



The World's Largest Open Access Agricultural & Applied Economics Digital Library

This document is discoverable and free to researchers across the globe due to the work of AgEcon Search.

Help ensure our sustainability.

Give to AgEcon Search

AgEcon Search

<http://ageconsearch.umn.edu>

aesearch@umn.edu

*Papers downloaded from **AgEcon Search** may be used for non-commercial purposes and personal study only. No other use, including posting to another Internet site, is permitted without permission from the copyright owner (not AgEcon Search), or as allowed under the provisions of Fair Use, U.S. Copyright Act, Title 17 U.S.C.*

No endorsement of AgEcon Search or its fundraising activities by the author(s) of the following work or their employer(s) is intended or implied.

Мр Весна С. Црњански

Др Татјана Драгичевић-Радичевић

Универзитет Мегатренд Београд, Факултет за пословне студије, Београд

Невенка Војводић-Миљковић

Развојна банка Војводине, Експозитура Ниш

ДРУШТВЕНО – ОДГОВОРНО ПОСЛОВАЊЕ И РЕДИЗАЈН ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Апстракт

Друштвено одговорно пословање добија све већи значај на нашим просторима, представљајући модел пословања европског тржишта. Неопходан редизајн како привредних тако и непривредних предузећа у циљу формирања свести свих субјеката у систему пословања креће се упоредо са фундаменталном тенденцијом државе ка добијању чланства у Европској унији. Инструменти друштвено одговорног пословања, представљају полазни капитал знања ка реализовању механизма стварања одговорног друштва и унапредјења односа међу субјектима у систему здравствене заштите. Један од истражених инструмената друштвено-одговорног пословања је емоционална интелигенција. Без адекватног управљања људским ресурсима са свим припадајућим им правима из радног односа, нема уводјења и примене принципа ДОП-а.

Кључне речи: редизајн, друштвено одговорно пословање, људски ресурси, руководјење, одрживи развој

SOCIALLY - RESPONSIBLE OPERATIONS AND REDESIGN OF HEALTH CARE INSTITUTIONS

Abstract

Corporate social responsibility is gaining increasing importance in our region, representing the business model of the European market. Necessary to redesign the economic and non-economic enterprises in order to form the conscience of all business entities in the system moving along with the fundamental tendency of the state in obtaining membership in the European Union. Instruments, are included in the realization of knowledge capital to create mechanisms responsible society and relations between unparedjenja subjektia in the health care system. One of the instruments investigated social responsibility is emotional intelligence. Without adequate human resources with all their rights in employment, there is no introduction and application of CSR principles.

Keywords: redesign, socially responsible business, human resources , leadership, Sustainable Development

Друштвено одговорно пословање и дизајн здравствених установа

Појам друштвено-одговорног пословања¹ углавном је до сада доводјен у релацију са компанијама привредне делатности због начина пословања привредног сектора (стварање профита), за разлику од непривредне делатности која има специфичне начине пословања у складу са принципима ДОП-а.

Друштвено одговорне државе у начелу свих својих ангажмана подразумевају и друштвено одговорне локлане заједнице и организације рада (установе), наравно и стручне појединце.

Када говоримо о здравственој заштити у Србији пре свега морамо узети у обзир лепецу фактора који на њу утичу, а то су:

- социјално-економска ситуација
- демографска ситуација
- здравствено стање нације
- капацитети и коришћење здравствене заштите
- финансирање здравствене заштите.

Наведени фактори утичу на процес правилног и правовременог планирања у систему здравствене заштите на свим нивоима. План развоја здравствене установе ослања се на план развоја здравственог система на нивоу Републике. Дакле, дизајн здравствене установе у директној је корелацији дизајнирања система здравствене заштите на макро плану.

Дизајн (деф.) је процес доношења серије одлука које имају за циљ конструисање, обликовање или креирање нечега. Дизајн се односи на структуру и организацију, као и планирање здравствене заштите унутар здравствене установе. Дизајн се обично одвија по унапред одређеном плану, идеји или замисли. Сврха дизајна је реализација плана или идеје који могу бити узроковани потребом да се реши одређен проблем. Због тога се процес дизајна често дефинише и као процес решавања проблема. Стога планирање дефинишемо као примарну фазу менаџмент процеса, које резултује конципирање стратегије. Стратегијом одредјујемо начине реализовања циљева који су дефинисани у процесу планирања.

Планирање дакле, подразумева формулисање и остваривање циљева организације повезаних са организационом структуром, стилем руковођења и контроле. То је процес који непрекидно траје. Планирање подразумева и укључује доношење одлука, а доношење одлука често захтева планирање. Резултат процеса планирања су планске одлуке. Основну планску одлуку представљају циљеви док остале планске одлуке служе остварењу циљева.

Као и код доношења одлука, и неке врсте планирања су лакше од других. Што је пројекат сложенији и што је више људи на њему ангажовано, то се већа пажња мора посветити планирању сваке његове фазе.

У поступку планирања можемо издвојити осам етапа, и то:

1. дефинисање – односно тачно одређивање циљева;
2. стварање и процена опција, односно разматрање праваца акција који се могу предузети да би се оствариле планиране акције;
3. одређивање активности; ова етапа обухвата одређивање свих активности које ће бити потребно спровести да би најбоља опција била успешна;
4. редослед активности је етапа у којој се активности распоређују по реду приоритета;

¹ У даљем тексту: ДОП

5. обезбеђење средстава подразумева активност у којој се разматра питање средстава – финансија, људства, материјалних средстава, времена, енергије, опреме, информација, које су портебне да би се планирана активност извршила;

6. поновно разматрање плана значи да се сви детаљи плана детаљно преиспитују; ова активност може значити и почињање испочетка;

7. припремање планова акција и програма рада у форми комплекта детаљних упутстава о томе шта да се ради, на који начин и када задаци треба да буду извршени;

8. праћење и контрола, ревизија плана – је последња етапа и она је од суштинског значаја. Посао менаџера је да прати шта се дешава и да врши усклађивање акција са плановима и програмима рада кад је то потребно (контрола).“

Планирање је процес који непрекидно траје и који одражава промене окружења и прилагођава им се. То је процес доношења планских одлука о циљевима, политикама, стратегијама, програмима и плановима.² Стога, као што је планирање нужен услов дефинисања стратегије, тако је и стратегија развоја одређене здравствене установе кључни акт дефинисања дизајна организације. Такав један документ даје смернице, презентује и утемељује циљеве, орјентацију, правце развоја и приоритете у том процесу.

Своје утемељење има у законима и подзаконским актима Републике Србије, стратешким документима Републике Србије, Плану развоја здравствене заштите Републике Србије (2008) и др. Стратегијом развоја установе на основу постојеће инфраструктуре укључујући и опрему дефинишу се развојне потребе и могућности здравствене установе имајући у виду следеће аспекте:

- инфраструктура и опремљеност
- кадровологија
- могуће приоритете
- посебне циљеве (као што је унапредјење квалитета здравствене заштите).

Планирање у здравственим установама је тродимензионално структурирано и може бити : оперативно, функционално и стратешко планирање.

Планирањем желимо реализовати извесне циљеве. Планирање представља извориште пословног процеса (ДОП-а) који резултира – дефинисањем стратегије, политике и детаљна обрада и презицирање планова. Практично када планирамо, ми „стварамо, креирамо“ будућност.

„Основни проблем планирања није шта треба урадити у наредном периоду, већ шта треба урадити сада да би се максимизирала шанса за реализацију жељеног стања у будућности.“³

Планирање је са једне стране детерминисано утврђивањем законских обавеза, а затим и расположивошћу ресурса. Квалитетно и рационално планирање било би усклађивање послова у складу са ресурсима, било у виду повећања расположивих ресурса, било у ограничавању активности према постојећим ресурсима. Дугорочни циљеви у здравственој делатности детеминисани су Законом о здравственој заштити. На основу дугорочних циљева прецизира се и дугорочна стратегија којом ће се детерминисани циљеви реализовати.

Стратешко планирање је дугорочно планирање пословања организације и засновано је на мисији и визији установе. Стратешки план садржи опис детаљних планова и активности, начине реализовања истих, као и дефинисање одговорности

² Преузето са сајта: <http://www.link-elearning.com/linkdl/elearning/jedinica.php?IDJedinice=1376>, 09. 09. 2011. године, у 09 I 33

³ Проф др Зоран Вукашиновић, Стратешко планирање у здравству, Београд, 2010., стр.19

за реализовање активности. Такође садржи и начин финансирања и неопходна финансијска средства.

Филип Котлер, дефинише стратешко планирање као: “Руководећи процес развијања и одржавања могућег склада између циљева и потенцијала организације и могућности које пружа њено окружење.”⁴

Такође можемо констатовати значај постојања Плана здравствене установе и План здравствене делатности. Мада се план здравствене установе ослања на план здравствене делатности који заправо представља шири појам. План је фундамент управљања развојем здравственог система.

Да би планирање било квалитетно реализовано потребно је да се структурира систем како би се остваривали планирани резултати. Када се систематски и плански повезују ресурси и потенцијали, то се зове - организовање и саставни је део управљања, односно предствања, етапу управљања. Конкретно, организовање подразумева следеће активности:

- планску прераспodelу задатака тј. дужности
- дефинисање одговорности и рокова извршења плана.

Пре свега, један од кључних задатака здравственог система је да дефинише здравствене потребе као услуге и да ове услуге дефинише као одговарајуће. Процес улагања капитала односно инвестиција у здравству није нимало једноставан. Убрзани темпо промена условљава и брза реаговања здравствених установа на иновације, иновативне технологије и конфигурације здравствене неге. У пракси, иако дефинисање здравствених услуга и развој капитала, као и планова и иницијатива, могу истовремено чинити подршку улагању у капиталне инвестиције, на самом терену, у пракси, изостају резултати планираног.

„У пракси мада се здравствене службе (потребе здравственог дидтема) и капитални развојни планови као и иницијативе могу подударати, капитална подршка о овој области ће неминовно заостајати иза планова здравствених служби и обично диктира кретање са којим потребама здравствене службе одређене промене могу бити достигнуте. Ове допуне подстичу потребу за конципирањем стратегије пословног фонда. Додатни проблем је пут зависности, односно подређеног положаја (у коме се налази здравствени систем); само неки аспекти капиталног улагања су склони (подлежу, осетљиви су) брзој промени, док су други историјски наметнути и могуће их је мењати само еволутивним путем (постепено и поступно; дуготрајно).“⁵

Редизајн здравствених организација, предуслов уводјења принципа ДОП-а

Да би смо побољшали ефикасност инвестирања у здравствени систем, пре свега је потребно идентификовати различитост друштвеног амбијента у којим болнице раде.

⁴ И даље, стр.20

⁵ Bernd., R., Stephen., W, Nigel., E., Barrie D., Martin., McKee, Investing in hospitals of the future, WHO, 2009., on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Chapter 13 Conclusions and critical success factors, str. 249:” In practice, although service and capital development plans and initiatives may be concurrent, capital support on the ground will inevitably lag behind service initiatives and often dictates the pace with which service change can be achieved. This adds impetus to the need to rethink capital asset strategies. An added problem is that of path dependency; only some aspects of capital investment are susceptible to rapid change, while others are constrained by history, undergoing only evolutionary change.“

Болнички системи, уопште здравствени системи имају имају различите нивое ресурса и различито институционално и културно наслеђе. Свака држава се суочава са одређеним приликама и ограничењима без обзира на општи тренд у инвестирању здравствених система. Код доношења одлуке о инвестирању и капиталним инвестицијама у здравству, потребно је имати у виду идентификовање фактора успешности и издвојити који ће од њих имати највише утицаја на ефикаснији здравствени систем.“ Нивои инвестиција и степен развоја професионалне спретности (способности, умећа) се умногоме не слажу у неким случајевима који доводе до решења (солуција) која ретко испуњавају очекивања. Још даље, имајући у виду неке главне тенденције (усмерења) које се одредјују (дефинишу), сваки град (држава) осликава посебну (специфичну) прилику и потребу у конципирању одлука у вези са капиталним инвестирањем. Пре свега, свака концепција мора бити родјена (створена) у мислима (мисли се на одредјену визију, идеју) , уз претходно идентификовање фактора успешности који ће имати највећи утицај („ударца“ који ће прозвисти најбољи ефекат).“⁶

Креирање политике здравственог система је у функцији: финансирања, власничког капитала и регулаторних механизма здравствених установа. Фактори (полуге), коришћења и примене политике здравственог система су:

1. планирање здравствене заштите и у оквиру система, дефинисање сета услуга
2. прописи - законска и подзаконска регулатива
3. финансирање капиталних инвестиција
4. управљање (правилна прерасподела и потрошња) финансијским средствима
5. услуге које се финансирају
6. редизајнирање услуга.

Планирањем се пре свега утврђује ефикасни систем капацитета планираног, као и свесност за постојање ризика да планирање одлука може бити (и најчешће и јесу) предмет политичких процеса (политички условљене; у неким земљама и појава корупција) , те је често у пракси неопходно прављење компромиса. Ова важна компонента може да успорава и отежава као и расплињује процес одлучивања на различитим под-нивоима друштвених субјеката, укључених у систем одлучивања , конципирања и дефинисања здравствених услуга.

„Мора се признати , како год, да постоји недостатак вештине (способности, умећа) у планирању болничких услуга , што утиче на скоро све земље (градове, државе) и ово је погоршано (лоше) иначе лоше функционисање болничких служби у болницама. Јер неколицина људи одговорна у регионалном руководству, биће одговорна и за формирање болничких услуга, више од једне болнице. Према томе постоји важна потреба на тржишту за формирање и уводјење спољашњег експертизног мишљења када је конципирање здравствене службе у питању . Ова спољна подршка експерата је ретка јер неколицина одговорних људи , који раде на пројектима формирања здравствених услуга и служби, ослања се већ постојећем формирању услуга (мисли се на број болесничких кревета, уместо на број и врсту услуга) те не инспирише нове (иновативне) пројекте.“⁷

⁶ И даље., стр. 250:” Levels of investment in developing professional competences also differ greatly, in some cases leading to off-the-shelf solutions that rarely meet expectations. Furthermore, while some general trends are clear, each country faces specific opportunities and constraints. When making decisions on capital investment, the specific context in which it is taking place will have to be borne in mind, to identify those succes factors that will have the highest impact

⁷ Bernd., R., Stephen., W, Nigel., E., Barrie D., Martin., McKee, Investing in hospitals of the future, WHO, 2009., on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies , Chapter 13

У том смислу, боље је приступити планирању у здравственом систему пружања услуга, не према броју болесничких постеља, већ према врсти и броју услуга, терапијским и дијагностичким процедурама и свим параметрима који прате лечење пацијената. Тиме ће финансијска улагања бити далеко изнад постојећих.

Имајући у виду да у свим европским земљама, влада има регулаторну улогу у здравственом сектору, самим тим утиче и на одлуку о финансирању, интензитету пружања здравствених услуга. У циљу додатног финансирања здравствених услуга Влада је омогућила квалитетним менаџерством (акредитацијом) и подстицањем приватне праксе начин прилива додатних финансијских средстава као и ефикасније, сигурније пружање здравствених услуга.⁸ Акредитовање здравствених установа је коришћено од неких земаља као инструмент да се смањи преко-провизија од карактеристика болничке неге из периодна комунистичког друштвеног уредјења, (сличан приступ је коришћен последњих десет година у Белгији, да би се затвориле многе мање болнице). Акредитовање је такође било коришћено, да би се ставио фокус на потребу приватних инвестиција, као и стимулација нових третманских центара, постављање високих захтева у квалитету пружања услуга и смањење иначе, предугог чекања пацијената. Регулације у овим условима дају раст новим финансијским инструментима у банковном сектору. Ефективна регулација, као и планирање, захтева висок степен вештине (способности) преговарања. Исувише често, регулаторни системи нису усклађени са задатим циљевима који управљају тим системом, конфузним и фрустрираним.⁸

Редизајн болница подразумева широк спектар активности које је потребно предузети. Акредитовање је свакако један од видова бољег позиционирања установа и фактора који дају простор за друштвено одговорно деловање. Начини финансирања, представљају други потенцијал позитивних реформи у здравственом систему. Медјутим потребно је разумети да је поступак реформи постепен, инкременталан процес. Медјутим ту су и бољи услови рада, куповина савремене опреме и апарата, заштита животне средине, смањење броја професионалних обољења и повреда на раду, дакле подизање на виши ниво безбедности и здравља на раду.⁸ Тржишна реформа у болничкој нези није неки ударни процес. Многим реформама, потребно је много година, као и праћење и приступ реформама са изразитом пажњом. Влада је жељна да избегне изобличавање у болничкој нези и

Conclusions and critical success factors, str. 251.” It must be recognized, however, that there is a shortage of skills in planning hospital services, affecting almost all countries, and this is exacerbated building more than one hospital. Consequently, there has been a significant growth in the market for bought-in external expertise. This support is rarely players have compiled from their various projects. However, as most of these will be largely historic and reliant on the common currency of bed numbers, recourse to this approach to planning is more likely to sediment services than inspire new initiatives and innovations

⁸ И даље., стр. 251.” The accreditation of health care providers was used by some countries as an instrument to reduce the over – provision of hospital care characteristic of the communist period (and a similar approach was used a decade earlier in Belgium to close many small hospitals). Accreditation has also been used to focus private investment, such as with the stimulation of new treatment centres to deal with high demand and excessive waiting times. Regulation in these circumstances also gives rise to new financing instruments in the banking sector. Effective regulation, like planning, requires a high degree of skill. To often, regulatory systems are misaligned with the goals being pursued or send out contradictory messages, leaving those who must manage the system confused and frustrated.“

да „учи“ радом (у пракси и из праксе). Политички конфликти се рефлектују на тржишне реформе, али такође помажу да се објасни њихова повећана природа и још увек мало постојање консензуса на тачност тржишних реформи у болничкој нези и здравственој нези, уопште“.⁹

Све реформе су условљене пре свега тржишним реформама у ЕУ, реформама у земљама у окружењу, политичким реформама и дешавањима у широј политичкој сфери, односно под јаким су утицајем званичне политике једне земље. Политичке реформе прате економске, здравствене и све остале реформе. Стога, друштвено - политичка условљеност може убрзати или успорити процес реформи. Свакако да је један од кључних циљева реформе: скраћење времена чекања на здравствену услугу и дефинисање ефикасне сарадње у сектору јавно - приватног партнерства. Али, све док немамо јасне одговоре и јасне ставове на ова и низ других релевантних питања, не можемо говорити о озбиљним реформама у здравственом систему. Потребно је размотри:

1. Да ли ће тржишна конкуренција, резултовати редуковањем времена чекања на услугу и на који начин?
2. Какав је њен утицај на административне трошкове?
3. Да ли је могуће редефинисати моделе финансирања - разликовати цене једноставних услуга, до оних „сложенијих“ и на тај начин привући веће накнаде у односу на сложеност пружених здравствених услуга?
4. У којој мери је приватни сектор спреман да сноси ризике у здравственој нези?

Да би се могао дати прецизнији одговор на ова и друга питања од значаја за развој здравственог система у републици Србији, потребно је узети у обзир и екстерне факторе (статус земље, период транзиције и све оно што се на тај процес рефлектује и који га условљава) који утичу на процес планирања, доношења стратегије и дизајна здравствених установа.

Ако имамо у виду, да концепт и планирање ефикаснијег пружања здравствене заштите на нивоу установа пре свега мора имати утемељење и ослањати се на план развоја здравственог система на нивоу Републике. Те је неопходно пре свега имати у виду да се земљама у транзицији, као што је наша држава, намеће једна потреба да у складу са ограниченим финансијским ресурсима креира и унапреди систем здравствене заштите на начин који се приближава европским стандардима. и не само приближава већ и потпуно акцептира или ускладјује своје стандарде са ИСО стандардима. Као веома ефикасно средство приближавања наведеном циљу, све више се промовише – друштвена одговорност организација рада (у нашем случају установа), јер се сматра да је друштвена одговорност најефикасније средство за остваривање циљева ЕУ, по коме тржиште Европске уније треба да постане најконкурентније светско тржиште, засновано на економији знања (менаџмент знањем) и друштвеној кохерентности.

Компарацијом социјално-економских параметара, приметимо да према подацима Националног здравственог рачуна, укупни расходи за здравствену заштиту у Србији у 2007. години износили су 9,6% БДП - а (бруто друштвеног производа по глави становника), а то је изнад просека ЕУ (8,9%). Потребно је,

⁹ И даље., str.120:” Market reform in hospital care is no „big bang“ process. Most reforms take many years and follow a cautionary approach. Governments are eager to avoid distortions in hospital care and to „learn by doing“. Political conflicts about market reforms also help to explain their incrementalist nature, and there is still little consensus on the appropriateness of market reforms in hospital care or in health care in general.“

имати у виду да је у нашој земљи, ниска вредност БДП – а, те ове вредности у апсолутним износима нису позитивне. Медјутим, пратећи статистичке параметере, у структури расхода БДП - а, учешће јавних расхода где спада и обавезно здравствено осигурање износи 63,8%, а учешће приватних расхода, где се подразумева учешће корисника у партиципирану услуга и директно плаћање услуга, износи 36,2% укупних расхода за здравствену заштиту.

Такође ако имамо у виду стопу незапослености у Србији која је у порасту у односу на земље у окружењу и ЕУ- 2000-те је била 13,3%, а 2009-те 14,7%; земље ЕУ-7,2%) онда морамо констатовати слабост система и ограничавајући фактор финансирања здравствене заштите. С једне стране имамо лимитиране финансијске ресурсе, а са друге стране импедивент усклађивања стандарда са директивама и стандардима ЕУ и захтев за ефикаснијим системом здравствене заштите.

Што се тиче демографског статуса, статистички подаци показују да се број становника у Србији од 2002.године смањује из године у годину. Према подацима Завода за статистику, 2002.године број становника је био 7.893.125, а 2008. године 7.350.222. Али се у Београду примећује благи пораст у односу на 2002 годину (1.576.124, а 2008.године- 1.621.996 становника).

Према статистичким подацима особе старосне доби преко 65 година живота, у односу на укупну популацију у Србији је 17,1% и већа је од просека у земљама ЕУ, где је тај проценат 15,1%. Трајање живота у Србији је у 2008. години 73,65 а у Београду 74,46 година. Стопа наталитета је у опадању, као и стопа природног прираштаја, а стопа морталитета је у односу на наталитет у благом порасту. Смањење броје становника и старење популације представљају битно демографско обележје Србије. Разуме се да су све ове компоненте утицале и на здравствено стање нације. Према подацима Плана развоја здравствене заштите Србије, као разлог све већег броја оболевања нације и умирања су хроничне незаразне болести. На ранг листи ових болести на самом врху су: исхемијске болести срца, цереброваскуларне болести, карцином плућа, дијабетес меллитус и депресије.

Када узмемо у обзир све наведене чињенице суочавамо се са потребом пре свега подизања нивоа промоције културе здравља. Друштвена одговорност пре свега отвара могућност иновацијама, јер обезбеђује приступ иновативним идејама, новим искуствима и промовише транспарентност у раду.

У том смислу, стандард ИСО 26 000, треба да даје упутства о друштвеној одговорности и намењен је свим врстама организација и јавног и приватног сектора. Према дефиницији овог стандарда (ИСО 26 000) “ друштвена одговорност – подразумева све акције једне организације у циљу преузимања одговорности над утицајем својих активности на друштво и животну средину”....¹⁰

Један од неопходних услова транспарентности система здравствене заштите је и апсолутна отвореност ка кориснику здравствених услуга.

Начини на које друштвено одговорне установе препознају потребу отварања, потпуног раскривања система здравствене заштите ка пацијенту, може се узимајући у обзир све чињенице, решавати, једним од инструмената ДОП-а : електронским пословањем и обавештавањем, као и континуираном комуникацијом са корисницима услуга. Применом и усавршавањем система електронског пословања, као једним од инструмената изградње друштвено одговорне здравствене установе, пре свега потребно је имати у виду неопходност уводјења интегрисаног приступа (ЗИС-а) здравственој заштити. Стога је потребно разликовати термин: “коришћење”

¹⁰ Косић, С., Зборник радова, Процена ризика, Висока техничка школа, Копаоник, 2009., стр.11

здравствене заштите од термина: ”остваривање” здравствене заштите. Коришћење се везује за индивидуални приступ , а остваривање има шири смисао и односи се на комплекс активности које су расположиве у виду услуга у систему здравствене заштите , односно на права дефинисана Законом о здравственом осигурању.

Свакако у процесу здравствене заштите , корисници као и организација здравствене службе имају посебан значај. Развој здравствене службе, условљен је и рефлектује се на социјално - економски развој. Стога ефикасно планирање и функционисање здравственог система и здравствене заштите унутар система, захтева интегрисан приступ здравственој заштити, а чини је неколико компоненти и то:

1. здравствено стање – генетски фактор, стил живота и фактор спољне средине;

- 2 .утицај здравствене службе

3. процес здравствене заштите.

Када су људски ресурси у питању, у здравственим установама, било у систему манипулације медицинским информацијама, било у домену заштите медицинских података , људски фактор се не може занемарити.С обзиром да управљање и надгледање ЗИС-а треба да врши искусан лекар, на неки начин и немедицинско особље које има контакт са медицинским информацијама на извесан начин има обавезу професионалне дискреције, чувања наведених података, као и медицински радници. У том смислу потребна је едукација како медицинског тако И немедицинског кадра за коришћење програма ЗИС-а. Такође, неопходно је водити рачуна и о сигурности (безбедности) како заштите информационог система , тако и радних услова запослених у здравству.

Стога је одрживи дизајн болница и других здравствених установа у вези са побољшањем здравља и услова рада здравствених радника , фокусиран на : запошљавање, задржавање и унапредјење перформанси везаних за управљање људским ресурсима. Обезбеђење оптималних услова рада није само од значаја за здравствене раднике већ и за пацијенте, јер смањује могућност медицинске грешке и болничких инфекција.“Да би развој био одржив мора да обезбедјује људска права и подстиче њихово унапредјење.“¹¹

Примери дефиниција одрживог развоја:

- 1.„Одрживи развој захтева здраву животну средину , економски просперитет и социјалну једнакост“ – Earth Council

- 2.“Одрживи развој значи имплементацију процеса који интегрише еколошке , економске и социјалне аспекте у процесу доношења одлука“ – Environment Canada (Животна средина Канада)

- 3.“Побољшање квалитета живота у оквиру капацитета окружујућег екосистема“ – Caring for the Earth (Брига за земљу)

- 4.“Одрживи развој укључује симултано бављење економским просперитетом, квалитетом животне средине и социјалном правдом“ – The World Business Council for Sustainable Development (Светски пословни савет).

¹¹ Михајлов, Н.Анђелка, Одрз за будућност, Етика одговорности, Хеспериа еду, Београд, 2007. година., стр. 43

Литература

1. Bernd.,R., Stephen., W, Nigel., E., Barrie D., Martin., McKee, Investing in hospitals of the future, WHO, 2009., on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
2. <http://www.link-elearning.com/linkdl/elearning/jedinica.php?IDJedinice=1376>, 09. 09. 2011. године
3. Зоран Вукашиновић, Стратешко планирање у здравству, Београд, 2010. год.
4. Косић, С., Зборник радова, Процена ризика, Висока техничка школа, Копаоник, 2009.год.
5. Михајлов, Н.Анђелка, Одрас за будућност, Етика одговорности, Хесперија еду, Београд, 2007. година
6. Ђорђевић Бранислав, Еволуција и развој иновативне организације, Економика 03/2011, 2011 године
7. Софија Ацић, Регионална структурна политика као фактор европске интеграције (стр. 45 – 52). Економика бр. 4 - 5 / 2004.