1. Procijenite koji od sljedećih stavova je najbliži Vašem stavu:

1. svi zdravstveni radnici uzimaju novac/poklone;
2. mali broj zdravstvenih radnika uzima novac/poklone;
3. zdravstveni radnici na pojedinim odjeljenjima uzimaju novac/poklone, i zna se ko su;
4. ne znam, ne mogu da procijenim.

16.8.1. Po Vašem mišljenju, koja su tri najvažnija činioca za postojanje korupcije u zdravstvu Crne Gore?

1. male plate medicinskog osoblja
2. moralna kriza
3. loše zakonodavstvo
4. nesprovođenje antikorupcijskih zakona (nesankcionisanje koruptivnih radnji)
5. neefikasnost zdravstvenog sistema
6. odsustvo stroge unutrašnje kontrole u zdravstvenim ustanovama
7. mentalitet našeg naroda i posebnosti naše nacionalne kulture
8. nepoštovanje profesionalnih (moralnih) dužnosti i lični interesi
9. drugo: _____ (Navesti.)
10. ne znam

R₂ Konkurencija zemalja okruženja

17.1.1. Za koju zemlju iz okruženja smatrate da ima najrazvijeniji zdravstveni sistem?

S₂ Problem očuvanja zdravlja

18.1.1. U današnje vrijeme zdravlje je:

1. teže sačuvati nego prije 20 godina
2. lakše sačuvati nego prije 20 godina
3. jednako složeno sačuvati kao i prije 20 godina.

18.1.2. Molimo Vas da navedete osnovni razlog za ovakav Vaš odgovor.

T₂ Državna ili privatna zdravstvena ustanova

19.1.1. Kada bih mogao da biram, radije bih se liječio:

1. u privatnoj nego u državnoj zdravstvenoj ustanovi
2. u državnoj nego u privatnoj zdravstvenoj ustanovi.

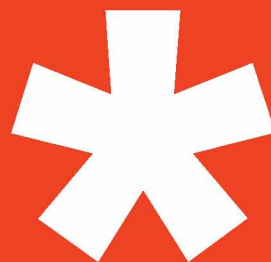
U₂ Autonomija zdravstvenog sistema

20.1.1. Crnogorski zdravstveni sistem je autonoman, tj. nije podložan uticajima političkih faktora.

1. apsolutno se ne slažem
2. djelimično se ne slažem
3. nijesam siguran
4. djelimično se slažem
5. apsolutno se slažem

PRILOG C

*Tabelarni prikaz istraživačkog dizajna
kvantitativnog dijela istraživanja*



Red. br.	Oznaka i naziv konstrukta		Oznaka varijable	Naziv varijable	Oznaka pitanja
1.	[A ₁] Nivo primjene menadžmenta znanja		KM.A1	Kreiranje znanja	PM.1.1: 7, 8, 9
			KM.A2	Čuvanje znanja	PM.1.1: 10, 11, 12, 13, 14
			KM.A3	Razmjena znanja	PM.1.1: 15, 16, 17, 18, 19 PM.1.2: 3, 4, 5
			KM.A4	Primjena znanja	PM.1.1: 6, 20, 21, 22 PM.1.2: 6, 7
2.	[B ₁] Efektivnost menadžmenta znanja		KM.B1	Unaprijeđena saradnja	PM.2.3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
			KM.B2	Poboljšana komunikacija	PM.2.3: 1, 2, 12, 13, 14
			KM.B3	Viši nivo fleksibilnosti i spremnosti za učenje	PM.2.3: 1, 2, 9, 11, 12, 14
			KM.B4	Poboljšane organizacione performanse	PM.2.3: 15, 16, 17, 18, 19
3.	[C ₁] Organizaciona kultura	Tip kulture	KM.C1	Dominantne karakteristike organizacije	PM.3.1.
			KM.C2	Organizaciono liderstvo	PM.3.2.
			KM.C3	Stil upravljanja	PM.3.3.
			KM.C4	Izvor lojalnosti organizaciji	PM.3.4.
			KM.C5	Strateško usmjerenje	PM.3.5.
			KM.C6	Kriterijum uspjeha	PM.3.6.
		Posvećenost	KM.C7	Posvećenost misiji	PM.3.7: 1, 2, 3
			KM.C8	Organizaciono učenje	PM.3.7: 4, 5
			KM.C9	Povjerenje, saradnja i poštovanje	PM.3.7: 6, 7, 8, 9
			KM.C10	Kreativnost i inovacije	PM.3.7.10.
4.	[D ₁] Organizaciona struktura		KM.D1	Stepen pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja	PM.4.1.1.
			KM.D2	Autoritet i hijerarhija	PM.4.1: 2, 3, 4
			KM.D3	Timski ili individualni fokus	PM.4.1.5.

5.	[E ₁] Organizaciona infrastruktura	Menadžment proces	KM.E1	Proces menadžmenta znanja	PM.1.1: 1, 2, 3, 4, 5 PM.1.2: 1, 2, 8 PM.2.1: 1, 2, 3 PM.2.2: 1, 2, 3, 4, 5, 6
		Menadžerska infrastruktura	KM.E2	Kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa	PM.5.1.1.
			KM.E3	Menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja	PM.5.1: 2, 3, 4, 5, 6
			KM.E4	Mjerenje organizacionih performansi	PM.5.1: 7, 8
		Tehnološka infrastruktura	KM.E5	Prikladnost tehnologije	PM.5.1: 9, 10, 11, 12
			KM.E6	IT podrška i trening	PM.5.1: 13, 14
		Socijalna infrastruktura	KM.E7	Šanse za sticanje i razmjenu znanja	PM.5.1: 15, 16, 17, 18
6.	[F ₁] Liderstvo	Liderova komunikativnost	KM.F1	Menadžment znanja u okviru strateškog planiranja	PM.6.1.1.
			KM.F2	Podrška menadžmenta	PM.6.1: 2, 3, 4
			KM.F3	Uključivanje zaposlenih	PM.6.1.5.
			KM.F4	Oснаživanje zaposlenih	PM.6.1.6.
		Liderova kontrola	KM.F5	Status, formalnost i interne politike	PM.6.1: 7, 8
			KM.F6	Menadžeri preferiraju akciju u odnosu na upravljanje	PM.6.1.9.
			KM.F7	Sistem kontrole od strane top-menadžmenta	PM.6.1.10.
7.	[G ₁] Profil organizacije		KM.G1	Naziv	PM.7.1.1.
			KM.G2	Grad	PM.7.1.2.
			KM.G3	Region	PM.7.1.3.
			KM.G4	Privatna ili javna	PM.7.1.4.
			KM.G5	Broj zaposlenih	PM.7.1.5.

8.	[H ₁] Profil ispitanika	KM.H1	Pol	PM.8.1.1.
		KM.H2	Godine	PM.8.1.2.
		KM.H3	Stručna sprema	PM.8.1.3.
		KM.H4	Grad	PM.8.1.4.
		KM.H5	Godine iskustva u zdravstvu	PM.8.1.5.
		KM.H6	Godine staža u organizaciji u kojoj je trenutno zaposlen	PM.8.1.6.
9.	[I ₁] Stil menadžmenta	OD.I1		PM.9.1.1 PM.9.2: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 PM.9.3.1. PM.9.4.1. PM.9.5.1. PM.9.6: 1, 2, 3, 4, 5, 6
10.	[J ₁] Organizaciona klima	OD.J1		PM.10.: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
11.	[K ₁] Okruženje	OD.K1	Kompleksnost okruženja	PM.11.1.1.
		OD.K2	Promjenljivost okruženja	PM.11.2: 1, 2, 3
		OD.K3	Neizvjesnost okruženja	PM.11.3.1.
12.	[L ₁] Veličina organizacije	OD.L1	Broj zaposlenih	PM.12.1.1
13.	[M ₁] Tehnologija	OD.M1	Djeljivost tehnologije	PM.13.1.1.
		OD.M2	Složenost tehnologije	PM.13.2.1.
14.	[N ₁] Strategija	OD.N1		PM.12.1.1. PM.14.1: 1, 2, 3, 4, 5
15.	[O ₁] Kompleksnost	OD.O1		PM.15.1: 1, 2, 3 PM.15.2.1.
16.	[P ₁] Formalizacija	OD.P1		PM.16.1.1. PM.16.2: 1, 2 PM.16.3: 1, 2 PM.16.4.1. PM.16.5.1. PM.16.6.1.
17.	[Q ₁] Centralizacija	OD.Q1		PM.17.1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
18.	[R ₁] Organizaciona struktura	OD.R1		PM.15, PM.16, PM.17

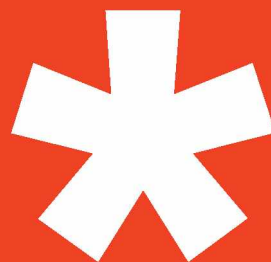
19.	[S ₁] Organizacioni dizajn	OD.S1		PM.9, PM.10, PM.11, PM.12, PM.13, PM.14, PM.15, PM.16, PM.17, PM.18
20.	[A ₂] Profil ispitanika	HQ.A1	Osnovne informacije o ispitaniku	PG.1.1: 1, 2, 3, 4, 5, 6
		HQ.A2	Osnovne informacije o zdravstvenoj ustanovi čije usluge ispitanik koristi	PG.1.2: 1, 2, 3, 4 PG.3.1.1.
21.	[B ₂] Čekanje na pregled	HQ.B1	Dužina čekanja na pregled kod izabranog ljekara	PG.2.1.1.
		HQ.B2	Dužina čekanja na pregled kod ljekara specijaliste	PG.2.1.2.
22.	[C ₂] Osnovne determinante usluga javnih i privatnih zdravstvenih ustanova	HQ.C1	Javna ili privatna	PG.3.1.1.
		HQ.C2	Posvećenost ljekara	PG.4.1: 1, 2
		HQ.C3	Znanje ljekara	PG.4.2: 1, 2
		HQ.C4	Vrijeme čekanja na pregled	PG.4.3: 1, 2
		HQ.C5	Opremljenost savremenom tehnologijom – aparatima	PG.4.4: 1, 2
		HQ.C6	Ljubaznost medicinskih sestara i tehničara	PG.4.5: 1, 2
		HQ.C7	Cijena usluge	PG.4.6: 1, 2
		HQ.C8	Kvalitet usluge	PG.4.7: 1, 2
23.	[D ₂] Menadžment zdravstvenih ustanova	HQ.D1	Doktor iz oblasti medicine ili ekspert iz oblasti menadžmenta	PG.5.1.1.
24.	[E ₂] Finansijska motivacija ljekara	HQ.E1	Plate ljekara	PG.6.1.1.

25.	[F ₂] Značaj pojedinačnih karakteristika kvaliteta zdravstvenih usluga	HQ.F1	Pouzdanost	PG.7.1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
		HQ.F2	Profesionalizam/vještine	PG.7.2: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
		HQ.F3	Empatija	PG.7.3: 1, 2, 3, 4, 5
		HQ.F4	Sigurnost i povjerenje	PG.7.4: 1, 2, 3, 4, 5
		HQ.F5	Ključne medicinske usluge	PG.7.5: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
		HQ.F6	Odgovornost	PG.7.6: 1, 2, 3, 4, 5
		HQ.F7	Materijalne stvari	PG.7.7: 1, 2, 3, 4, 5, 6
26.	[G ₂] Fizička aktivnost	HQ.G1	Sportsko-rekreativne aktivnosti	PG.8.1: 1, 2 PG.8.2: 1, 2 PG.8.3.1.
27.	[H ₂] Kvalitet ishrane	HQ.H1	Konzumiranje voća, povrća i brze hrane	PG.9.1: 1, 2 PG.9.2.1. PG.9.3: 1, 2
28.	[I ₂] Konzumiranje alkoholnih pića	HQ.I1		PG.9.4: 1, 2, 3
29.	[J ₂] Konzumiranje duvanskih proizvoda	HQ.J1		PG.9.5: 1, 2
30.	[K ₂] Samoliječenje	HQ.K1		PG.10.1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
31.	[L ₂] Pridržavanje uputstava o korišćenju lijekova	HQ.L1		PG.11.1: 1, 2
32.	[M ₂] Kvalitet zdravstvenih usluga	HQ.M1	Prikladnost procesa njege	PG.12.1: 1, 2, 3, 4, 5, 6
		HQ.M2	Briga medicinskog osoblja	PG.12.2: 1, 2, 3, 4, 5
		HQ.M3	Briga ljekara	PG.12.3: 1, 2, 3, 4, 5, 6
		HQ.M4	Materijalne stvari	PG.12.4: 1, 2, 3, 4
33.	[N ₂] Učestalost odlaska kod ljekara	HQ.N1		PG.13.1: 1, 2
34.	[O ₂] Trend kvaliteta	HQ.O1		PG.14.1.1.

35.	[P ₂] Prava pacijenata	HQ.P1		PG. 15.1.1.
36.	[Q ₂] Problem korupcije	HQ.Q1		PG.16.1.1. PG.16.2: 1, 2 PG.16.3.1. PG.16.4: 1, 2, 3, 4, 5 PG.16.5.1 PG.16.6.1. PG.16.7.1. PG.16.8.1.
37.	[R ₂] Konkurencija zemalja okruženja	HQ.R1		PG.17.1.1.
38.	[S ₂] Problem očuvanja zdravlja	HQ.S1		PG.18.1: 1, 2
39.	[T ₂] Državna ili privatna zdravstvena ustanova	HQ.T1		PG.19.1.1.
40.	[U ₂] Autonomija zdravstvenog sistema	HQ.U1		PG.20.1.1.

PRILOG D

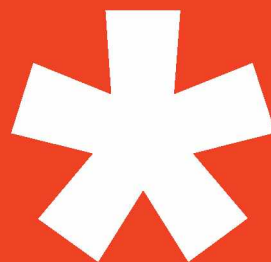
*Lista inicijalnih tema i draft pitanja za
polustrukturirane intervjuje i fokus grupe sa
predstavnicima zdravstvenih organizacija i
drugim zainteresovanim stranama*

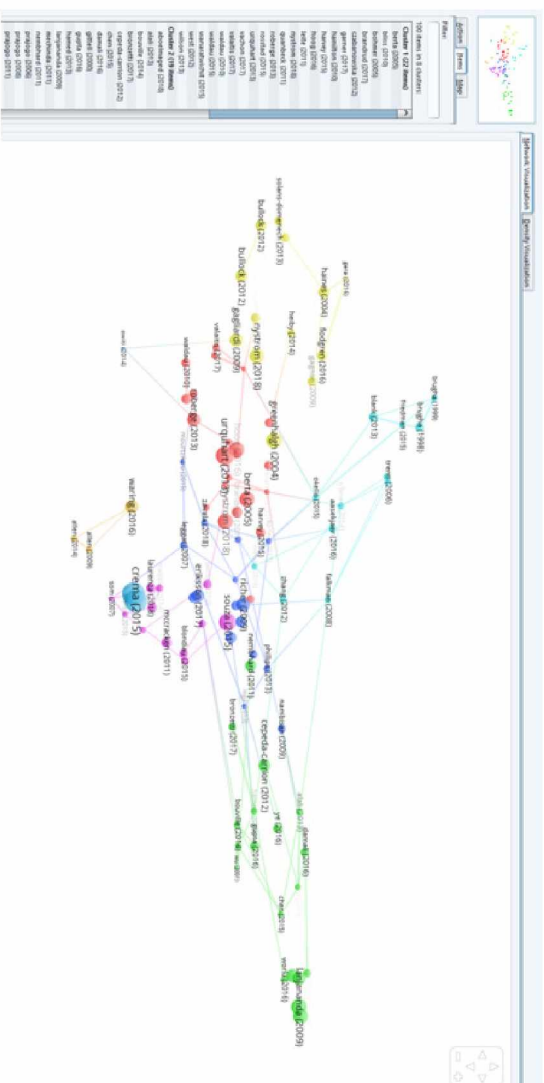
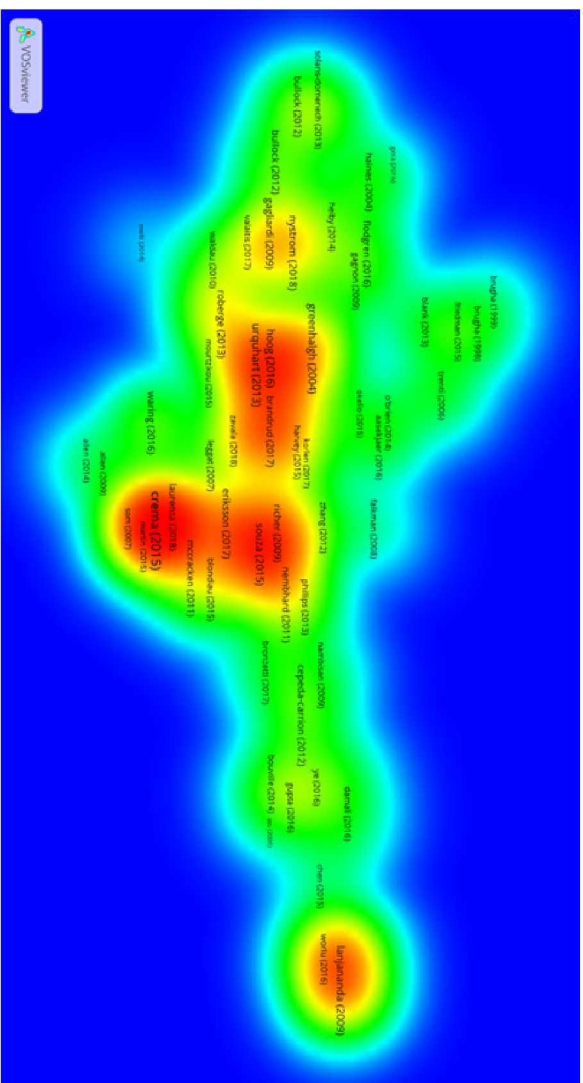


1. Nivo primjene menadžmenta znanja u organizaciji (kreiranje, čuvanje, razmjena i primjena znanja);
2. Uticaj menadžmenta znanja na kvalitet usluga;
3. Organizacioni dizajn;
4. Odnos menadžmenta znanja i organizacionog dizajna;
5. Uticaj menadžmenta znanja i organizacionog dizajna na kvalitet zdravstvenih usluga;
6. Kvalitet zdravstvenih usluga;
7. Centralizacija vs. decentralizacija;
8. Organizaciona kultura;
9. Organizaciona struktura;
10. Organizaciona infrastruktura (menadžerska, tehnološka i socijalna);
11. Liderstvo (komunikativnost i kontrola);
12. Stil menadžmenta;
13. Organizaciona klima;
14. Okruženje i konkurencija;
15. Strategija;
16. Ko bi trebalo da bude na čelu zdravstvene ustanove (doktor iz oblasti medicine ili ekspert iz oblasti menadžmenta)?;
17. Motivacija zdravstvenih radnika (finansijska i dr.);
18. Kvalitet primjene informaciono-komunikacionih tehnologija;
19. Rekonfiguracija elemenata organizacionog dizajna;
20. Međusobno povjerenje zaposlenih, saradnja i poštovanje;
21. Organizaciona fleksibilnost;
22. Ključni faktori za unapređenje kvaliteta zdravstvenih usluga (problemi, preporuke...).

PRILOG E

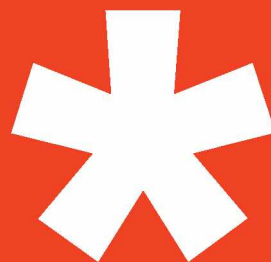
*Vizuelni prikaz bibliometrijskih mreža
naučnih publikacija konkretnog istraživanja
putem VOSviewer softvera*





PRILOG F

Primjer primjene Kronbahovog alfa testa



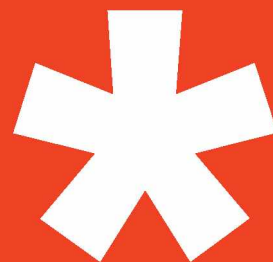
<i>Determinante kvaliteta zdravstvenih usluga</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
Pouzdanost	.926	7
Profesionalizam/vještine	.918	7
Empatija	.880	5
Sigurnost i povjerenje	.917	5
Ključne medicinske usluge	.920	8
Odgovornost	.883	5
Materijalne stvari	.911	6

<i>Javne zdravstvene ustanove</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
Prikladnost procesa njege	.856	6
Briga medicinskog osoblja	.950	5
Briga ljekara	.947	6
Materijalne stvari	.824	4

<i>Privatne zdravstvene ustanove</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
Prikladnost procesa njege	.890	6
Briga medicinskog osoblja	.962	5
Briga ljekara	.958	6
Materijalne stvari	.865	4

PRILOG G

*Primjer primjene
Kolmogorov–Smirnovljevog testa*



Tests of Normality^a

	<i>Kolmogorov-Smirnov^b</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	.091	135	.008
Centralizacija	.531	135	.000

b. Lilliefors Significance Correction

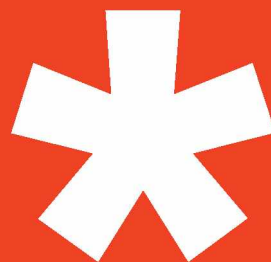
Tests of Normality

	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
Kada bih mogao da biram, radije bih se liječio:	.429	527963	0.000
Crnogorski zdravstveni sistem je autonoman, tj. nije podložan uticajima političkih faktora:	.219	527963	0.000

a. Lilliefors Significance Correction

PRILOG H

*Primjer primjene analize glavnih komponenti –
PCA (Principal Component Analysis)*



Correlation Matrix^a

Moja organizacija:		ima mehanizme za stvaranje ili sticanje znanja putem različitih izvora, kao što su volonteri, klijenti, donatori ili konkurenti	ima funkcionalne politike kojima se zaposlenima omogućava da predstave nove ideje	ima metode kojima se kritički analiziraju informacije za buduću upotrebu
Correlation	ima mehanizme za stvaranje ili sticanje znanja putem različitih izvora, kao što su volonteri, klijenti, donatori ili konkurenti	1.000	.456	.432
	ima funkcionalne politike kojima se zaposlenima omogućava da predstave nove ideje	.456	1.000	.711
	ima metode kojima se kritički analiziraju informacije za buduću upotrebu	.432	.711	1.000

a. Determinant = .380

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.645
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	127.734
	df	3
	Sig.	.000

Communalities

Moja organizacija:	Initial	Extraction
ima mehanizme za stvaranje ili sticanje znanja putem različitih izvora, kao što su volonteri, klijenti, donatori ili konkurenti	1.000	.527
ima funkcionalne politike kojima se zaposlenima omogućava da predstave nove ideje	1.000	.783
ima metode kojima se kritički analiziraju informacije za buduću upotrebu	1.000	.766

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.077	69.233	69.233	2.077	69.233	69.233
2	.634	21.140	90.373			
3	.289	9.627	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

Moja organizacija:	Component
	1
ima funkcionalne politike kojima se zaposlenima omogućava da predstave nove ideje	.885
ima metode kojima se kritički analiziraju informacije za buduću upotrebu	.875
ima mehanizme za stvaranje ili sticanje znanja putem različitih izvora, kao što su volonteri, klijenti, donatori ili konkurenti	.726

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Component Score Coefficient Matrix

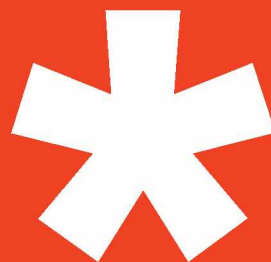
Moja organizacija:	Component
	1
ima mehanizme za stvaranje ili sticanje znanja putem različitih izvora, kao što su volonteri, klijenti, donatori ili konkurenti	.350
ima funkcionalne politike kojima se zaposlenima omogućava da predstave nove ideje	.426
ima metode kojima se kritički analiziraju informacije za buduću upotrebu	.421

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.
 Component Scores.

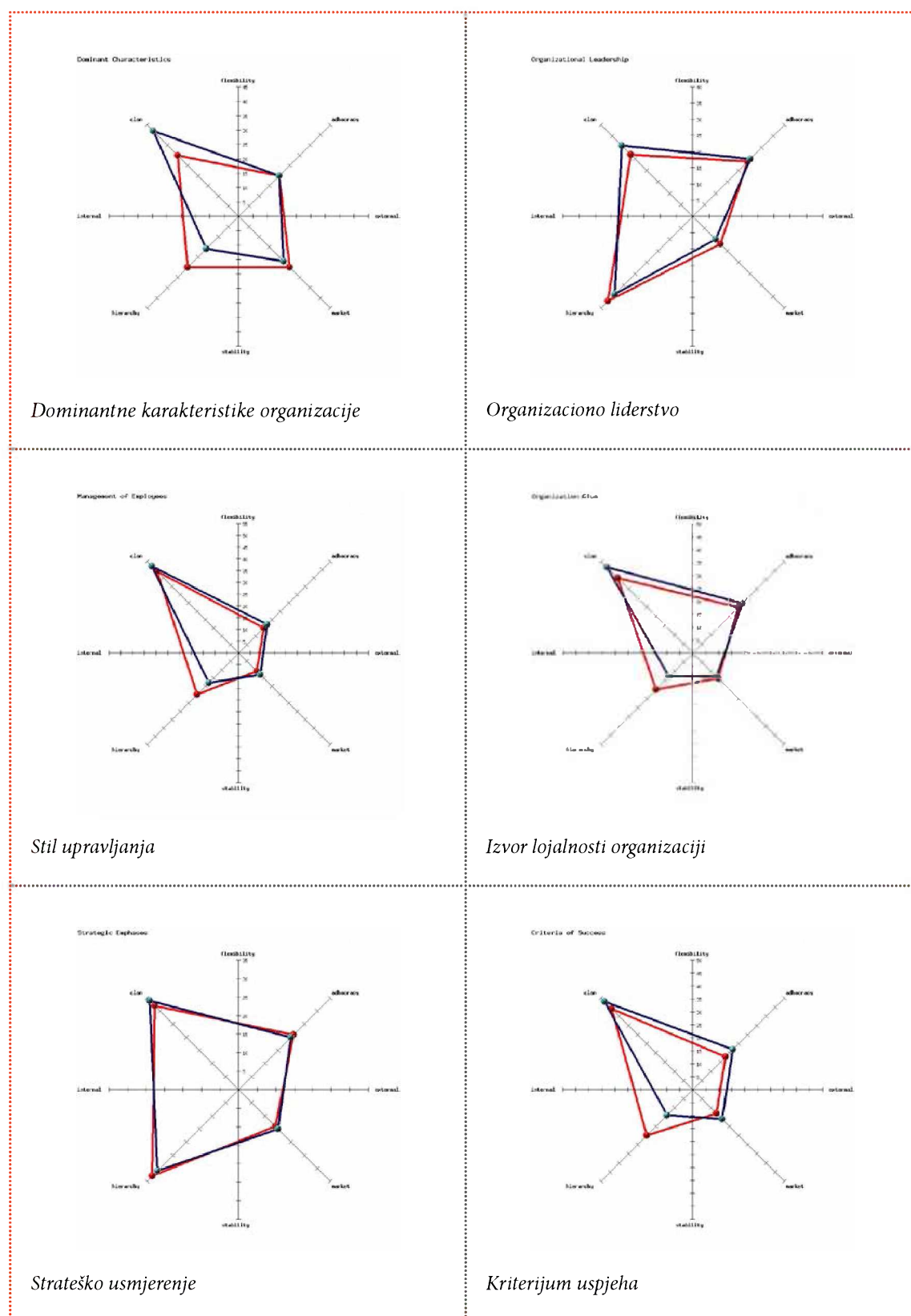
PRILOG

I

*Primjer procjene dominantnog tipa
organizacije kulture po osnovu šest ključnih
dimenzija OCAI instrumenta*

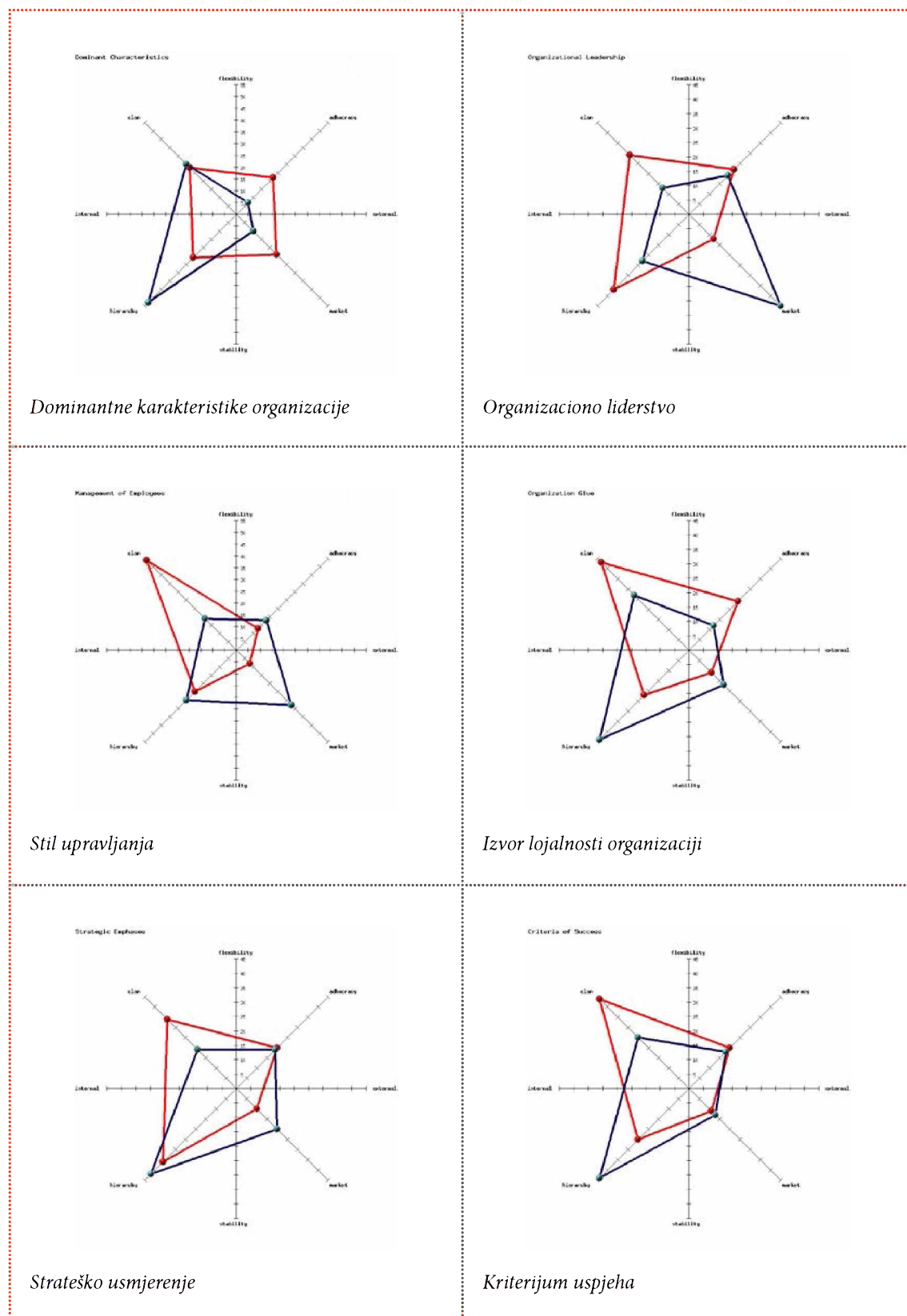


Poređenje javnih i privatnih zdravstvenih ustanova po osnovu šest ključnih dimenzija OCAI instrumenta za procjenu dominantnog tipa organizacione kulture



- Javne zdravstvene ustanove
- Privatne zdravstvene ustanove

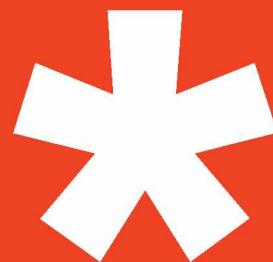
Poređenje percepcije organizacione kulture ljekara iz osnovnog uzorka i ljekara članova Sindikata doktora medicine



- Ljekari (16) – Osnovni uzorak
- Ljekari (16) – Članovi Sindikata doktora medicine

PRILOG J

*Primjena Kruskal–Valisovog testa
statističke značajnosti*



	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	135	4.0248	.73150	1.25	5.00
Efektivnost menadžmenta znanja	126	4.0894	.56641	2.15	5.00
Organizaciona kultura	135	4.0682	.47738	3.00	5.00
Organizaciona struktura	135	3.4609	.45581	2.11	4.56
Organizaciona infrastruktura	135	3.8217	.52190	2.38	4.87
Liderstvo	135	3.5332	.39078	2.21	4.36

Ranks

	<i>Regija</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	Centralna	54	73.44
	Južna	42	57.77
	Sjeverna	39	71.49
	Total	135	
Efektivnost menadžmenta znanja	Centralna	54	62.41
	Južna	38	59.61
	Sjeverna	34	69.59
	Total	126	
Organizaciona kultura	Centralna	54	68.79
	Južna	42	66.79
	Sjeverna	39	68.22
	Total	135	
Organizaciona struktura	Centralna	54	71.54
	Južna	42	61.46
	Sjeverna	39	70.14
	Total	135	
Organizaciona infrastruktura	Centralna	54	78.05
	Južna	42	58.10
	Sjeverna	39	64.76
	Total	135	
Liderstvo	Centralna	54	75.94
	Južna	42	55.75
	Sjeverna	39	70.21
	Total	135	

Test Statistics^{a,b}

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	4.224	2	.121
Efektivnost menadžmenta znanja	1.427	2	.490
Organizaciona kultura	.064	2	.969
Organizaciona struktura	1.750	2	.417
Organizaciona infrastruktura	6.524	2	.038
Liderstvo	6.483	2	.039

a. Kruskal-Wallis Test

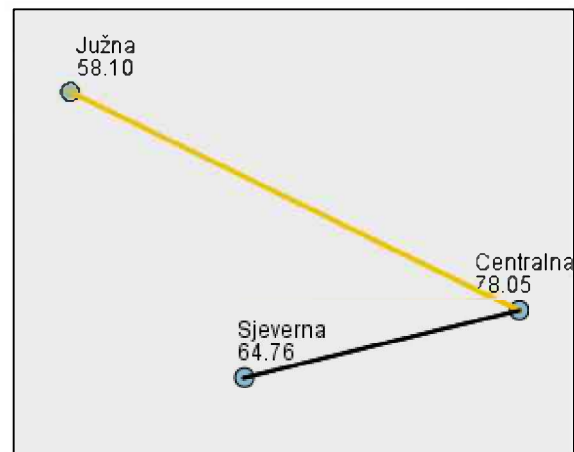
b. Grouping Variable: Regija

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Organizaciona infrastruktura is the same across categories of Regija.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.038	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Liderstvo is the same across categories of Regija.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.039	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

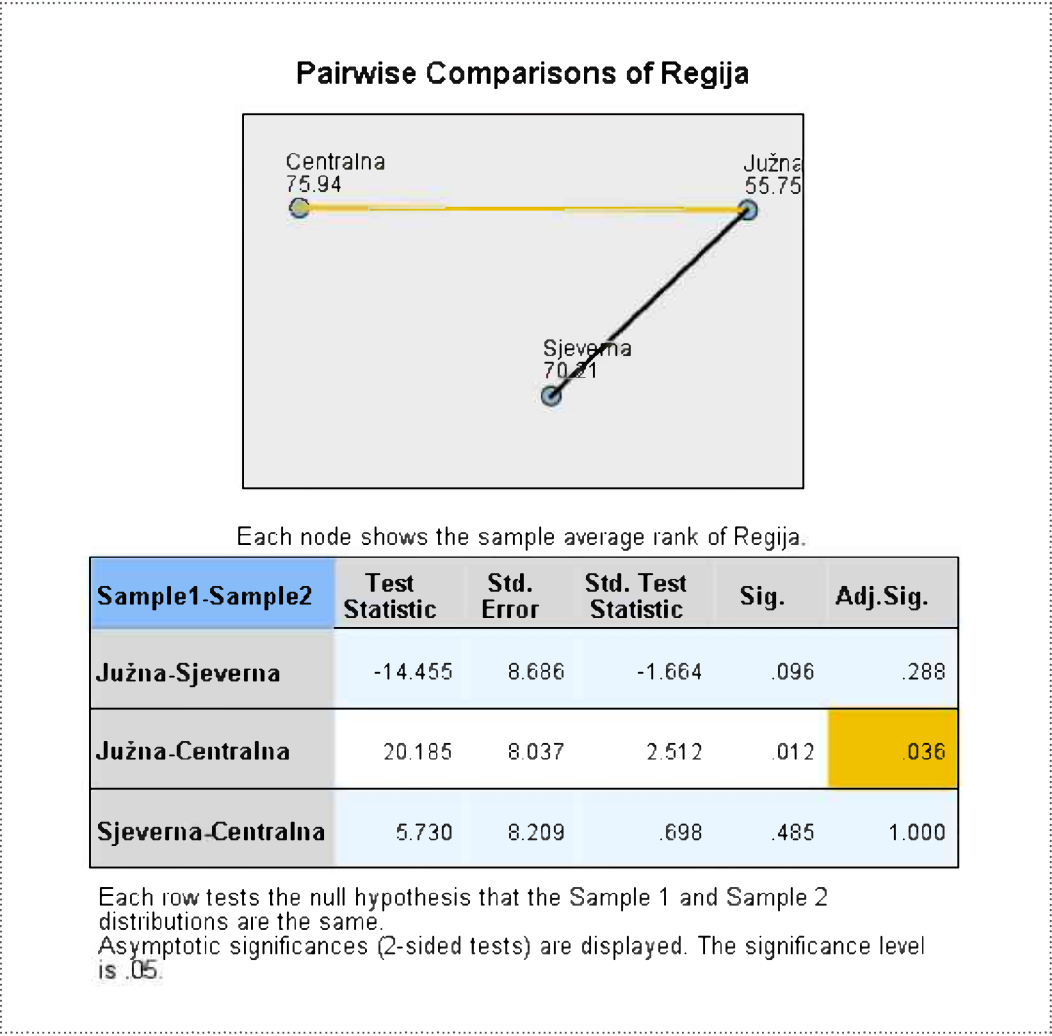
Pairwise Comparisons of Regija



Each node shows the sample average rank of Regija.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
Južna-Sjeverna	-6.661	8.698	-.766	.444	1.000
Južna-Centralna	19.951	8.047	2.479	.013	.039
Sjeverna-Centralna	13.290	8.219	1.617	.106	.318

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.



A1

Ranks

	<i>Regija</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Kreiranje znanja	Centralna	54	69.02
	Južna	42	62.87
	Sjeverna	39	72.12
	Total	135	
Čuvanje znanja	Centralna	54	75.66
	Južna	42	55.18
	Sjeverna	39	71.21
	Total	135	
Razmjena znanja	Centralna	54	72.78
	Južna	42	61.18
	Sjeverna	39	68.73
	Total	135	
Primjena znanja	Centralna	54	75.39
	Južna	42	54.39
	Sjeverna	39	72.42
	Total	135	

Test Statistics^{a,b}

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
Kreiranje znanja	1.219	2	.544
Čuvanje znanja	6.937	2	.031
Razmjena znanja	2.100	2	.350
Primjena znanja	7.569	2	.023

a. Kruskal–Wallis Test

b. Grouping Variable: Regija

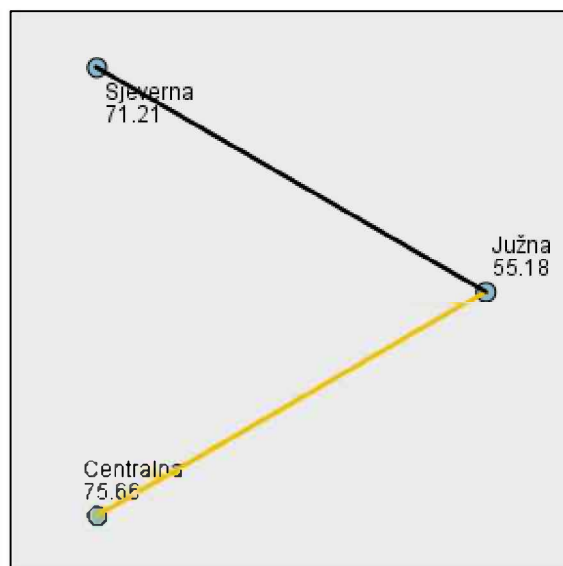
Nonparametric Test

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Čuvanje znanja is the same across categories of Regija.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.031	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Primjena znanja is the same across categories of Regija.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.023	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

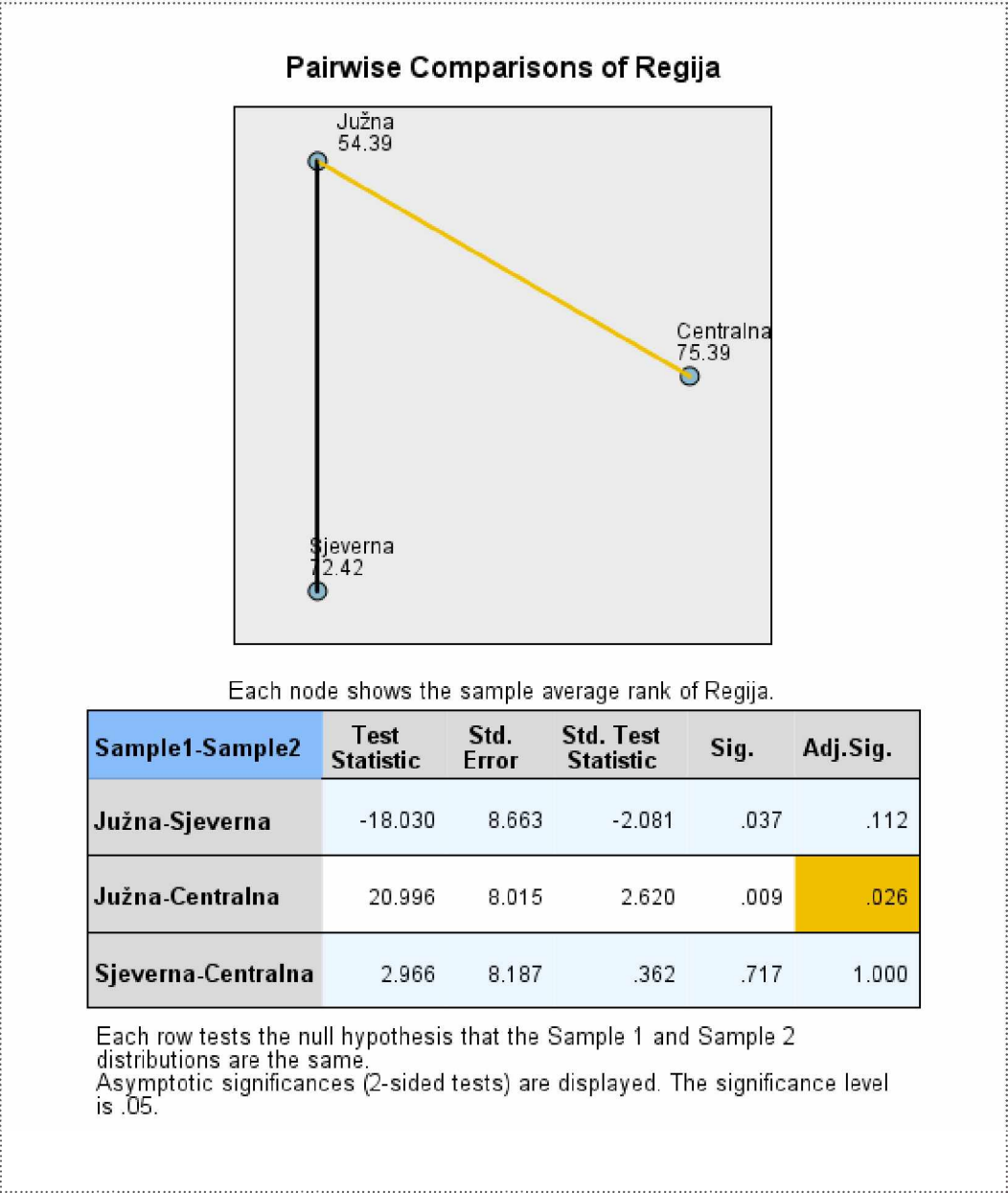
Pairwise Comparisons of Regija



Each node shows the sample average rank of Regija.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
Južna-Sjeverna	-16.027	8.639	-1.855	.064	.191
Južna-Centralna	20.479	7.993	2.562	.010	.031
Sjeverna-Centralna	4.452	8.164	.545	.586	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.



B1

Ranks

	<i>Regija</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Unaprijeđena saradnja	Centralna	54	60.75
	Južna	38	60.30
	Sjeverna	34	71.44
	Total	126	
Poboljšana komunikacija	Centralna	54	60.70
	Južna	38	62.22
	Sjeverna	34	69.37
	Total	126	
Viši nivo fleksibilnosti	Centralna	54	60.69
	Južna	38	61.39
	Sjeverna	34	70.32
	Total	126	
Poboljšane organizacione performanse	Centralna	54	65.79
	Južna	38	61.13
	Sjeverna	34	62.51
	Total	126	

Test Statistics^{a,b}

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
Unaprijeđena saradnja	2.241	2	.326
Poboljšana komunikacija	1.323	2	.516
Viši nivo fleksibilnosti	1.701	2	.427
Poboljšane organizacione performanse	.400	2	.819

a. Kruskal-Wallis Test

b. Grouping Variable: Regija

C1

Ranks

	<i>Regija</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Posvećenost misiji	Centralna	54	59.04
	Južna	42	65.75
	Sjeverna	39	82.83
	Total	135	
Organizaciono učenje	Centralna	54	71.49
	Južna	42	63.87
	Sjeverna	39	67.62
	Total	135	
Povjerenje, saradnja i poštovanje	Centralna	54	65.26
	Južna	42	72.39
	Sjeverna	39	67.06
	Total	135	
Kreativnost i inovacije	Centralna	54	74.61
	Južna	42	68.13
	Sjeverna	39	58.71
	Total	135	

Test Statistics^{a,b}

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
Posvećenost misiji	8.806	2	.012
Organizaciono učenje	.952	2	.621
Povjerenje, saradnja i poštovanje	.838	2	.658
Kreativnost i inovacije	4.374	2	.112

a. Kruskal Wallis Test

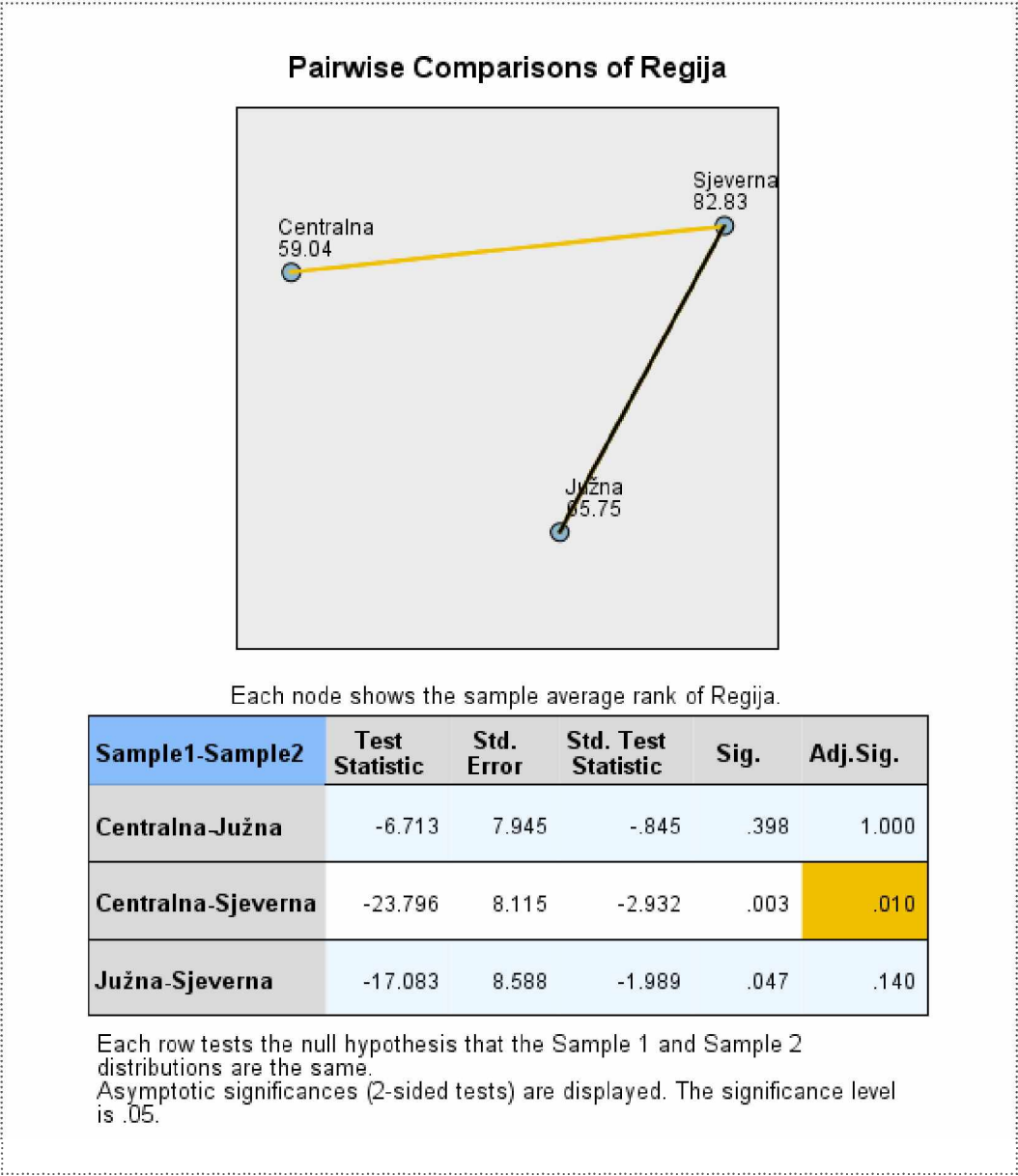
b. Grouping Variable: Regija

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Posvećenost misiji is the same across categories of Regija.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.012	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.



D1

Ranks

	<i>Regija</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Stepen pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja	Centralna	54	69.18
	Južna	42	69.82
	Sjeverna	39	64.41
	Total	135	
Autoritet i hijerarhija	Centralna	54	64.82
	Južna	42	60.93
	Sjeverna	39	80.01
	Total	135	
Radni procesi su koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika.	Centralna	54	73.90
	Južna	42	61.71
	Sjeverna	39	66.60
	Total	135	

Test Statistics^{a,b}

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
Stepen pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja	.558	2	.756
Autoritet i hijerarhija	5.611	2	.060
Radni procesi su koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika.	2.846	2	.241

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Regija

Ranks

	<i>Regija</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Proces menadžmenta znanja	Centralna	54	77.66
	Južna	42	57.80
	Sjeverna	39	65.62
	Total	135	
Kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa	Centralna	54	75.92
	Južna	42	64.57
	Sjeverna	39	60.73
	Total	135	
Menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja	Centralna	54	76.10
	Južna	42	59.73
	Sjeverna	39	65.69
	Total	135	
Mjerenje organizacionih performansi	Centralna	54	72.51
	Južna	42	58.26
	Sjeverna	39	72.24
	Total	135	
Prikladnost tehnologije	Centralna	54	68.64
	Južna	42	62.11
	Sjeverna	39	73.46
	Total	135	
IT podrška i trening	Centralna	54	81.64
	Južna	42	59.01
	Sjeverna	39	58.79
	Total	135	
Šanse za sticanje i razmjenu znanja	Centralna	54	77.55
	Južna	42	63.38
	Sjeverna	39	59.76
	Total	135	

Test Statistics^{a,b}

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
Proces menadžmenta znanja	6.326	2	.042
Kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa	5.079	2	.079
Menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja	4.386	2	.112
Mjerenje organizacionih performansi	4.044	2	.132
Prikladnost tehnologije	1.763	2	.414
IT podrška i trening	11.512	2	.003
Šanse za sticanje i razmjenu znanja	5.681	2	.058

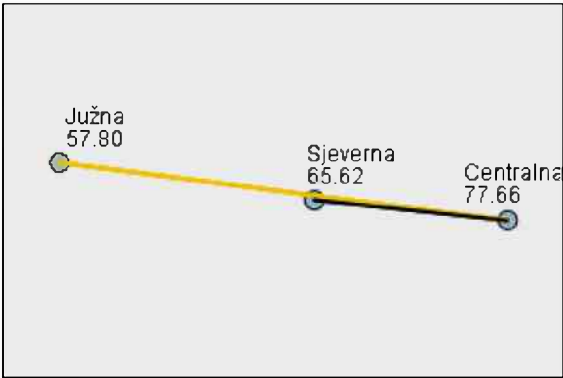
Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Proces menadžmenta znanja is the same across categories of Regija.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.042	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of IT podrška i trening is the same across categories of Regija.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.003	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

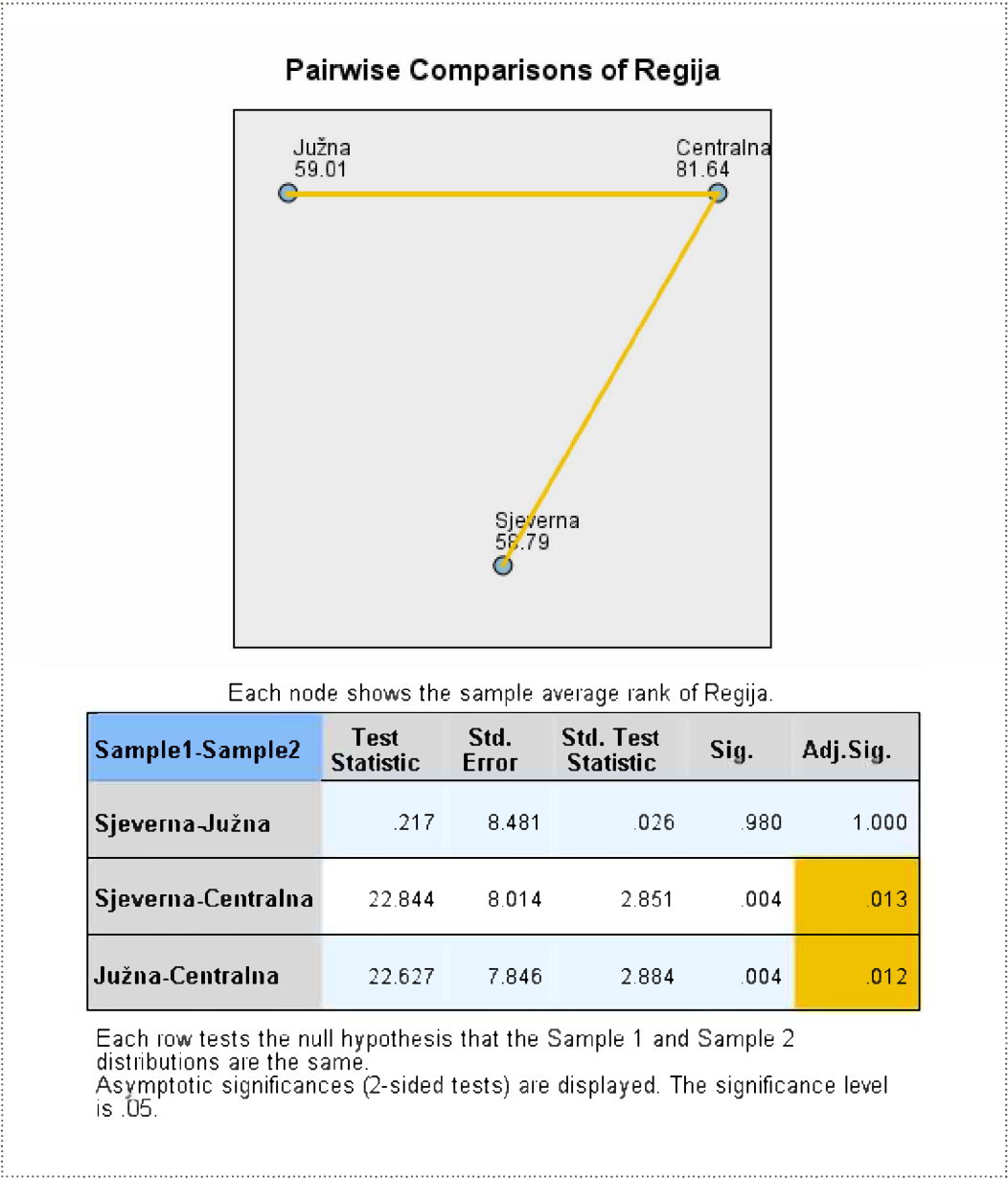
Pairwise Comparisons of Regija



Each node shows the sample average rank of Regija.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Južna-Sjeverna	-7.818	8.676	-.901	.368	1.000
Južna-Centralna	19.860	8.027	2.474	.013	.040
Sjeverna-Centralna	12.042	8.199	1.469	.142	.426

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.



F1

Ranks

	<i>Regija</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>
Menadžment znanja u okviru strateškog planiranja	Centralna	54	74.30
	Južna	42	56.24
	Sjeverna	39	71.95
	Total	135	
Podrška menadžmenta	Centralna	54	71.33
	Južna	42	58.95
	Sjeverna	39	73.13
	Total	135	
Uključivanje zaposlenih	Centralna	54	75.64
	Južna	42	60.70
	Sjeverna	39	65.28
	Total	135	
Osnaživanje zaposlenih	Centralna	54	72.07
	Južna	42	63.48
	Sjeverna	39	67.23
	Total	135	
Status, formalnost i interne politike	Centralna	54	66.13
	Južna	42	65.77
	Sjeverna	39	72.99
	Total	135	
Menadžeri preferiraju akciju u odnosu na upravljanje	Centralna	54	64.68
	Južna	42	68.98
	Sjeverna	39	71.55
	Total	135	
Sistem kontrole od strane top-menadžmenta	Centralna	54	71.83
	Južna	42	68.83
	Sjeverna	39	61.79
	Total	135	

Test Statistics^{a,b}

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
Menadžment znanja u okviru strateškog planiranja	6.557	2	.038
Podrška menadžmenta	3.781	2	.151
Uključivanje zaposlenih	4.358	2	.113
Oснаživanje zaposlenih	1.485	2	.476
Status, formalnost i interne politike	.961	2	.619
Menadžeri preferiraju akciju u odnosu na upravljanje	.843	2	.656
Sistem kontrole od strane top-menadžmenta	2.277	2	.320

a. Kruskal Wallis Test

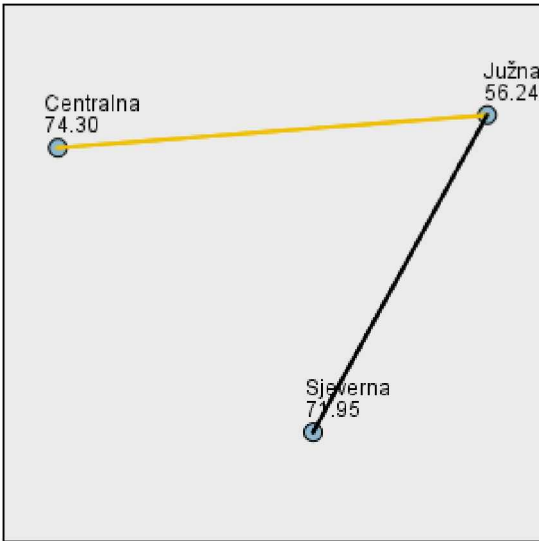
b. Grouping Variable: Regija

Nonparametric Test

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Organizacija posjeduje formalnu strategiju upravljanja znanjem koja je usklađena sa njenom strateškom vizijom is the same across categories of Regija.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.038	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Pairwise Comparisons of Regija



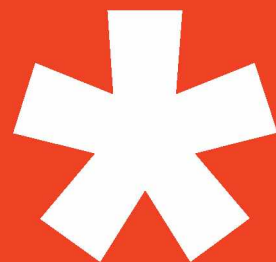
Each node shows the sample average rank of Regija.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Južna-Sjeverna	-15.711	8.034	-1.955	.051	.152
Južna-Centralna	18.058	7.433	2.429	.015	.045
Sjeverna-Centralna	2.348	7.592	.309	.757	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

PRILOG K

*Primjena Man–Vitnijevog U testa
statističke značajnosti*



	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	135	4.0248	.73150	1.25	5.00
Efektivnost menadžmenta znanja	126	4.0894	.56641	2.15	5.00
Organizaciona kultura	135	4.0682	.47738	3.00	5.00
Organizaciona struktura	135	3.4609	.45581	2.11	4.56
Organizaciona infrastruktura	135	3.8217	.52190	2.38	4.87
Liderstvo	135	3.5332	.39078	2.21	4.36

Mann–Whitney test

Ranks

	<i>Tip svojine</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	72.47	6957.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	56.99	2222.50
	Total	135		
Efektivnost menadžmenta znanja	Javne zdravstvene ustanove	89	64.40	5732.00
	Privatne zdravstvene ustanove	37	61.32	2269.00
	Total	126		
Organizaciona kultura	Javne zdravstvene ustanove	96	70.68	6785.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	61.40	2394.50
	Total	135		
Organizaciona struktura	Javne zdravstvene ustanove	96	68.18	6545.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	67.55	2634.50
	Total	135		
Organizaciona infrastruktura	Javne zdravstvene ustanove	96	69.92	6712.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	63.28	2468.00
	Total	135		

Liderstvo	Javne zdravstvene ustanove	96	74.19	7122.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	52.76	2057.50
	Total	135		

Test Statistics^a

	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	1442.500	2222.500	-2.085	.037
Efektivnost menadžmenta znanja	1566.000	2269.000	-.431	.666
Organizaciona kultura	1614.500	2394.500	-1.250	.211
Organizaciona struktura	1854.500	2634.500	-.085	.932
Organizaciona infrastruktura	1688.000	2468.000	-.893	.372
Liderstvo	1277.500	2057.500	-2.890	.004

a. Grouping Variable: Tip svojine

Report

<i>Tip svojine</i>		<i>Nivo primjene menadžmenta znanja</i>	<i>Liderstvo</i>
Javne zdravstvene ustanove	Median	4.2083	3.5714
	Mean	4.0583	3.5831
Privatne zdravstvene ustanove	Median	3.9417	3.4286
	Mean	3.9423	3.4103
Total	Median	4.1000	3.5714
	Mean	4.0248	3.5332

A1

Mann-Whitney test

Ranks

<i>Tip svojine</i>		<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
Kreiranje znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	73.19	7026.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	55.22	2153.50
	Total	135		

Čuvanje znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	70.30	6748.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.35	2431.50
	Total	135		
Razmjena znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	72.43	6953.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	57.10	2227.00
	Total	135		
Primjena znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	71.18	6833.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	60.17	2346.50
	Total	135		

Test Statistics^a

	<i>Mann–Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Kreiranje znanja	1373.500	2153.500	-2.449	.014
Čuvanje znanja	1651.500	2431.500	-1.078	.281
Razmjena znanja	1447.000	2227.000	-2.065	.039
Primjena znanja	1566.500	2346.500	-1.489	.136

a. Grouping Variable: Tip svojine

Report

Median

<i>Tip svojine</i>	<i>Čuvanje znanja</i>	<i>Primjena znanja</i>
Javne zdravstvene ustanove	4.0000	4.2500
Privatne zdravstvene ustanove	3.8000	4.0000
Total	4.0000	4.1667

B1

Mann–Whitney Test

Ranks

	<i>Tip svojine</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
Unaprijedena saradnja	Javne zdravstvene ustanove	89	65.05	5789.50
	Privatne zdravstvene ustanove	37	59.77	2211.50
	Total	126		
Poboljšana komunikacija	Javne zdravstvene ustanove	89	65.46	5825.50
	Privatne zdravstvene ustanove	37	58.80	2175.50
	Total	126		
Viši nivo fleksibilnosti	Javne zdravstvene ustanove	89	65.60	5838.50
	Privatne zdravstvene ustanove	37	58.45	2162.50
	Total	126		
Poboljšane organizacione performanse	Javne zdravstvene ustanove	89	64.03	5699.00
	Privatne zdravstvene ustanove	37	62.22	2302.00
	Total	126		

Test Statistics^a

	<i>Mann–Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Unaprijedena saradnja	1508.500	2211.500	-.745	.456
Poboljšana komunikacija	1472.500	2175.500	-.962	.336
Viši nivo fleksibilnosti	1459.500	2162.500	-1.022	.307
Poboljšane organizacione performanse	1599.000	2302.000	-.256	.798

a. Grouping Variable: Tip svojine

C1

Ranks

	<i>Tip svojine</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
Posvećenost misiji	Javne zdravstvene ustanove	96	79.19	7602.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	40.45	1577.50
	Total	135		
Organizaciono učenje	Javne zdravstvene ustanove	96	66.89	6421.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	70.74	2759.00
	Total	135		
Povjerenje, saradnja	Javne zdravstvene ustanove	96	67.07	6439.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	70.28	2741.00
	Total	135		
Kreativnost i inovacije	Javne zdravstvene ustanove	96	67.74	6503.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	68.64	2677.00
	Total	135		

Test Statistics^a

	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Posvećenost misiji	797.500	1577.500	-5.283	.000
Organizaciono učenje	1765.000	6421.000	-.534	.594
Povjerenje, saradnja i poštovanje	1783.000	6439.000	-.438	.662
Kreativnost i inovacije	1847.000	6503.000	-.131	.896

a. Grouping Variable: Tip svojine

Posvećenost misiji

<i>Tip svojine</i>	<i>Median</i>	<i>Mean</i>
Javne zdravstvene ustanove	4.0000	4.1389
Privatne zdravstvene ustanove	3.6667	3.5128
Total	4.0000	3.9580

D1

Ranks

<i>Tip svojine</i>		<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
Stepen pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	70.32	6751.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.28	2429.00
	Total	135		
Autoritet i hijerarhija	Javne zdravstvene ustanove	96	69.29	6651.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	64.83	2528.50
	Total	135		
Radni procesi su koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika.	Javne zdravstvene ustanove	96	67.23	6454.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	69.90	2726.00
	Total	135		

Test Statistics^a

	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Stepen pogodnosti za razvoj menadžmenta znanja	1649.000	2429.000	-1.182	.237
Autoritet i hijerarhija (rekodirano)	1748.500	2528.500	-.611	.541
Radni procesi su koncentrisani oko timova, a ne oko pojedinačnih radnika.	1798.000	6454.000	-.394	.693

a. Grouping Variable: Tip svojine

E1

Ranks

	<i>Tip svojine</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
Proces menadžmenta znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	70.38	6756.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.14	2423.50
	Total	135		
Kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa	Javne zdravstvene ustanove	96	69.63	6684.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	63.99	2495.50
	Total	135		
Menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	72.00	6912.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	58.15	2268.00
	Total	135		
Mjerenje organizacionih performansi	Javne zdravstvene ustanove	96	73.28	7034.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	55.01	2145.50
	Total	135		
Prikladnost tehnologije	Javne zdravstvene ustanove	96	66.19	6354.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	72.45	2825.50
	Total	135		
IT podrška i trening	Javne zdravstvene ustanove	96	64.92	6232.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	75.58	2947.50
	Total	135		
Šanse za sticanje i razmjenu znanja	Javne zdravstvene ustanove	96	66.91	6423.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	70.68	2756.50
	Total	135		

Test Statistics^a

	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Proces menadžmenta znanja	1643.500	2423.500	-1.112	.266
Kvalitet i adekvatnost raspoloživih resursa	1715.500	2495.500	-0.869	.385
Menadžment ljudskih resursa kao podrška menadžmentu znanja	1488.000	2268.000	-1.876	.061
Mjerenje organizacionih performansi	1365.500	2145.500	-2.543	.011
Prikladnost tehnologije	1698.500	6354.500	-.851	.395
IT podrška i trening	1576.500	6232.500	-1.471	.141
Šanse za sticanje i razmjenu znanja	1767.500	6423.500	-.514	.607

a. Grouping Variable: Tip svojine

Mjerenje organizacionih performansi

<i>Tip svojine</i>	<i>Median</i>	<i>Mean</i>
Javne zdravstvene ustanove	4.0000	3.9063
Privatne zdravstvene ustanove	4.0000	3.5128
Total	4.0000	3.7926

F1

Ranks

	<i>Tip svojine</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
Menadžment znanja u okviru strateškog planiranja	Javne zdravstvene ustanove	96	70.07	6726.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.91	2453.50
	Total	135		
Podrška menadžmenta	Javne zdravstvene ustanove	96	72.69	6978.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	56.45	2201.50
	Total	135		
Uključivanje zaposlenih	Javne zdravstvene ustanove	96	70.19	6738.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.60	2441.50
	Total	135		
Oснаživanje zaposlenih	Javne zdravstvene ustanove	96	72.54	6964.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	56.82	2216.00
	Total	135		
Status, formalnost i interne politike	Javne zdravstvene ustanove	96	70.70	6787.50
	Privatne zdravstvene ustanove	39	61.35	2392.50
	Total	135		
Menadžeri preferiraju akciju u odnosu na upravljanje	Javne zdravstvene ustanove	96	68.55	6581.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	66.64	2599.00
	Total	135		
Sistem kontrole od strane top-menadžmenta	Javne zdravstvene ustanove	96	70.36	6755.00
	Privatne zdravstvene ustanove	39	62.18	2425.00
	Total	135		

Test Statistics^a

	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Menadžment znanja u okviru strateškog planiranja	1673.500	2453.500	-1.043	.297
Podrška menadžmenta	1421.500	2201.500	-2.337	.019
Uključivanje zaposlenih	1661.500	2441.500	-1.108	.268

Osnaživanje zaposlenih	1436.000	2216.000	-2.392	.017
Status, formalnost i interne politike	1612.500	2392.500	-1.306	.192
Menadžeri preferiraju akciju u odnosu na upravljanje	1819.000	2599.000	-.275	.783
Sistem kontrole od strane top-menadžmenta	1645.000	2425.000	-1.349	.177

a. Grouping Variable: Tip svojine

Group Statistics

<i>Tip svojine</i>		<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
Podrška menadžmenta	Javne zdravstvene ustanove	96	4.2847	.68224	.06963
	Privatne zdravstvene ustanove	39	4.0513	.46853	.07503

Group Statistics

<i>Tip svojine</i>		<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
Osnaživanje zaposlenih	Javne zdravstvene ustanove	96	4.1146	.766	.078
	Privatne zdravstvene ustanove	39	3.7949	.732	.117

Descriptive Statistics

	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	32	3.1001	1.29558	1.23	5.00
Organizaciona infrastruktura	32	3.0164	.94282	1.43	4.71
Uzorak	32	1.5000	.50800	1.00	2.00

Ranks

	<i>Uzorak</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	Osnovni	16	24.13	386.00
	Sindikati	16	8.88	142.00
	Total	32		
Organizaciona infrastruktura	Osnovni	16	23.56	377.00
	Sindikati	16	9.44	151.00
	Total	32		

Test Statistics^a

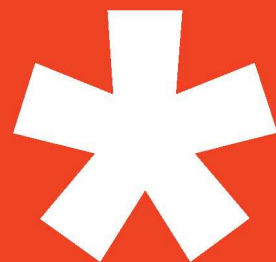
	<i>Nivo primjene menadžmenta znanja</i>	<i>Organizaciona infrastruktura</i>
Mann-Whitney U	6.000	15.000
Wilcoxon W	142.000	151.000
Z	-4.598	-4.259
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^b	.000 ^b

a. Grouping Variable: Uzorak

b. Not corrected for ties.

PRILOG L

Primjer primjene t-testa nezavisnih uzoraka



Group Statistics^s

<i>Varijabla</i>	<i>Uzorak</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
Efektivnost menadžmenta znanja	Osnovni	14	4.0970	.65253	.17440
	Sindikat	16	2.0723	.69872	.17468
Organizaciona kultura	Osnovni	16	4.0221	.50612	.12653
	Sindikat	16	2.5664	.71270	.17817
Organizaciona struktura	Osnovni	16	3.7778	.50349	.12587
	Sindikat	16	3.4375	.67185	.16796
Liderstvo	Osnovni	16	3.5521	.53967	.13492
	Sindikat	16	2.4643	.79582	.19896

Independent Samples Test

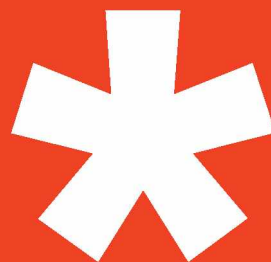
			<i>Efektivnost menadžmenta znanja</i>		<i>Organizaciona kultura</i>	
			<i>Equal variances assumed</i>	<i>Equal variances not assumed</i>	<i>Equal variances assumed</i>	<i>Equal variances not assumed</i>
Levene's Test for Equality of Variances	F		.121		.596	
	Sig.		.731		.446	
t-test for Equality of Means	t		8.164	8.203	6.661	6.661
	df		28	27.864	30	27.062
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	Mean Difference		2.02473	2.02473	1.45573	1.45573
	Std. Error Difference		.24800	.24683	.21853	.21853
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	1.51673	1.51900	1.00943	1.00739
		Upper	2.53274	2.53046	1.90203	1.90407

Independent Samples Test

			<i>Organizaciona struktura</i>		<i>Liderstvo</i>	
			<i>Equal variances assumed</i>	<i>Equal variances not assumed</i>	<i>Equal variances assumed</i>	<i>Equal variances not assumed</i>
Levene's Test for Equality of Variances	F		1.272		3.300	
	Sig.		.268		.079	
t-test for Equality of Means	t		1.621	1.621	4.525	4.525
	df		30	27.808	30	26.388
	Sig. (2-tailed)		.115	.116	.000	.000
	Mean Difference		.34028	.34028	1.08780	1.08780
	Std. Error Difference		.20989	.20989	.24039	.24039
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	-.08838	-.08980	.59686	.59403
		Upper	.76894	.77036	1.57874	1.58157

PRILOG M

Primjer primjene analize varijanse (ANOVA)

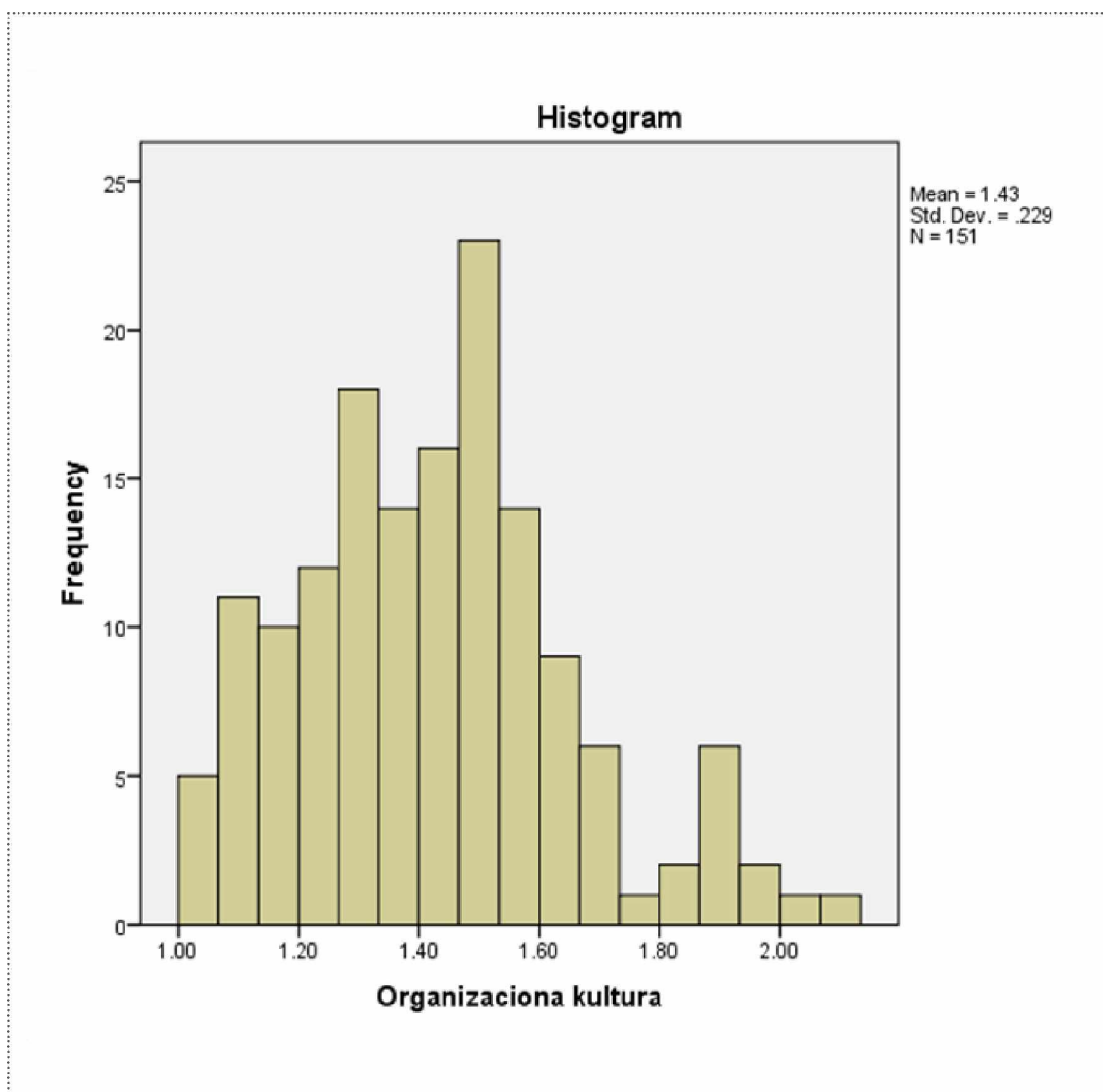


Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Organizaciona kultura	.063	151	.200 [*]	.972	151	.004

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



Descriptives

Organizaciona kultura

	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error</i>	<i>95% Confidence Interval for Mean</i>		<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
					<i>Lower Bound</i>	<i>Upper Bound</i>		
Centralna	61	1.4187	.21805	.02792	1.3628	1.4745	1.06	1.98
Južna	47	1.4353	.24289	.03543	1.3640	1.5066	1.00	2.04
Sjeverna	43	1.4329	.23253	.03546	1.3614	1.5045	1.00	2.13
Total	151	1.4279	.22871	.01861	1.3911	1.4647	1.00	2.13

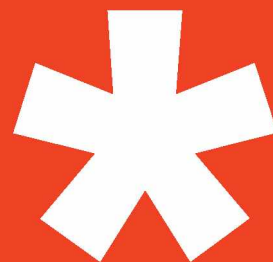
ANOVA

Organizaciona kultura

	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Between Groups	.009	2	.004	.084	.920
Within Groups	7.837	148	.053		
Total	7.846	150			

PRILOG N

Primjer analize korelacije



Correlations – Pearson Correlation Coefficient

Correlationsa

		<i>Efektivnost menadžmenta znanja</i>	<i>Nivo primjene menadžmenta znanja</i>
Pearson Correlation	Efektivnost menadžmenta znanja	1.000	.512
	Nivo primjene menadžmenta znanja	.512	1.000
Sig. (1-tailed)	Efektivnost menadžmenta znanja		.000
	Nivo primjene menadžmenta znanja	.000	
N	Efektivnost menadžmenta znanja	126	126
	Nivo primjene menadžmenta znanja	126	126

a. Uzorak = Osnovni

Correlations

		<i>Nivo primjene menadžmenta znanja SINDIKAT</i>	<i>Efektivnost menadžmenta znanja SINDIKAT</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja SINDIKAT	Pearson Correlation	1	.803**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	16	16
Efektivnost menadžmenta znanja SINDIKAT	Pearson Correlation	.803**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	16	16

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations – Spearman's correlation

Correlations

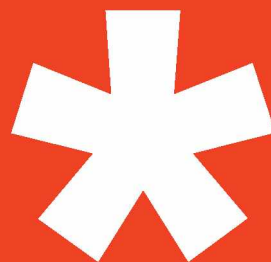
			<i>Nivo primjene menadžmenta znanja SINDIKAT</i>	<i>Efektivnost menadžmenta znanja SINDIKAT</i>
Spearman's rho	Nivo primjene menadžmenta znanja SINDIKAT	Correlation Coefficient	1.000	.788**
		Sig. (2-tailed)		.000
		N	16	16
	Efektivnost menadžmenta znanja SINDIKAT	Correlation Coefficient	.788**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	
		N	16	16

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

PRILOG



Primjer regresione analize



Descriptive Statistics^a

	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>N</i>
Efektivnost menadžmenta znanja	4.0894	.56641	126
Nivo primjene menadžmenta znanja	4.1446	.56307	126

a. Uzorak = Osnovni

Correlations^a

		<i>Efektivnost menadžmenta znanja</i>	<i>Nivo primjene menadžmenta znanja</i>
Pearson Correlation	Efektivnost menadžmenta znanja	1.000	.512
	Nivo primjene menadžmenta znanja	.512	1.000
Sig. (1-tailed)	Efektivnost menadžmenta znanja		.000
	Nivo primjene menadžmenta znanja	.000	
N	Efektivnost menadžmenta znanja	126	126
	Nivo primjene menadžmenta znanja	126	126

a. Uzorak = Osnovni

Variables Entered/Removed^{a,b}

<i>Model</i>	<i>Variables Entered</i>	<i>Variables Removed</i>	<i>Method</i>
1	Nivo primjene menadžmenta znanja ^c		Enter

a. Uzorak = Osnovni

b. Dependent Variable: Efektivnost menadžmenta znanja

c. All requested variables entered.

Model Summary^a

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.512 ^b	.262	.256	.48848

a. Uzorak = Osnovni

b. Predictors: (Constant), Nivo primjene menadžmenta znanja

ANOVA^{a,b}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square
1	Regression	10.515	1	10.515
	Residual	29.589	124	.239
	Total	40.103	125	

a. Uzorak = Osnovni

b. Dependent Variable: Efektivnost menadžmenta znanja

c. Predictors: (Constant), Nivo primjene menadžmenta znanja

Coefficients^{a,b}

Model	B	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		Std. Error	Beta				VIF	
1	(Constant)	1.955	.325		6.023	.000		
	Nivo primjene menadžmenta znanja	.515	.078	.512	6.638	.000	1.000	1.000

a. Uzorak = Osnovni

b. Dependent Variable: Efektivnost menadžmenta znanja

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Nivo primjene menadžmenta znanja SINDIKAT ^b		Enter

a. Dependent Variable: Efektivnost menadžmenta znanja SINDIKAT

b. All requested variables entered.

Model Summary

<i>Model</i>	<i>R</i>	<i>R Square</i>	<i>Adjusted R Square</i>	<i>Std. Error of the Estimate</i>
1	.803 ^a	.645	.620	.43087

a. Predictors: (Constant), Nivo primjene menadžmenta znanja SINDIKAT

ANOVA^a

<i>Model</i>		<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	Regression	4.724	1	4.724	25.446	.000 ^b
	Residual	2.599	14	.186		
	Total	7.323	15			

a. Dependent Variable: Efektivnost menadžmenta znanja SINDIKAT

b. Predictors: (Constant), Nivo primjene menadžmenta znanja SINDIKAT

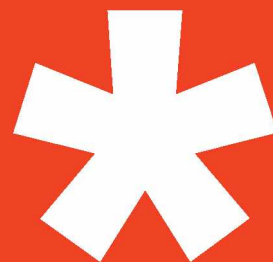
Coefficients^a

<i>Model</i>	<i>B</i>	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
		<i>Std. Error</i>	<i>Beta</i>			
1	(Constant)	.534	.323		1.652	.121
	Nivo primjene menadžmenta znanja SINDIKAT	.757	.150	.803	5.044	.000

a. Dependent Variable: Efektivnost menadžmenta znanja SINDIKAT

PRILOG P

*Tabele i proračuni iz domena modeliranja
strukturnih jednačina pomoću softvera
IBM SPSS Amos*



Notes for Group (Group number 1)

The model is recursive.

Sample size = 135

Variable Summary (Group number 1)

Your model contains the following variables (Group number 1)

Observed, endogenous variables

KM.A1

KM.A2

KM.A3

KM.A4

KM.B1

KM.B2

KM.B3

KM.B4

OD.Q1

OD.O1

OD.P1

Unobserved, endogenous variables

B1

Unobserved, exogenous variables

ek1

eč1

er1

ep1

eu1

epk1

ev1

epo1

A1

eem1

e1

e2

e3

Variable counts (Group number 1)

Number of variables in your model:	25
Number of observed variables:	11
Number of unobserved variables:	14
Number of exogenous variables:	13
Number of endogenous variables:	12

Parameter Summary (Group number 1)

	<i>Weights</i>	<i>Covariances</i>	<i>Variances</i>	<i>Means</i>	<i>Intercepts</i>	<i>Total</i>
Fixed	14	0	0	13	1	28
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	10	7	13	0	11	41
Total	24	7	13	13	12	69

Assessment of normality (Group number 1)

<i>Variable</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>skew</i>	<i>c.r.</i>	<i>kurtosis</i>	<i>c.r.</i>
OD.P1	1.000	3.000	-1.384	-6.563	.546	1.296
OD.O1	1.000	3.000	-.441	-2.094	-.725	-1.720
OD.Q1	2.000	3.000	2.737	12.983	5.491	13.023
KM.B4	2.167	5.000	-.523	-2.479	.684	1.622
KM.B3	2.000	5.000	-.740	-3.509	1.738	4.121
KM.B2	1.600	5.000	-1.110	-5.263	3.106	7.366
KM.B1	2.500	5.000	-.312	-1.478	.619	1.469
KM.A4	1.000	5.000	-1.537	-7.292	3.301	7.829
KM.A3	1.000	5.000	-1.646	-7.806	4.692	11.128
KM.A2	1.000	5.000	-1.129	-5.358	1.688	4.004
KM.A1	1.333	5.000	-.583	-2.767	.118	.281
Multivariate					35.864	12.320

Observations farthest from the centroid (Mahalanobis distance) (Group number 1)

<i>Observation number</i>	<i>Mahalanobis d-squared</i>	<i>p1</i>	<i>p2</i>
131	44.957	.000	.001
37	41.622	.000	.000
23	36.311	.000	.000
58	34.711	.000	.000
7	27.172	.004	.000
132	25.047	.009	.001
6	24.714	.010	.000
8	24.714	.010	.000
38	24.094	.012	.000
24	23.964	.013	.000

4	23.527	.015	.000
36	23.271	.016	.000
65	22.761	.019	.000
55	22.155	.023	.000
93	19.699	.050	.003
99	19.628	.051	.001
2	18.242	.076	.028
118	17.496	.094	.083
42	17.367	.097	.066
63	17.058	.106	.079
59	17.058	.106	.048
21	16.857	.112	.047
84	16.563	.121	.059
135	16.556	.122	.036
54	15.970	.142	.099
34	15.951	.143	.068
67	14.759	.194	.462
104	14.559	.204	.490
12	14.424	.210	.484
26	14.291	.217	.479
106	14.278	.218	.405
88	14.257	.219	.339
73	13.659	.252	.617
51	13.484	.263	.646
124	13.260	.277	.705
56	13.076	.288	.740
96	12.646	.317	.879
22	12.630	.318	.843
64	12.557	.323	.828
126	12.202	.349	.916
85	11.658	.390	.985
127	11.624	.393	.980
5	11.610	.394	.971
14	11.463	.405	.977
105	11.236	.424	.987
97	11.144	.431	.987

80	11.048	.439	.987
117	10.939	.448	.989
101	10.756	.464	.993
111	10.719	.467	.991
134	10.213	.511	.999
62	10.143	.518	.999
78	10.054	.526	.999
35	10.015	.529	.999
52	9.941	.536	.999
1	9.923	.537	.998
102	9.855	.543	.998
43	9.716	.556	.999
128	9.566	.570	.999
33	9.418	.583	1.000
47	9.402	.585	.999
86	9.097	.613	1.000
115	9.092	.613	1.000
108	9.075	.615	1.000
53	9.059	.616	.999
79	9.037	.618	.999
13	8.978	.624	.999
95	8.947	.627	.999
74	8.905	.631	.998
112	8.724	.647	.999
133	8.578	.661	1.000
94	8.578	.661	.999
83	8.518	.666	.999
29	8.504	.668	.999
121	8.372	.680	.999
20	8.232	.692	.999
98	8.169	.698	.999
114	8.032	.710	1.000
17	7.759	.735	1.000
110	7.631	.746	1.000
57	7.559	.752	1.000
50	7.448	.762	1.000

9	7.386	.767	1.000
72	7.372	.768	1.000
116	7.286	.775	1.000
16	7.160	.786	1.000
113	6.980	.801	1.000
129	6.980	.801	1.000
130	6.980	.801	1.000
25	6.978	.801	1.000
15	6.958	.803	1.000
100	6.805	.815	1.000
119	6.724	.821	1.000
3	6.651	.827	1.000
125	6.564	.833	1.000
45	6.424	.844	1.000
49	6.399	.845	1.000
68	6.384	.847	1.000
10	6.340	.850	1.000
103	6.269	.855	1.000

Notes for Model (Default model)

Computation of degrees of freedom (Default model)

Number of distinct sample moments:	77
Number of distinct parameters to be estimated:	41
Degrees of freedom (77 - 41):	36

Result (Default model)

Minimum was achieved

Chi-square = 47.600

Degrees of freedom = 36

Probability level = .093

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
B1	<---	A1	.293	.066	4.467	***
KM.A2	<---	A1	1.000			
KM.A3	<---	A1	.808	.068	11.901	***
KM.A4	<---	A1	.899	.070	12.866	***
KM.B1	<---	B1	.817	.033	24.681	***
KM.B2	<---	B1	1.000			
KM.B3	<---	B1	.970	.030	32.079	***
KM.B4	<---	B1	.736	.055	13.318	***
KM.A1	<---	A1	.877	.058	15.225	***
OD.Q1	<---	A1	-.030	.033	-.921	.357
OD.O1	<---	A1	.052	.064	.817	.414
OD.P1	<---	A1	.211	.048	4.405	***

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
B1	<---	A1
KM.A2	<---	A1
KM.A3	<---	A1
KM.A4	<---	A1
KM.B1	<---	B1
KM.B2	<---	B1
KM.B3	<---	B1
KM.B4	<---	B1
KM.A1	<---	A1
OD.Q1	<---	A1
OD.O1	<---	A1
OD.P1	<---	A1

Intercepts: (Group number 1 - Default model)

	<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
KM.A1	3.904	.068	57.071	***	
KM.A2	4.010	.071	56.723	***	
KM.A3	4.122	.064	64.542	***	
KM.A4	4.063	.067	60.248	***	
KM.B1	4.094	.046	89.269	***	
KM.B2	4.125	.054	76.601	***	
KM.B3	4.148	.051	81.563	***	
KM.B4	3.990	.049	81.399	***	
OD.O1	2.437	.050	48.746	***	
OD.P1	2.748	.039	70.565	***	
OD.Q1	2.096	.025	82.260	***	

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
er1	<-->	ep1	.043	.031	1.379	.168	
ek1	<-->	eč1	-.037	.036	-1.026	.305	
eu1	<-->	epk1	-.006	.008	-.756	.450	
ev1	<-->	epo1	-.006	.007	-.845	.398	
e2	<-->	e3	.051	.021	2.399	.016	
e1	<-->	e2	-.026	.015	-1.772	.076	
e1	<-->	e3	.028	.011	2.581	.010	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>
er1	<-->	ep1	.363
ek1	<-->	eč1	-.480
eu1	<-->	epk1	-.266
e2	<-->	e3	.212
e1	<-->	e2	-.155
e1	<-->	e3	.229

Variances: (Group number 1 - Default model)

	<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
A1	.628	.091	6.880	***	
eem1	.318	.041	7.755	***	
ek1	.144	.039	3.657	***	
eč1	.042	.041	1.020	.308	
er1	.136	.031	4.351	***	
ep1	.102	.035	2.926	.003	
eu1	.034	.008	4.405	***	
epk1	.017	.010	1.658	.097	
ev1	-.003	.009	-.359	.720	
epo1	.121	.016	7.418	***	
e1	.086	.011	8.184	***	
e2	.333	.041	8.184	***	
e3	.175	.022	8.139	***	

Matrices (Group number 1 - Default model)

Factor Score Weights (Group number 1 - Default model)

	<i>OD.P1</i>	<i>OD.O1</i>	<i>OD.Q1</i>	<i>KM.B4</i>	<i>KM.B3</i>	<i>KM.B2</i>	<i>KM.B1</i>	<i>KM.A4</i>	<i>KM.A3</i>	<i>KM.A2</i>	<i>KM.A1</i>
A1	.021	-.002	-.013	.001	.024	-.007	-.003	.115	.057	.597	.250
B1	.000	.000	.000	.050	1.676	-.453	-.233	-.001	.000	-.003	-.001

Total Effects (Group number 1 - Default model)

	<i>A1</i>	<i>B1</i>
B1	.293	.000
OD.P1	.211	.000
OD.O1	.052	.000
OD.Q1	-.030	.000
KM.B4	.215	.736
KM.B3	.284	.970
KM.B2	.293	1.000
KM.B1	.239	.817
KM.A4	.899	.000

KM.A3	.808	.000
KM.A2	1.000	.000
KM.A1	.877	.000

Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	AI	BI
B1	.380	.000
OD.P1	.370	.000
OD.O1	.071	.000
OD.Q1	-.080	.000
KM.B4	.301	.791
KM.B3	.382	1.005
KM.B2	.372	.978
KM.B1	.357	.938
KM.A4	.913	.000
KM.A3	.866	.000
KM.A2	.968	.000
KM.A1	.878	.000

Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	AI	BI
B1	.293	.000
OD.P1	.211	.000
OD.O1	.052	.000
OD.Q1	-.030	.000
KM.B4	.000	.736
KM.B3	.000	.970
KM.B2	.000	1.000
KM.B1	.000	.817
KM.A4	.899	.000
KM.A3	.808	.000
KM.A2	1.000	.000
KM.A1	.877	.000

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	<i>AI</i>	<i>BI</i>
B1	.380	.000
OD.P1	.370	.000
OD.O1	.071	.000
OD.Q1	-.080	.000
KM.B4	.000	.791
KM.B3	.000	1.005
KM.B2	.000	.978
KM.B1	.000	.938
KM.A4	.913	.000
KM.A3	.866	.000
KM.A2	.968	.000
KM.A1	.878	.000

Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	<i>AI</i>	<i>BI</i>
B1	.000	.000
OD.P1	.000	.000
OD.O1	.000	.000
OD.Q1	.000	.000
KM.B4	.215	.000
KM.B3	.284	.000
KM.B2	.293	.000
KM.B1	.239	.000
KM.A4	.000	.000
KM.A3	.000	.000
KM.A2	.000	.000
KM.A1	.000	.000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	<i>A1</i>	<i>B1</i>
B1	.000	.000
OD.P1	.000	.000
OD.O1	.000	.000
OD.Q1	.000	.000
KM.B4	.301	.000
KM.B3	.382	.000
KM.B2	.372	.000
KM.B1	.357	.000
KM.A4	.000	.000
KM.A3	.000	.000
KM.A2	.000	.000
KM.A1	.000	.000

Notes for Group/Model (Group number 1 - Default model)

The following covariance matrix is not positive definite (Group number 1 - Default model)

	<i>epo1</i>	<i>ev1</i>
epo1	.121	
ev1	-.006	-.003

This solution is not admissible.

Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
epo1 <--> e2	7.943	-.048
ep1 <--> eu1	4.107	.008
ek1 <--> epo1	4.040	-.027

Variances: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
--	--	--	------	------------

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
--	--	--	------	------------

Means: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
--	--	--	------	------------

Intercepts: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
--	--	--	------	------------

Minimization History (Default model)

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	6		-1.053	9999.000	1541.227	0	9999.000
1	e*	12		-2.257	2.999	905.120	21	.337
2	e*	8		-6.654	.457	652.705	7	.998
3	e*	5		-12.717	.141	538.839	6	.808
4	e	6		-.810	.139	470.395	6	.658
5	e*	4		-13.259	.345	375.835	5	.792
6	e	4		-1.082	.138	329.686	5	.674
7	e	3		-8.698	.202	267.554	5	.792
8	e	3		-1.531	.158	213.715	5	.770
9	e*	2		-2.689	.264	133.866	4	.744
10	e	0	224136.152		.238	83.130	6	.740
11	e	0	29524.948		.825	55.221	3	.000
12	e	0	30374.113		.313	49.056	1	.737
13	e	0	31633.553		.045	47.644	1	1.084
14	e	0	30050.945		.020	47.600	1	1.025
15	e	0	30186.864		.000	47.600	1	1.001

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	41	47.600	36	.093	1.322
Saturated model	77	.000	0		
Independence model	22	1570.510	55	.000	28.555

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.970	.954	.992	.988	.992
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

<i>Model</i>	<i>PRATIO</i>	<i>PNFI</i>	<i>PCFI</i>
Default model	.655	.635	.650
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

NCP

<i>Model</i>	<i>NCP</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>
Default model	11.600	.000	33.638
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1515.510	1389.931	1648.466

FMIN

<i>Model</i>	<i>FMIN</i>	<i>F0</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>
Default model	.355	.087	.000	.251
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	11.720	11.310	10.373	12.302

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	.049	.000	.084	.488
Independence model	.453	.434	.473	.000

AIC

<i>Model</i>	<i>AIC</i>	<i>BCC</i>	<i>BIC</i>	<i>CAIC</i>
Default model	129.600	137.666		
Saturated model	154.000	169.148		
Independence model	1614.510	1618.838		

ECVI

<i>Model</i>	<i>ECVI</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>MECVI</i>
Default model	.967	.881	1.132	1.027
Saturated model	1.149	1.149	1.149	1.262
Independence model	12.049	11.111	13.041	12.081

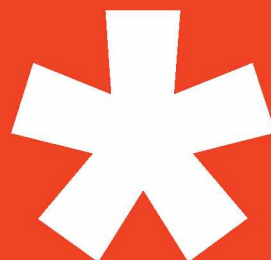
HOELTER

<i>Model</i>	<i>HOELTER</i> <i>.05</i>	<i>HOELTER</i> <i>.01</i>
Default model	144	166
Independence model	7	8

PRILOZI



*Detaljniji prikaz rezultata istraživanja po
određenim pitanjima iz anketnog upitnika*



Odgovori na pitanja br. 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5. i 3.6. upitnika iz Priloga A

Tip	Pitanje	Regija		
		Centralna regija (54)	Južna regija (42)	Sjeverna regija (39)
I	Dominantne karakteristike			
1	Organizacija je...			
F	...veoma lično mjesto. Kao veća porodica. Ljudi dosta toga dijele među sobom.	26.3	38.8	38.3
A	...veoma dinamično preduzetničko mjesto. Ljudi su spremni da se istaknu i preuzmu rizik.	17.8	21.4	21.4
T	...veoma orijentisana ka rezultatima. Glavni zadatak je da se posao završi. Ljudi su takmičarski nastrojani i orijentisani prema postizanju cilja.	29.2	18.3	22.9
H	...veoma kontrolisano i strukturirano mjesto. Formalne procedure uopšteno diktiraju ljudima što da rade.	26.8	21.4	17.3
II	Organizaciono liderstvo			
2	Liderstvo u organizaciji uopšteno predstavlja...			
F	...mentorstvo, olakšavanje ili obučavanje.	25.1	31.0	28.3
A	...preduzetništvo, inovativnost ili preuzimanje rizika.	25.9	23.7	23.8
T	...agresivan i ka rezultatima usmjeren fokus, bez nevažnih stvari.	11.2	10.1	12.4
H	...koordinaciju, organizovanje i efikasnost bez poteškoća.	37.8	35.2	35.4
III	Stil upravljanja			
3	Stil upravljanja u organizaciji karakteriše...			
F	...timski rad, učešće svih i konsenzus.	52.8	47.5	48.7
A	...pojedinačno preuzimanje rizika, inovacija, sloboda i jedinstvenost.	14.5	18.1	13.3
T	...jaka konkurencija, visoki zahtjevi i postignuća.	10.4	13.4	11.5
H	...sigurnost zaposlenja, uskladenost, predvidivost i stabilnost u odnosima.	22.3	21.0	26.4

IV	Izvor lojalnosti organizaciji			
4	Spona koja drži organizaciju na okupu je...			
F	...lojalnost i međusobno povjerenje. Postoji velika posvećenost organizaciji.	41.9	45.2	41.4
A	...posvećenost inovacijama i razvoju. Naglašava se primjena najsavremenije tehnologije.	27.3	25.2	22.6
T	...naglasak na postizanju i ostvarenju ciljeva. Agresivnost i pobjeđivanje su zajedničke teme.	15.9	12.0	13.7
H	...formalna pravila i politike. Održavanje poslovanja organizacije bez poteškoća je važno.	14.8	17.6	22.3
V	Strateško usmjerenje			
5	Organizacija naglašava...			
F	...razvoj zaposlenih. Postoji visok stepen povjerenja, otvorenosti i učešća.	29.9	31.8	37.6
A	...sticanje novih resursa i stvaranje novih izazova. Vrednuje se isprobavanje novih stvari i stvaranje mogućnosti.	20.8	22.9	18.3
T	...konkurentne aktivnosti i postignuća. Preovladava potreba osvajanja liderske pozicije na tržištu.	14.3	16.1	11.4
H	...trajnost i stabilnost. Važni su efikasnost, kontrola i poslovanje bez poteškoća.	35.1	29.3	32.7
VI	Kriterijum uspjeha			
6	Organizacija definiše uspjeh na osnovu...			
F	...razvoja ljudskih resursa, timskog rada, posvećenosti zaposlenih i brige o ljudima.	46.6	41.1	46.8
A	...jedinstvenih i najnovijih usluga. Ona je lider i inovator u uslugama.	21.9	18.9	15.6
T	...osvajanja tržišta i savladavanja konkurencije. Ključno je liderstvo na konkurentnom tržištu.	13.3	15.7	13.3
H	...efikasnosti. Ključni su pouzdana isporuka, jednostavno planiranje i proizvodnja uz niske troškove.	18.2	24.2	24.2

Odgovori na pitanja br. 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5. i 3.6. upitnika iz Priloga A

Tip	Pitanje	Tip svojine		
		Javne zdravstvene ustanove (96)	Privatne zdravstvene ustanove (39)	Javne i privatne zdravstvene ustanove (135)
I	Dominantne karakteristike			
I	Organizacija je...			
F	...veoma lično mjesto. Kao veća porodica. Ljudi dosta toga dijele među sobom.	30.4	41.8	33.7
A	...veoma dinamično preduzetničko mjesto. Ljudi su spremni da se istaknu i preuzmu rizik.	19.8	20.4	20.0
T	...veoma orijentisana ka rezultatima. Glavni zadatak je da se posao završi. Ljudi su takmičarski nastrojeni i orijentisani prema postizanju cilja.	24.9	21.8	24.0
H	...veoma kontrolisano i strukturirano mjesto. Formalne procedure uopšteno diktiraju ljudima što da rade.	24.9	16.0	22.4
II	Organizaciono liderstvo			
2	Liderstvo u organizaciji uopšteno predstavlja...			
F	...mentorstvo, olakšavanje ili obučavanje.	26.7	30.6	27.9
A	...preduzetništvo, inovativnost ili preuzimanje rizika.	24.3	25.4	24.6
T	...agresivan i ka rezultatima usmjeren fokus, bez nevažnih stvari.	11.5	10.5	11.2
H	...koordinaciju, organizovanje i efikasnost bez poteškoća.	37.4	33.5	36.3
III	Stil upravljanja			
3	Stil upravljanja u organizaciji karakteriše..			
F	...timski rad, učešće svih i konsenzus.	49.4	51.3	50.0
A	...pojedinačno preuzimanje rizika, inovacija, sloboda i jedinstvenost.	14.5	17.2	15.3
T	...jaka konkurencija, visoki zahtjevi i postignuća.	11.0	13.3	11.7
H	...sigurnost zaposlenja, usklađenost, predvidivost i stabilnost u odnosima.	25.1	18.2	23.1

IV	Izvor lojalnosti organizaciji			
4	Spona koja drži organizaciju na okupu je...			
F	...lojalnost i međusobno povjerenje. Postoji velika posvećenost organizaciji.	41.1	46.9	42.8
A	...posvećenost inovacijama i razvoju. Naglašava se primjena najsavremenije tehnologije.	24.6	26.9	25.3
T	...naglasak na postizanju i ostvarenju ciljeva. Agresivnost i pobjeđivanje su zajedničke teme.	14.5	13.1	14.1
H	...formalna pravila i politike. Održavanje poslovanja organizacije bez poteškoća je važno.	19.8	13.1	17.9
V	Strateško usmjerenje			
5	Organizacija naglašava...			
F	...razvoj zaposlenih. Postoji visok stepen povjerenja, otvorenosti i učešća.	32.3	33.7	32.7
A	...sticanje novih resursa i stvaranje novih izazova. Vrednuje se isprobavanje novih stvari i stvaranje mogućnosti.	20.9	20.4	20.7
T	...konkurentske aktivnosti i postignuća. Preovladava potreba osvajanja liderske pozicije na tržištu.	13.8	14.6	14.0
H	...trajnost i stabilnost. Važni su efikasnost, kontrola i poslovanje bez poteškoća.	33.1	31.3	32.6
VI	Kriterijum uspjeha			
6	Organizacija definiše uspjeh na osnovu...			
F	...razvoja ljudskih resursa, timskog rada, posvećenosti zaposlenih i brige o ljudima.	43.8	47.8	44.9
A	...jedinstvenih i najnovijih usluga. Ona je lider i inovator u uslugama.	18.1	21.8	19.1
T	...osvajanja tržišta i savladavanja konkurencije. Ključno je liderstvo na konkurentnom tržištu.	13.2	16.2	14.1
H	...efikasnosti. Ključni su pouzdana isporuka, jednostavno planiranje i proizvodnja uz niske troškove.	24.9	14.2	21.8

Odgovori na pitanja br. 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5. i 3.6. upitnika iz Priloga A

Tip	Pitanje	Ispitanici/	
		Osnovni uzorak — 16 ljekara	Sindiklat doktora medicine — 16 ljekara
I	Dominantne karakteristike		
I	Organizacija je...		
F	...veoma lično mjesto. Kao veća porodica. Ljudi dosta toga dijele među sobom.	27.8	29.7
A	...veoma dinamično preduzetničko mjesto. Ljudi su spremni da se istaknu i preuzmu rizik.	22.2	7.7
T	...veoma orijentisana ka rezultatima. Glavni zadatak je da se posao završi. Ljudi su takmičarski nastrojani i orijentisani prema postizanju cilja.	24.1	9.9
H	...veoma kontrolisano i strukturirano mjesto. Formalne procedure uopšteno diktiraju ljudima što da rade.	25.9	52.7
II	Organizaciono liderstvo		
2	Liderstvo u organizaciji uopšteno predstavlja...		
F	...mentorstvo, olakšavanje ili obučavanje.	29.1	13.1
A	...preduzetništvo, inovativnost ili preuzimanje rizika.	22.5	19.4
T	...agresivan i ka rezultatima usmjeren fokus, bez nevažnih stvari.	11.9	44.7
H	...koordinaciju, organizovanje i efikasnost bez poteškoća.	36.6	22.8
III	Stil upravljanja		
3	Stil upravljanja u organizaciji karakteriše...		
F	...timski rad, učešće svih i konsenzus.	54.1	18.8
A	...pojedinačno preuzimanje rizika, inovacija, sloboda i jedinstvenost.	13.4	18.4
T	...jaka konkurencija, visoki zahtjevi i postignuća.	7.5	32.8
H	...sigurnost zaposlenja, uskladenost, predvidivost i stabilnost u odnosima.	25.0	30.0

IV	Izvor lojalnosti organizaciji		
4	Spona koja drži organizaciju na okupu je...		
F	...lojalnost i međusobno povjerenje. Postoji velika posvećenost organizaciji.	42.5	27.1
A	...posvećenost inovacijama i razvoju. Naglašava se primjena najsavremenije tehnologije.	24.1	11.7
T	...naglasak na postizanju i ostvarenju ciljeva. Agresivnost i pobjeđivanje su zajedničke teme.	10.9	17.0
H	...formalna pravila i politike. Održavanje poslovanja organizacije bez poteškoća je važno.	22.5	44.3
V	Strateško usmjerenje		
5	Organizacija naglašava...		
F	...razvoj zaposlenih. Postoji visok stepen povjerenja, otvorenosti i učešća.	34.4	18.8
A	...sticanje novih resursa i stvaranje novih izazova. Vrednuje se isprobavanje novih stvari i stvaranje mogućnosti.	20.3	19.1
T	...konkurentske aktivnosti i postignuća. Preovladava potreba osvajanja liderske pozicije na tržištu.	9.7	20.3
H	...trajnost i stabilnost. Važni su efikasnost, kontrola i poslovanje bez poteškoća.	35.6	41.9
VI	Kriterijum uspjeha		
6	Organizacija definiše uspjeh na osnovu...		
F	...razvoja ljudskih resursa, timskog rada, posvećenosti zaposlenih i brige o ljudima.	43.4	24.7
A	...jedinstvenih i najnovijih usluga. Ona je lider i inovator u uslugama.	20.3	18.0
T	...osvajanja tržišta i savladavanja konkurencije. Ključno je liderstvo na konkurentnom tržištu.	10.9	13.6
H	...efikasnosti. Ključni su pouzdana isporuka, jednostavno planiranje i proizvodnja uz niske troškove.	25.3	43.7

Odgovori na pitanja br. 10.1.1, 10.1.2, 10.1.3, 10.1.4, 10.1.5, 10.1.6. i 10.1.7. upitnika iz Priloga A

Organizaciona klima		Uzorak		
		Osnovni (135)	Osnovni (16)	Sindikata (16)
Naši zaposleni mogu uvijek da vjeruju jedni drugima.	apsolutno se ne slažem	3.7%	0.0%	56.3%
	djelimično se ne slažem	3.7%	0.0%	6.3%
	nijesam siguran	14.1%	25.0%	0.0%
	djelimično se slažem	37.0%	43.8%	37.5%
	apsolutno se slažem	41.5%	31.3%	0.0%
Postoji veliko neslaganje pri donošenju odluka među zaposlenima koji su uključeni u taj proces.	nikada	18.5%	6.3%	0.0%
	rijetko	51.1%	56.3%	43.8%
	ponekad	28.1%	37.5%	12.5%
	često	2.2%	0.0%	31.3%
	uvijek	0.0%	0.0%	12.5%
Naši zaposleni imaju visok nivo posvećenosti radu (etičnost, moralnost, duh, energija).	apsolutno se ne slažem	6.7%	6.3%	6.3%
	djelimično se ne slažem	0.0%	0.0%	25.0%
	nijesam siguran	5.9%	6.3%	18.8%
	djelimično se slažem	24.4%	18.8%	37.5%
	apsolutno se slažem	63.0%	68.8%	12.5%
Zaposleni smatraju da se pravično nagrađuju za svoje napore.	apsolutno se ne slažem	8.1%	12.5%	62.5%
	djelimično se ne slažem	8.1%	6.3%	25.0%
	nijesam siguran	22.2%	37.5%	6.3%
	djelimično se slažem	33.3%	25.0%	6.3%
	apsolutno se slažem	28.1%	18.8%	0.0%
Vrlo često je teško izvršiti promjene u organizaciji.	apsolutno se ne slažem	14.1%	6.3%	18.8%
	djelimično se ne slažem	17.8%	25.0%	6.3%
	nijesam siguran	18.5%	12.5%	18.8%
	djelimično se slažem	44.4%	43.8%	0.0%
	apsolutno se slažem	5.2%	12.5%	56.3%

Zaposleni imaju povjerenja u svoje lidere.	apsolutno se ne slažem	5.2%	0.0%	68.8%
	djelimično se ne slažem	0.7%	6.3%	12.5%
	nijesam siguran	10.4%	6.3%	12.5%
	djelimično se slažem	35.6%	31.3%	6.3%
	apsolutno se slažem	48.1%	56.3%	0.0%
Od zaposlenih se očekuje da preuzmu odgovornost čak i kada nešto krene kako ne treba.	apsolutno se ne slažem	9.6%	6.3%	12.5%
	djelimično se ne slažem	3.0%	0.0%	12.5%
	nijesam siguran	10.4%	0.0%	6.3%
	djelimično se slažem	31.1%	37.5%	12.5%
	apsolutno se slažem	45.9%	56.3%	56.3%

Odgovori na pitanja br. 10.1.1, 10.1.2, 10.1.3, 10.1.4, 10.1.5, 10.1.6. i 10.1.7. upitnika iz Priloga A

Organizaciona klima		Uzorak				
		Tip svojine (135)		Regija (135)		
		JZU (96)	PZU (39)	C (54)	J (42)	S (39)
Naši zaposleni mogu uvijek da vjeruju jedni drugima.	apsolutno se ne slažem	1.0%	10.3%	3.7%	2.4%	5.1%
	djelimično se ne slažem	5.2%	0.0%	5.6%	2.4%	2.6%
	nijesam siguran	16.7%	7.7%	5.6%	26.2%	12.8%
	djelimično se slažem	42.7%	23.1%	40.7%	31.0%	38.5%
	apsolutno se slažem	34.4%	59.0%	44.4%	38.1%	41.0%
Postoji veliko neslaganje pri donošenju odluka među zaposlenima koji su uključeni u taj proces.	nikada	9.4%	41.0%	25.9%	16.7%	10.3%
	rijetko	58.3%	33.3%	50.0%	40.5%	64.1%
	ponekad	30.2%	23.1%	22.2%	38.1%	25.6%
	često	2.1%	2.6%	1.9%	4.8%	0.0%
	uvijek	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Naši zaposleni imaju visok nivo posvećenosti radu (etičnost, moralnost, duh, energija).	apsolutno se ne slažem	6.3%	7.7%	3.7%	4.8%	12.8%
	djelimično se ne slažem	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	nijesam siguran	8.3%	0.0%	5.6%	9.5%	2.6%
	djelimično se slažem	27.1%	17.9%	20.4%	33.3%	20.5%
	apsolutno se slažem	58.3%	74.4%	70.4%	52.4%	64.1%
Zaposleni smatraju da se pravično nagrađuju za svoje napore.	apsolutno se ne slažem	9.4%	5.1%	1.9%	14.3%	10.3%
	djelimično se ne slažem	9.4%	5.1%	5.6%	7.1%	12.8%
	nijesam siguran	30.2%	2.6%	16.7%	31.0%	20.5%
	djelimično se slažem	32.3%	35.9%	44.4%	16.7%	35.9%
	apsolutno se slažem	18.8%	51.3%	31.5%	31.0%	20.5%
Vrlo često je teško izvršiti promjene u organizaciji.	apsolutno se ne slažem	11.5%	20.5%	16.7%	11.9%	12.8%
	djelimično se ne slažem	11.5%	33.3%	22.2%	16.7%	12.8%
	nijesam siguran	14.6%	28.2%	25.9%	11.9%	15.4%
	djelimično se slažem	57.3%	12.8%	33.3%	52.4%	51.3%
	apsolutno se slažem	5.2%	5.1%	1.9%	7.1%	7.7%

Zaposleni imaju povjerenja u svoje lidere.	apsolutno se ne slažem	4.2%	7.7%	5.6%	4.8%	5.1%
	djelimično se ne slažem	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
	nijesam siguran	12.5%	5.1%	5.6%	21.4%	5.1%
	djelimično se slažem	40.6%	23.1%	37.0%	38.1%	30.8%
	apsolutno se slažem	41.7%	64.1%	51.9%	35.7%	56.4%
Od zaposlenih se očekuje da preuzmu odgovornost čak i kada nešto krene kako ne treba.	apsolutno se ne slažem	8.3%	12.8%	13.0%	7.1%	7.7%
	djelimično se ne slažem	2.1%	5.1%	5.6%	0.0%	2.6%
	nijesam siguran	8.3%	15.4%	16.7%	4.8%	7.7%
	djelimično se slažem	33.3%	25.6%	37.0%	26.2%	28.2%
	apsolutno se slažem	47.9%	41.0%	27.8%	61.9%	53.8%

Odgovori na pitanja br. 14.1, 14.2, 14.3. i 14.4. upitnika iz Priloga A

Strategija	Uzorak			
	Osnovni (135)	Osnovni (16)	Sindiklat (16)	
Dajemo veći prioritet inovativnosti usluga nego naši konkurenti (javnim zdravstvenim ustanovama konkurenti su privatne i obratno).	apsolutno se ne slažem	3.0%	6.3%	62.5%
	djelimično se ne slažem	6.7%	6.3%	18.8%
	nijesam siguran	20.0%	31.3%	12.5%
	djelimično se slažem	34.1%	25.0%	6.3%
	apsolutno se slažem	36.3%	31.3%	0.0%
Dajemo veći prioritet dobrom poznavanju najnovijih zdravstvenih metoda rada.	apsolutno se ne slažem	5.2%	0.0%	56.3%
	djelimično se ne slažem	2.2%	6.3%	18.8%
	nijesam siguran	11.9%	12.5%	6.3%
	djelimično se slažem	31.1%	43.8%	12.5%
	apsolutno se slažem	49.6%	37.5%	6.3%
Imamo dobru reputaciju među našim pacijentima.	apsolutno se ne slažem	4.4%	6.3%	31.3%
	djelimično se ne slažem	0.7%	0.0%	12.5%
	nijesam siguran	2.2%	12.5%	18.8%
	djelimično se slažem	22.2%	6.3%	25.0%
	apsolutno se slažem	70.4%	75.0%	12.5%
Naše usluge imaju bolji odnos cijene i kvaliteta nego usluge naših konkurenata (javnim zdravstvenim ustanovama konkurenti su privatne i obratno).	apsolutno se ne slažem	3.7%	0.0%	12.5%
	djelimično se ne slažem	3.0%	0.0%	12.5%
	nijesam siguran	14.1%	0.0%	6.3%
	djelimično se slažem	20.0%	43.8%	31.3%
	apsolutno se slažem	59.3%	56.3%	37.5%

Odgovori na pitanja br. 14.1, 14.2, 14.3. i 14.4. upitnika iz Priloga A

Strategija	Uzorak					
	Tip svojine (135)		Regija (135)			
	IZU (96)	PZU (39)	C (54)	J (42)	S (39)	
Dajemo veći prioritet inovativnosti usluga nego naši konkurenti (javnim zdravstvenim ustanovama konkurenti su privatne i obratno).	apsolutno se ne slažem	2.1%	5.1%	5.6%	0.0%	2.6%
	djelimično se ne slažem	6.3%	7.7%	5.6%	7.1%	7.7%
	nijesam siguran	25.0%	7.7%	16.7%	16.7%	28.2%
	djelimično se slažem	29.2%	46.2%	35.2%	38.1%	28.2%
	apsolutno se slažem	37.5%	33.3%	37.0%	38.1%	33.3%
Dajemo veći prioritet dobrom poznavanju najnovijih zdravstvenih metoda rada.	apsolutno se ne slažem	5.2%	5.1%	1.9%	9.5%	5.1%
	djelimično se ne slažem	3.1%	0.0%	1.9%	0.0%	5.1%
	nijesam siguran	14.6%	5.1%	13.0%	14.3%	7.7%
	djelimično se slažem	28.1%	38.5%	33.3%	28.6%	30.8%
	apsolutno se slažem	49.0%	51.3%	50.0%	47.6%	51.3%
Imamo dobru reputaciju među našim pacijentima.	apsolutno se ne slažem	4.2%	5.1%	1.9%	2.4%	10.3%
	djelimično se ne slažem	1.0%	0.0%	0.0%	2.4%	0.0%
	nijesam siguran	3.1%	0.0%	0.0%	2.4%	5.1%
	djelimično se slažem	27.1%	10.3%	13.0%	35.7%	20.5%
	apsolutno se slažem	64.6%	84.6%	85.2%	57.1%	64.1%
Naše usluge imaju bolji odnos cijene i kvaliteta nego usluge naših konkurenata (javnim zdravstvenim ustanovama konkurenti su privatne i obratno).	apsolutno se ne slažem	3.1%	5.1%	1.9%	4.8%	5.1%
	djelimično se ne slažem	4.2%	0.0%	0.0%	4.8%	5.1%
	nijesam siguran	12.5%	17.9%	9.3%	19.0%	15.4%
	djelimično se slažem	24.0%	10.3%	20.4%	16.7%	23.1%
	apsolutno se slažem	56.3%	66.7%	68.5%	54.8%	51.3%

Sumarni pokazatelji na osnovu upitnika iz Priloga A

<i>Ukupno</i>	<i>Uzorak</i>			
	<i>Osnovni (135)</i>	<i>JZU (96)</i>	<i>Osnovni (16)</i>	<i>Sindikat (16)</i>
Nivo primjene menadžmenta znanja	4.02	4.06	4.17	2.03
Efektivnost menadžmenta znanja	4.09	4.12	4.10	2.07
Organizaciona kultura	4.07	4.10	4.02	2.57
Organizaciona struktura	3.71	3.72	3.78	3.44
Organizaciona infrastruktura	3.82	3.84	3.76	2.27
Liderstvo	3.53	3.58	3.55	2.46

Odgovori na pitanje br. 7 upitnika iz Priloga B

Molimo Vas da na skali od 1 do 7 ocijenite koliko su Vam značajne sljedeće karakteristike u pružanju zdravstvenih usluga. Ocjena 1 znači da nijesu važne, a ocjena 7 da su veoma važne.	Regija			
	Centralna regija	Južna regija	Sjeverna regija	Ukupno
7.1.1. Važeća, tačna i uredna medicinska dokumentacija	5.98	6.14	6.64	6.22
7.1.2. Ispravno pružanje usluge prvi put	5.94	6.33	6.71	6.27
7.1.3. Reputacija ljekara kod pacijenata	5.59	6.14	6.58	6.03
7.1.4. Reputacija ljekara kod njegovih kolega	5.35	5.81	6.42	5.79
7.1.5. Reputacija bolnice	5.62	6.07	6.54	6.01
7.1.6. Postupanje ljekara u skladu sa standardima	5.87	6.23	6.68	6.21
7.1.7. Tačnost u načinu obračuna i naplaćivanju usluga pacijentima	5.76	6.16	6.58	6.11
7.2.1. Medicinske sestre i medicinski tehničari sa odgovarajućim znanjem i vještinama	5.97	6.37	6.62	6.27
7.2.2. Specijalizacija ljekara (stručno usavršavanje u inostranstvu)	5.81	6.10	6.56	6.11
7.2.3. Iskustvo ljekara (staž)	5.86	6.32	6.75	6.24
7.2.4. Sertifikati (diplome) ljekara	5.81	6.10	6.60	6.12
7.2.5. Znanja i vještine ljekara	6.10	6.44	6.78	6.39
7.2.6. Razumijevanje načina obračuna troškova zdravstvenih usluga (koji dio plaća država, a koji dio pacijent)	5.49	6.00	6.51	5.93
7.2.7. Loša reputacija ljekara (prethodne greške u postupanju sa drugim pacijentima)	5.72	6.22	6.51	6.08
7.3.1. Ublažavanje briga koje pacijenti imaju u vezi sa liječenjem	5.71	6.18	6.64	6.11
7.3.2. Korektno (ljubazno) ponašanje ljekara	5.96	6.39	6.65	6.27
7.3.3. Razumijevanje pojedinačnih i specifičnih potreba pacijenata	5.85	6.24	6.70	6.21
7.3.4. Personalizovan pristup liječenju pacijenta i prilagođavanje postupka liječenja konkretnoj situaciji	5.78	6.23	6.64	6.15
7.3.5. Pamćenje imena i likova pacijenata od strane ljekara i medicinskog osoblja	4.90	5.16	6.11	5.33
7.4.1. Pristojne i ljubazne medicinske sestre i medicinski tehničari	5.85	6.19	6.59	6.16

7.4.2. Pojašnjenje troškova liječenja pacijentima	5.65	6.17	6.59	6.07
7.4.3. Pojašnjenje načina i postupka liječenja pacijentima	5.77	6.33	6.66	6.18
7.4.4. Pristojni i ljubazni ljekari	6.01	6.41	6.61	6.29
7.4.5. Obazrivost prema povjerljivosti podataka o pacijentima	5.84	6.41	6.72	6.25
7.5.1. Ljekari koji su objavljivali naučne radove u medicinskim časopisima	5.13	5.53	6.25	5.57
7.5.2. Prepoznavanje problema pacijenta i pravilno upućivanje na dalje preglede i ispitivanja	5.78	6.29	6.71	6.19
7.5.3. Efikasno korišćenje zdravstvenih usluga	5.75	6.28	6.62	6.14
7.5.4. Ljekari koji učestvuju u medicinskom istraživanju	5.35	5.67	6.28	5.71
7.5.5. Spremnost ljekara na preuzimanje rizičnih operacija i procedura liječenja	5.75	6.19	6.69	6.14
7.5.6. Povoljni ishodi liječenja	5.90	6.41	6.67	6.26
7.5.7. Usmjerenost ka preventivnoj medicini	5.61	5.93	6.58	5.99
7.5.8. Naglašavanje potrebe edukovanja pacijenata	5.55	5.80	6.47	5.89
7.6.1. Pružanje usluga u obećanom roku (zakazanom terminu)	5.96	6.33	6.69	6.28
7.6.2. Brzo pružanje usluga bez zakazivanja	5.85	6.26	6.68	6.20
7.6.3. Ljekari koji su dostupni pacijentima putem telefona	5.41	5.90	6.45	5.85
7.6.4. Radno vrijeme koje odgovara pacijentima	5.46	5.93	6.41	5.86
7.6.5. Poštovanje termina koji je zakazan pacijentima	5.90	6.39	6.73	6.27
7.7.1. Profesionalan izgled/odjeća ljekara	5.40	5.82	6.24	5.76
7.7.2. Profesionalan izgled/odjeća pomoćnog osoblja	5.35	5.76	6.16	5.70
7.7.3. Lokacija kancelarije (ordinacije)	5.07	5.41	5.93	5.42
7.7.4. Lokacija zdravstvene ustanove	5.14	5.43	6.25	5.55
7.7.5. Vizuelno privlačne i udobne prostorije	5.28	5.78	6.16	5.67
7.7.6. Savremena oprema kojom se pružaju usluge	5.90	6.33	6.64	6.23

Odgovori na pitanje br. 9.3.2. upitnika iz Priloga B

<i>Koliko, u prosjeku, u toku nedjelje pojedete obroka koji su pripremljeni u radnjama brze hrane? Pod obrokom podrazumijevamo doručak, ručak i večeru.</i>	
Muški	2.2
Ženski	1.4
Centralna regija	2.0
Južna regija	1.8
Sjeverna regija	1.5
Total	1.8
Do 300 eura	1.1
Od 301 do 600 eura	2.2
Više od 600 eura	2.9
Bez odgovora	2.0
Od 18 do 29 godina	3.3
Od 30 do 39 godina	2.5
Od 40 do 49 godina	1.8
Od 50 do 59 godina	1.3
60 i više godina	0.3

Odgovori na pitanje br. 9.4.1. upitnika iz Priloga B

<i>Da li ste ikada konzumirali alkoholna pića kao što su pivo, vino, kratka alkoholna pića?</i>		<i>Da</i>	<i>Ne</i>
Pol	Muški	78.9%	21.1%
	Ženski	42.8%	57.2%
Starost	Od 18 do 29 godina	67.5%	32.5%
	Od 30 do 39 godina	70.4%	29.6%
	Od 40 do 49 godina	61.7%	38.3%
	Od 50 do 59 godina	56.4%	43.6%
	60 i više godina	48.7%	51.3%

Odgovori na pitanje br. 9.5.1. upitnika iz Priloga B

<i>Da li trenutno upotrebljavate bilo kakve duvanske proizvode kao što su cigarete, cigare ili lule?</i>		<i>Da</i>	<i>Ne</i>
Pol	Muški	37.1%	62.9%
	Ženski	29.8%	70.2%
Starost	Od 18 do 29 godina	26.7%	73.3%
	Od 30 do 39 godina	34.8%	65.2%
	Od 40 do 49 godina	43.3%	56.7%
	Od 50 do 59 godina	41.3%	58.7%
	60 i više godina	25.4%	74.6%

Odgovori na pitanje br. 15.1.1. upitnika iz Priloga B

<i>Po Vašoj procjeni, koliko ste upoznati sa pravima koja imate kao pacijent?</i>		<i>Uopšte nijesam upoznat</i>	<i>Malo sam upoznat</i>	<i>I jesam i nijesam upoznat</i>	<i>Prilično sam upoznat</i>	<i>U potpunosti sam upoznat</i>	<i>Ne znam</i>
Pol	Muški	18.5%	27.1%	27.4%	15.4%	6.0%	5.6%
	Ženski	14.9%	25.5%	29.5%	17.8%	7.0%	5.2%
Regija	Centralna regija	12.6%	25.5%	30.5%	17.8%	8.2%	5.3%
	Južna regija	18.8%	29.2%	29.0%	14.4%	3.8%	4.9%
	Sjeverna regija	20.8%	25.2%	25.2%	16.7%	6.2%	6.0%
Ukupno		16.6%	26.3%	28.5%	16.6%	6.5%	5.4%

Odgovori na pitanje br. 16.3.1. upitnika iz Priloga B

Da li ste u posljednjih godinu dana Vi ili član Vaše porodice nezvanično dodatno plaćali zdravstvenom radniku u zdravstvenoj ustanovi radi obavljanja određene procedure koja je inače pokrivena zdravstvenim osiguranjem?		Da, jedanput	Da, više puta	Ne	Ne znam/ ne sjećam se
Obrazovanje	Bez obrazovanja	15.1%	16.3%	61.3%	7.3%
	Osnovno obrazovanje	2.2%	3.4%	88.0%	6.5%
	Srednje obrazovanje	5.6%	5.0%	82.7%	6.7%
	Više obrazovanje	12.0%	5.4%	75.2%	7.3%
	Visoko obrazovanje	7.8%	7.1%	78.0%	7.1%
Regija	Centralna regija	6.1%	4.7%	83.2%	6.0%
	Južna regija	8.7%	8.4%	75.0%	7.9%
	Sjeverna regija	4.5%	3.6%	84.8%	7.1%
Ukupno		6.2%	5.3%	81.7%	6.8%

Odgovori na pitanje br. 16.4.5. upitnika iz Priloga B

Nezvanično, dodatno plaćanje u prošloj godini u zdravstvenoj ustanovi izvršili ste:	Ukupno
novcem	70.4%
kafom, bombonjerom, čokoladom, pićem	13.4%
skupim poklonom (ručni sat, parfem, kućni aparat, zlatni nakit i dr.)	4.3%
protivuslugom	0.9%
drugo	3.5%
ne želim da odgovorim	7.5%



BIOGRAFIJA AUTORA

Ivan Radević je rođen 22. oktobra 1986. godine u Podgorici. Završio je Osnovnu školu „Savo Pejanović“, a nakon toga Srednju ekonomsku školu „Mirko Vešović“ u Podgorici. Osnovne akademske studije ekonomije i postdiplomske magistarske studije – smjer Marketing i biznis – završio je na Ekonomskom fakultetu Univerziteta Crne Gore. Takođe je završio magistarske državno-pravne studije na Fakultetu za državne i evropske studije u Podgorici. Nakon toga, 2013. godine, na Ekonomskom fakultetu Univerziteta Crne Gore upisuje doktorske studije.

Tokom studija bio je dobitnik brojnih akademskih nagrada i stipendija. Takođe, bio je predstavnik studenata Ekonomskog fakulteta u Studentskom parlamentu Univerziteta Crne Gore, Vijeću i Disciplinskoj komisiji Fakulteta.

Od 2015. godine zaposlen je na Ekonomskom fakultetu Univerziteta Crne Gore kao predmetni saradnik na predmetima: Osnove menadžmenta, Ekonomija firme, Menadžment malih i srednjih preduzeća i Razvoj organizacije. Takođe, od 2019. godine angažovan je i na Elektrotehničkom fakultetu Univerziteta Crne Gore na predmetu Menadžment u ICT-u.

Angažovan je kao predavač u Upravi za kadrove, kao i u Školi retorike u Podgorici.

Licencirani je državni ispitivač za oblast informatike i ovlašćeni ECDL predavač i ispitivač.

Pohađao je brojne obrazovne programe i učestvovao na velikom broju seminara i konferencija različite tematike u zemlji i inostranstvu. Učestvovao je i u izradi mnogih projekata i studija Ekonomskog fakulteta i Fakulteta za državne i evropske studije.

Već više od 25 godina aktivan je u porodičnom biznisu – štampariji „Grafo Press“ Podgorica.

Jedan je od osnivača Sportsko-rekreativnog društva studenata ekonomije i menadžmenta „Ekomen“.

Član je globalnog profesionalnog udruženja naučnika iz oblasti menadžmenta i organizacije „Academy of Management“ i Mense Crne Gore.

Detaljnije informacije o autoru mogu se pronaći na adresi: www.ivan.me.



IZJAVA O AUTORSTVU

○ Potpisani Ivan Radević

Broj indeksa: D13/1

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom „Menadžment znanja i organizacioni dizajn kao faktori kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija“

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija ni u cjelini ni u djelovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih ustanova visokog obrazovanja,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nijesam povrijedio autorska i druga prava intelektualne svojine koja pripadaju trećim licima.

Podgorica, 9. januar 2020. godine

Potpis doktoranda



Ivan Radević



IZJAVA O ISTOVJETNOSTI ŠTAMPANE I ELEKTRONSKE VERZIJE DOKTORSKOG RADA

○ *Ime i prezime autora:* Ivan Radević

Broj indeksa/upisa: D13/1

Studijski program: Ekonomija

Naslov rada: Menadžment znanja i organizacioni dizajn kao faktori kvaliteta usluga
zdravstvenih organizacija

Mentor: prof. dr Vlado Dimovski

Potpisani: Ivan Radević

Izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovjetna elektronskoj verziji, koju sam predao na objavljivanje u Digitalni arhiv Univerziteta Crne Gore.

Istovremeno izjavljujem da dozvoljavam objavljivanje mojih ličnih podataka u vezi sa dobijanjem akademskog naziva doktora nauka, odnosno zvanja doktora umjetnosti, kao što su ime i prezime, godina i mjesto rođenja, naziv disertacije i datum odbrane rada.

Podgorica, 9. januar 2020. godine

Potpis doktoranda



Ivan Radević



IZJAVA O KORIŠĆENJU

○ Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku da u Digitalni arhiv Univerziteta Crne Gore pohrani moju doktorsku disertaciju pod nazivom:

„Menadžment znanja i organizacioni dizajn kao faktori kvaliteta usluga zdravstvenih organizacija“

kao moje autorsko djelo.

Disertaciju sa svim prilogima predao sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalnom arhivu Univerziteta Crne Gore mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio.

1. Autorstvo

2. Autorstvo – nekomercijalno

3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade

4. Autorstvo – nekomercijalno – dijeliti pod istim uslovima

5. Autorstvo – bez prerade

6. Autorstvo – dijeliti pod istim uslovima

Podgorica, 9. januar 2020. godine

Potpis doktoranda



Ivan Radević