

ОСНОВИ ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА Економска евалуација у здравству

Драган Младеновић¹, dipl.ecc.

BASICS ECONOMICS OF HEALTHCARE AND HEALTH INSURANCE Economic evaluation in health care

Dragan Mladenović, dipl.ecc.

Сажетак

Улога и значај економике здравствене заштите огледа се у примени метода економске евалуације програма и активности у здравственој заштити и здравственом осигурању. Циљ је решавање одређених здравствених проблема на што економичнији и ефикаснији начин. То треба да омогући постизање планираних циљева са расположивим средствима, кадровима и опремом.

Методама економске евалуације добија се одговор на питање: да ли су могуће и какве уштеде у трошковима здравствене заштите. Све методе економске евалуације представљају парцијалне фазе укупне и коначне евалуације једног програма.

Да би проценили рационалност и ефикасност појединих програма или резултата рада појединих здравствених установа, потребно је исказати синтетичке показатеље који су добијени на основу основних показатеља резултата рада. Мерење резултата рада, а тиме и степена ефикасности, остварује се прецизним системом стандарда здравствених услуга и норматива медицинског рада, стандарда опреме, стандарда и норматива утрошака материјала по врстама здравствених услуга. Међутим, у здравству је ово углавном неостварљиво, због природе саме здравствене заштите, као и због тога што је сваки пацијент случај за себе.

Кључне речи: економика, евалуација, рационалност, ефикасност, здравствена заштита.

Summary

The role and importance of the economics of health care is reflected in the application of the methods of economic evaluation of programs and activities in health care and health insurance. The aim is to solve some health problems in the most economical and efficient way. This should enable the achievement of planned objectives with available resources, personnel and equipment.

Methods of economic evaluation receives the answer to the question whether any possible savings in health care costs. All methods of economic evaluation is partial and final phase of the overall evaluation of a program.

To assess the rationality and efficiency of individual programs or the results of certain medical institutions, it is necessary to express the synthetic indicators are based on the basic performance indicators. Performance measurement, and thus the efficiency, is carried out with the precise standards of health services and medical work norms, standards, equipment standards and norms of consumption of materials by type of health service. However, in health care this is usually unfeasible, due to the nature of the health care system, and because every patient is a case in itself.

Keywords: economy, evaluation, rationality, efficiency and health care.

¹ Драган Младеновић, dipl.ecc.

МЕРЕЊЕ ЕФИКАСНОСТИ РАДА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Основне показатеље резултата рада једне здравствене установе, здравствене службе општине, региона, па и Републике, могуће је исказати синтетичким показатељима њихових вредности. То су три основна економска принципа:

- ефикасност (продуктивност, делотворност),
- економичност и
- рентабилност.

Дословна примена ових парцијалних принципа економије у здравственој делатности државног сектора није могућа због посебног карактера ове делатности (као непрофитне) и због услова под којима пружа услуге и начина на које остварује средства за свој рад.

Приближно поређење ових економских принципа са истим у здравственој делатности било би:

а) продуктивност у привреди, у здравству би упоредили и третирали као ефикасност – делотворност,

б) економичност у привреди, идентично као и економичност у здравству,

ц) рентабилност у привреди, тумачићемо у здравству као рационалност – исплативост.

Дефиниције, начин примене и мерење резултата здравствених установа на основу ова три парцијална принципа економије, прилагођена карактеру и могућностима за њихову примену у здравству, биле би:

Ефикасност (исплативост)

Ефикасност представља „обим у коме примена неке активности доводи до најбољег резултата за дате трошкове, односно одређени ниво производа или резултата рада обезбеђен по најнижим трошковима. Ефикасност је показатељ колико су добро улагања претворена у резултате или производе” (WHO, 1988).

Услове од којих зависи ефикасност у раду једне здравствене установе чине пре свега: рад здравствених радника, техничка опремљеност, унутрашња организација и подела рада, величина капацитета, локација здравствене установе и сл.

На ефикасност једне установе од утицаја су и облици накнаде за њен рад, висина те накнаде, као и начин располагања, односно расподеле оствареног прихода.

Да би једна установа остварила бољу ефикасност у раду, потребно је да има добру квалификациону структуру кадрова, добру техничку опремљеност, модерну организацију и поделу рада унутар установе, као и добру расподелу зарада према резултатима рада.

На ефикасност у раду и пружању заштите од утицаја су макроекономска стабилност делатности, кретање цена услуга и роба које установа користи у процесу рада, фискална политика, кредитна и сл.

Поред наведених услова, на ефикасност у пружању заштите има значајан утицај техничка опремљеност, која захтева замену дотрајале и увођење савремене медицинске опреме, која се брзо усавршава и исто тако брзо застарева, па се појављују захтеви за набавку нове опреме иако је постојећа још у добром физичком стању.

Ефикасност подразумева остваривање ефеката на извршењу планираних активности у ликвидирању, или сузбијању здравствених проблема, унапређујући здравствено стање становништва смањењем оболевања и сл. Ефикасност подразумева и добијање што већих ефеката на здравственој заштити становништва са расположивом техником и кадровима.

И поред тога што се циљеви ефикасности у здравству могу објаснити, веома је тешко измерити ефикасност реализације једног програма заштите, или ефикасност једне установе.

Да би могли да меримо прецизно ефикасност, потребно је да имамо јединицу мере као синтетички показатељ рада којим се може мерити обим извршења (учинак) у одређеном периоду у односу на претходни, као и да се може упоређивати са истим показатељима у истим, или сродним здравственим установама.

За постизање таквих услова за мерење резултата рада, а тиме и степена ефикасности једне установе, било би потребно утврдити прецизни систем стандарда здравствених услуга и норматива медицинског рада, стандард опреме, стандард и норматив утрошака материјала по врстама здравствених услуга. Ако би наведени услови били испуњени, онда би се рад здравствених установа могао мерити кроз заједнички именоватељ и тако оцењивати и упоређивати ефикасност сваке здравствене установе и њених делова. Међутим, овај захтев у здравству је углавном неостварљив, због природе саме здравствене заштите, као и због тога што је сваки пацијент случај за себе.

У недостатку прецизних мерила за оцену ефикасности у раду и располагању ресурсима, можемо индиректно посматрати како се једна установа понаша у поштовању услова за постизање што боље ефикасности. У том циљу могу да послуже, на примеру једне болнице, следећи показатељи:

1. број извршених услуга по врстама,
2. број лабораторијских претрага,
3. степен искоришћености постелебног фонда,
4. број лечених и отпуштених болесника,
5. пропусна моћ једне постеле, итд.

Све су то оријентациони показатељи који могу да се измере и временски да се упореде. Међутим, и тиме није могуће прецизно утврдити ефикасност једне установе. Као једно од мерила степена ефикасности може да послужи и однос оствареног прихода и износа бруто исплаћених плата. У овом случају степен ефикасности је утолико

бољи уколико је остварени укупан приход већи од исплаћених бруто зарада и, уколико је разлика у корист укупног прихода све већа, може се сматрати да је и ефикасност рада у тим размерама већа (боља).

Ефикасност може да се дефинише и као број остварених услуга по јединици радног времена.

Ефикасност здравствених установа зависи не само од способности здравствених радника са пожељним степеном ефикасности у раду, већ и од обима и структуре потражње за здравственим услугама, што са своје стране зависи од више фактора, као што је здравствена просвећеност становништва, доступност здравствених капацитета, висина финансијских средстава фондова здравственог осигурања, висина средстава у буџетима Републике, покрајине, региона и општине, као и од материјалних могућности самих корисника здравствених услуга.

Ефикасност једне здравствене установе могуће је мерити и по систему „норма као мерило ефикасности“. Норма представља плански задатак за једног радника, или за тим радника, који треба да се изврши за одређено време. У овој методи ефикасност представља однос између нормираних и стварно обављених задатака (услуга). Однос између ових величина даје слику ефикасности.

Овај метод може да се примени само на поједине услуге, односно на поједине извршиоце, када су у питању поједине амбулантне услуге, лабораторијске анализе и претраге и сл.

Као што смо навели, принцип ефикасности налаже да се са што мањим утрошком рада, нарочито медицинског, постигне што већи број услуга, што бољи учинак уз исти или мањи рад.

Фактори од којих зависи ефикасност су бројни и различите природе. Они могу бити интерни и екстерни, које ћемо приказати на примеру једне болнице.

Фактори ефикасности интерног карактера

Фактори ефикасности интерног карактера су присутни у свакој болници (установи) и представљају снагу – способност болнице да пружа здравствене услуге. То су:

1. број, структура и ниво квалификација запослених у болници изражен кроз њихов остварени рад на пружању заштите,
2. техничка опремљеност рада,
3. систем расподеле зарада према резултатима рада,
4. капацитет болнице.

Ефикасност једне болнице (здравствене установе) зависи и од њене локације: да ли је у стању да опслужује становништво са територије за коју је основана, што зависи и од здравствених, културних и саобраћајних прилика подручја, односно да ли је локација најподеснија у погледу приступачности како би на најбољи начин биле задовољене здравствене потребе становништва. Испуњење ових захтева омогућује алокативну ефикасност било које здравствене установе.

Интерни фактори непосредно утичу и опредељују ниво ефикасности рада у болници. Тако нпр.:

- Број запослених и структура по занимању и нивоу образовања запослених у болници је основни чинилац ефикасности рада. Ако је број запослених по овим елементима у складу са задацима и капацитетима болнице и ако су обезбеђени и други неопходни услови за њихов рад, остварен је предуслов за реализацију предвиђеног обима рада и одговарајуће ефикасности по овом основу. Унутрашња организација рада је основни и директни предуслов за постизање одговарајуће ефикасности у раду болнице ако је заснована на научним и модерним принципима унутрашње организације и поделе рада.

- Техничка опремљеност рада је у модерној здравственој заштити, такође, врло важан фактор ефикасности. Од степена опремљености медицинском опремом и од примене савремене технологије (медицинске) у раду директно зависи ефикасност рада расположивог (запосленог) кадра. Данас се у медицини, нарочито у дијагностици, не може без коришћења и значајне концентрације савремене медицинске опреме високе технолошке вредности. Наравно, ова опрема мора бити по врсти и капацитету у складу са задацима болнице и потребама становништва за које болница обезбеђује здравствену заштиту.

- Систем расподеле прихода и зарада је, такође, фактор ефикасности рада. У зависности од степена стимулативности у награђивању зависи ефикасност. То значи да систем расподеле треба да представља награђивање према резултатима рада и да висина зарада непосредно зависи од обима и квалитета рада сваког појединца у болници. Лош систем награђивања је неправичан и дестимулише добре раднике због тога што се њихови резултати рада преливају у зараде других, што је равно експлоатацији.

- Капацитет болнице, као технички предуслов за рад је, такође, значајан унутрашњи фактор ефикасности. Да би капацитет болнице обезбеђивао услове за рационално и ефикасно одвијање лечења, потребно је, још у периоду изградње болнице (објекта), да се обезбеди адекватна концепција болнице у погледу величине, локације, структуре одељења и постеља, техничке опремљености и др., тако да омогући ефикасно коришћење капацитета уз економично трошење рада и средстава.

Фактори ефикасности екстерног карактера

Фактори ефикасности екстерног карактера или индиректни фактори ефикасности су они фактори који споља делују на услове рада и пословања, а преко тога и на ефикасност болнице, а на које болнице, по правилу, не могу, или врло мало могу да утичу. У нашим условима то су фактори који проистичу из наше укупне економске политике према друштвеним делатностима, као на пример:

1. Ниво средстава, која се, у складу са опредељењима економске политике, могу издвојити за здравствену заштиту. Ако су ова средства, у реалном износу, мања из године у годину, створиће се раскорак између средстава потребних за ефикасан рад болнице и средстава која се издвајају за здравствену заштиту. То ограничење истовремено спутава ефикасност рада болнице, јер су средства у целини ограничена на нивоу који није довољан, па би свако повећање ефикасности рада водило у губитак, који би се повећавао сразмерно повећању обима заштите. Са једне стране захтева се ефикасније и рационалније коришћење расположивих капацитета, што је у складу са принципима економије здравствене заштите, а са друге стране поставља се финансијска баријера, која то не допушта.

2. Цена здравствених услуга, као јединица обрачуна, појединачна цена, накнада за програм, паушал, релативне јединице, цене за поједине болести, главарина итд., такође су спољни фактор који, од облика накнаде (висине) и начина обрачуна, има одговарајуће стимулативно или обратно дејство, на ефикасност рада. Јасно је да су појединачне цене за сваку услугу најстимулативнији облик накнаде и обрачуна за здравствене установе. Међутим, оне се нерадо примењују због недостатка средстава са којима располажу фондови здравственог осигурања, буџети и други корисници

здравствених услуга. Са друге стране, корисници здравствене заштите избегавају овакав обрачун и због тога што болница може, у складу са својим субјективним економским интересима, да „подешава“ број и врсту услуга, као и дужину лечења, остваривањем што већег броја болесничких дана. Истраживања вршена у нашој републици су показала, на примеру болнице, да је коришћење капацитета било врло различито у зависности од начина финансирања болничке заштите. У периоду када је уговорена цена за један болеснички дан као обрачунска јединица у регулисању економских – уговорених односа са фондовима, искоришћеност капацитета је била далеко већа од степена искоришћености када је обрачун накнаде вршен у паушалу. У првом случају, имали смо мањак болничких постеља, а у другом, када је уговорен паушал, вишак постељног фонда, односно број постеља, и поред тога што се укупни капацитет болнице није мењао. И у једном и у другом случају и ефикасност и искоришћеност нису реалне величине.

3. Инфлација је, такође, екстерни, индиректни, фактор који врло много утиче, и то негативно на ефикасност. Средства опредељена за здравствену заштиту, уколико се инфлација не обузда, обезвређују се константно у току године, што директно умањује способност болнице да функционише несметано у складу са расположивим капацитетима и потребама становништва у лечењу.

4. Стање обртних средстава и политика кредита. Здравствене установе углавном оскудевају са обртним средствима, поготову ако су она „замрзнута“ у потраживањима за пружене а ненаплаћене услуге, која се врло споро наплаћују, а понекада и не наплате, што са своје стране ремети процес рада (лечења) и успорава „промет“ болесника по једном кревету.

Свакако да постоје и други фактори који утичу, директно или индиректно, на ефикасност рада једне установе. Међутим, сматрам да су ови најзначајнији, јер имају највећи утицај, не само на ефикасност у раду здравствених установа, већ и на ефикасност и рационалност организације и финансирања целокупног система здравствене заштите и здравственог осигурања.

Напред изнета разматрања се односе у истој или мањој мери и на све друге здравствене установе.

Мерење (израчунавање) ефикасности рада

Начин израчунавања ефикасности рада, на бази финансијских показатеља, представља однос између укупног учинка (резултата – обима рада) исказаног кроз укупан приход и укупно уложеног рада, исказаног кроз бруто исплаћене зараде.

Табела 1. Ефикасност рада у здравству Србије, у 000 .дин. *, мерено на наведени начин.

година	укупан приход	бруто зараде (плате)	коэффициент	ланчани индекс
1981	26.720.769	11.227.952	2,38	100,00
1982	34.242.320	14.619.827	2,34	98,32
1983	42.289.813	17.437.675	2,42	96,69
1984	63.796.618	26.244.723	2,43	100,40
1985	116.386.673	50.612.256	2,29	94,20

*Наведени обрачун представља само методолошки пример.

Учинак, исказан кроз укупан приход у здравству Србије, био је у односу на бруто зараде запослених у здравству у 1981. години већи за 2,38 пута. Тај се однос повећава у наредним годинама у корист укупног прихода, то јест у правцу пораста ефикасности рада све до 1985. године, када је ефикасност опала за око 6%. До овога је дошло због тога што су зараде у здравству, после вишегодишњег опадања њихове реалне вредности, у 1985. години први пут показале изванредан пораст реалне вредности, па су због тога бруто лични доходи (зараде) и заузели веће место у укупном приходу.

С обзиром на специфичност болнице, овакав начин мерења ефикасности не говори много, јер је смањивање учешћа бруто зарада у укупном приходу резултат мера

економске политике у погледу контроле пораста плата. Поставља се питање да ли је и обим заштите у порасту, тј. да ли је дошло и до побољшања медицинске ефикасности, што је много значајније.

Ефикасност (продуктивност) рада болнице мерена кроз однос укупног прихода и бруто зарада (личних доходака) може бити нереална у оној мери у којој су нереално ниске плате (зараде) у здравственој делатности. Депресирањем зарада смањује се учешће вредности људског (живог) рада у укупном приходу, па се привидно стиче утисак да се повећани учинак постиже порастом ефикасности.

У условима транзиције привреде код нас, ефикасност рада у привреди мерена кроз однос укупног прихода и бруто зарада, као финансијског израза учинка (обима производње) и количине људског рада у односу на укупну производњу, такође је често нереалан метод, јер се догађа да се укупан приход повећава, делимично или у целости, по основу повећања цене произведене робе, а не по основу повећања ефикасности.

Медицинска ефикасност

У разматрању ефикасности рада болнице треба применити и методе мерења медицинске ефикасности.

Без обзира који се метод мерења ефикасности болнице примењује, мора да почива на смањењу субјективно условљених улагања у систем, а у првом реду у смањењу неоправданог ангажовања и улагања људског рада.

Медицинска ефикасност болнице може се оцењивати кроз:

1. мерења материјалних улаза у систем,
2. мерења нематеријалних излаза из система.

Медицинска ефикасност посматрана кроз материјални улаз у систем:

Мерење материјалних улаза у систем може се посматрати кроз обезбеђење: те-

хнике, односно обезбеђење услова за техничку ефикасност. Да би се обезбедила техничка ефикасност, подразумева се да свака организациона јединица (болничко одељење) адаптира потребну технику која, на датом нивоу медицинског знања, максимализује резултате рада (output) радника запослених у дотичној организационој јединици (одељењу).

Техничка ефикасност неће бити задовољавајућа ако се само располаже савременом опремом, већ се захтева да се обезбеди оптимални распоред свих расположивих ресурса (опрема, кадрови, финансијска средства) између појединих болничких јединица (одељења).

На овај начин се, поред техничке ефикасности кроз обезбеђење и других материјалних улаза у систем, стварају услови за пуно и правилно ангажовање расположивог кадра на обезбеђивању медицинске ефикасности која би се мерила кроз нематеријалне излазе из система.

Медицинска ефикасност мерена кроз нематеријални излаз:

Медицинска ефикасност болнице може се посматрати и кроз мерење нематеријалног излаза из система, односно кроз мерење output-а болнице. Предуслов за мерење медицинске ефикасности болнице на овај начин јесте дефиниција излаза (учинка – исхода) рада болнице, тј. врста и обим пружених услуга. Резултат рада болнице је тешко мерити, а прецизност мерења отежана је због тога што резултат рада (output) није хомоген. Тешко га је дефинисати у виду прецизних јединица резултата рада која се могу мерити и упоређивати.

Резултат рада болнице може се исказати као:

- индекс броја обезбеђених (пружених) услуга,
- индекс броја укупно лечених лица,
- индекс броја успешно лечених лица, или

- кроз различите показатеље за мерење здравственог стања становништва у општини, региону, Републици,

мада на стање здравља људи утичу и друге здравствене установе, као и још много других фактора претежно индиректно.

Постоје два основна начина мерења резултата рада болнице:

Први се заснива на фиксном резултату (outcome) као што су:

- број успешно лечених болесника и
- показатељи о побољшању здравственог стања, односно резултата побољшања здравственог стања лечених у болници.

Други начин мерења резултата рада узима у обзир интермедијарни резултат (исход), као на пример:

- индекс броја пружених услуга и
- индекс броја укупно лечених лица.

За мерење медицинске ефикасности често се употребљава интермедијарни излаз (outcome) из система, као груба мера за одређивање фиксног резултата (output).

С обзиром на то да је тешко мерити фиксни допринос болничке заштите у побољшању здравственог стања становништва, прихватљиво је да се не мери фиксни резултат (output) болнице, већ да резултате рада болнице третирамо као интермедијарни резултат (output) исказан кроз одређене појединачне врсте и број болничких услуга. У том смислу можемо да утврдимо два принципа у исказивању болничког резултата и то:

- service-mix приступ, који укључује укупан број свих услуга и укупне капацитете и
- case-mix приступ, који представља укупан број лечених лица,

када се ефикасност мери (изражава) квантитативно, онда утврђивање ефикасности представља износ:

$$\Pi = \frac{Q}{L}$$
 при чему је Π = ефикасност
 Q = укупан број услуга
 L = утрошак рада
 као резултат оваквог начина мерења добија се број услуга по јединици времена.

Други приступ је:

$$\Pi = \frac{L}{Q}$$
 при чему је Π = ефикасност
 L = количина уложеног рада
 Q = укупан број услуга

Овим методом добија се количина (уложеног рада) по јединици услуге, што је погодније, јер се може утрошено време по јединици услуге упоређивати са планираним временом (нормативном рада).

Због потешкоћа квантитативног мерења ефикасности рада болнице, неопходно је да знамо укупан број пружених услуга и укупно утрошено време за пружање тих услуга у једној болници. Ако се то не зна, могућа су два приступа:

1. Да се саберу све врсте пружених услуга и да се поделе са укупно утрошеним временом, што ће дати врло грубу слику броја услуга по једном раднику, или радном дану. Ово је мало сигнификантно, јер је тешко наћи две истородне болнице са истом структуром услуга, да би се вршило поређење.

2. Други приступ који би био прецизнији захтева да се располаже утрошком времена за укупан број истородних услуга, који би се поделио са временом предвиђеним по нормативима за пружање тих услуга. Лоша страна овог метода проистиче из праксе да се у болници не евидентира утрошак времена по појединим врстама пружених услуга. Међутим, можда ће у појединим службама овај метод бити изводљив за мерење ефикасности, као на пример за лабораторије у којима су услуге стриктно дефинисане и раде се по стандардизованом поступку. Можда се може применити и на један број услуга у стоматологији, фармацији и др.

На основу изнетих разматрања о методама и могућностима мерења ефикасности рада болнице може се констатовати да не постоји јединствен метод за мерење ефикасности рада, који би истовремено исказивао ниво ефикасности.

Ефикасност болнице се може мерити, односно може се оцењивати, кроз више показатеља о раду и трошковима:

1. Ефикасност болнице, исказана кроз финансијске показатеље, може се третирати као однос укупног прихода и бруто зарада (плата). У овом случају бруто зараде (утрошени рад) могуће је исказивати у маси, по једном раднику, по једној услузи итд. што је ствар даље разраде овог метода. Наравно може се узети и укупан приход по раднику и сл.
2. Ефикасност болнице, мерена натуралним показатељима, може се исказати као:

- индекс броја пружених услуга: укупно и по врстама,
- индекс броја укупно лечених лица.

Када се оцењује финални резултат болнице, услуге морају бити одабране и репрезентативне, како би биле упоредиве.

Пошто ниједан од ових метода не даје праву оцену о ефикасности рада болнице, углавном због хетереогеног карактера услуга и недостатка евиденције о стварном утрошку времена по појединим врстама пружених услуга, што проистиче из специфичног карактера делатности којима се бави болница, њену ефикасност треба оцењивати комбиновањем и упоређивањем резултата рада по описаним методама.

Квалитет економије пословања болнице може се сагледати кроз јединствено посматрање и примену економских принципа: ефикасност, економичност и рентабилност (делотворност). Економија болнице треба да се цени кроз непрекидно унапређивање сва три основна принципа економије.

Мерење и праћење ефикасности, економичности и рентабилности (делотворности)

болнице омогућује лакше и прецизније планирање рада, средстава и других предуслова потребних за рад болнице и за постизање што веће ефикасности у пружању заштите.

Могући избор показатеља за мерење ефикасности једне болнице

Натурални показатељи

1. Број пружених услуга – укупно, по врстама услуга, по тиму, раднику, часу, минути и др.
2. Број лечених (отпуштених и умрлих) лица по одељењима, исказаним по тиму, по лекару, итд.
3. Искоришћеност постелног фонда.
4. Пропусна моћ по 1 постељи, број лечених по 1 постељи за одређено време.
5. Просечна дужина лечења по одељењима, по болестима.
6. Искоришћеност операционих сала: број истородних операција за један дан, за недељу дана итд. у истом временском периоду по различитим болницама.
7. Број лекара у односу на број кревета, односно број кревета на 1 (једног) лекара, број кревета на 1 (једну) медицинску сестру.
8. Број медицинских техничара и сестара на 1 (једног) лекара.
9. Однос укупног броја медицинских и немедицинских радника.
10. Укупан број постеља у односу на број становника који болница опслужује.
11. Број тестова (лабораторијских) по 1 дијагнози.
12. Број умрлих на 1.000 лечених.

Материјални показатељи

Цена болничког дана, односно цена по појединим услугама.

1. Укупни трошкови, трошкови по 1 дану, по 1 услузи, по 1 медицинском раднику, по 1 леченом лицу.

2. Укупни трошкови по 1 постељи, одређена врста трошкова по 1 постељи.

3. Трошкови рада: бруто зараде по одељењима, по 1 раднику, по 1 услузи, по 1 дану лечења и сл.

4. Учешће трошкова у укупном у приходу (заради).

5. Учешће зарада (плата) у укупном приходу.

6. Укупна вредност основних средстава по 1 раднику, по 1 здравственом раднику, по 1 лекару.

7. Укупни трошкови амортизације по 1 дану лечења.

8. Приходи (примања) по 1 леченом лицу, расходи по 1 леченом лицу.

У зависности од врсте делатности (карактера) болнице, заинтересовани могу користити ове, а исто тако и друге показатеље који су погоднији за оцењивање ефикасности сваке болнице.

Постоје показатељи за мерење ефикасности рада и за здравствене установе ванболничке делатности, посебно за установе прве линије здравствене заштите.

Рационалност

Рационалност рада и организације подразумева, у датим условима, обезбеђење најбоље могућег третмана корисника здравствених услуга применом здравствених и економских мера, уз што мање могуће (оправдано) ангажовање свих расположивих ресурса.

Рационалност, такође, представља однос између обима, структуре и квалитета пружене заштите и кадровских, технолошких и финансијских могућности једне установе.

Када је у питању рационалност једне установе, треба имати у виду следеће:

- организацију и величину установе: ако је величина установе оптимална у односу на потребе становништва, онда установа лакше прати и контролише

здравствено стање тог становништва, а и лакше обезбеђује заштиту на територији коју она покрива својим радом, у оквиру шире поделе рада између региона, или у оквиру покрајине и Републике;

- велике здравствене установе, које су углавном специјализоване, захтевају знатно шире подручје своје делатности, што може бити и подручје целе Републике;
- медицинска и економска оправданост за једну здравствену услугу односи се на онај рад лекара и другог медицинског особља за којом постоји реална тражња, или реална потреба са становништва шире друштвене оправданости.

Рационалност у раду здравствених установа и обезбеђивање рационалне здравствене заштите зависи још и од:

- величине територије коју покрива једна установа,
- саобраћајних могућности,
- густине насељености становништва,
- од висине средстава која се могу користити за здравствену заштиту, а која зависе од економске моћи одређене општине, региона, покрајине и Републике, као и од система солидарности у оквиру територије фонда за коју здравствена установа обезбеђује заштиту.

Рационалност једне установе, или целе службе, на једној територији може се анализирати и глобалним оцењивањем, упоређујући укупно коштање и ефикасност, имајући у виду њихову величину и ресурсе са којима располаже.

Рационалност у здравству може бити успешна ако се мрежа, приступачност и подела рада дефинишу и оцењују на следећи начин:

Мрежа здравствених установа. Под овим називом подразумева се обим и структура, територијални размештај објеката, кадрова и опреме за одређено подручје, као и функционална повезаност капацитета у решавању здравствених проблема.

Рационалност мреже и капацитета подразумева и макроекономску равнотежу система здравствене заштите и здравственог осигурања, и то на начин усаглашености мреже и капацитета са захтевима и потребама становништва на одређеном подручју.

Приступачност здравствених капацитета подразумева могућност коришћења здравствених услуга, на основу територијалне и функционалне организације здравствене службе. Од приступачности здравствених капацитета зависи и могућност становника да користе услуге.

Подела рада подразумева поделу функција у оквиру саме установе, као и поделу функција између установа на једном подручју у циљу остваривања рационалности у раду на пружању заштите и бољу приступачност становника у коришћењу здравствених услуга.

Свака земља (држава – економија) богата, или мање богата, а поготову земље са неразвијеном економијом (сиромашне, или релативно сиромашне), морају строго да воде рачуна о висини и начину располагања ресурсима у здравству, с обзиром на то да је немогуће задовољити све потребе становништва за здравственом заштитом.

Када је у питању државни сектор здравствене заштите, треба водити рачуна да услуге буду једнако доступне свим лицима која имају право на ову заштиту у складу са Законом о здравственој заштити и Законом о здравственом осигурању.

Методи рационализације

Обим капацитета здравствених установа, обим и квалитет здравствене заштите, могућност коришћења здравствених услуга у складу са правима и потребама, у великој су мери у зависности од величине и политике расподеле бруто домаћег производа. Без обзира који је ниво средстава могуће издвојити из свих извора за здравствену заштиту, корисници тих средстава су дужни да са расположивим средствима поступају рационално. У том смислу, неопходно је

предвидети и реализовати мере рационализације, како на страни понуде здравствених услуга, тако и на страни потражње за њима од стране становништва.

С обзиром на то да корисник заштите, скоро по правилу, није у стању да изабере услугу, јер он нема знања за то, тежиште мера рационализације треба превасходно усмерити на регулисање (ограничење) коришћења приоритетних услуга, до мере да право корисника на избор услуга не буде угрожено, а тиме и његово здравље. У том смислу укупне мере рационализације потрошње, како на страни понуде, тако на страни потражње, могу се састојати углавном у следећим ограничењима (контроли):

- законска ограничења права на коришћење заштите и права на накнаде по основу осигурања;
- ограничавање капацитета здравствених установа, а у првом реду стационарних;
- планирано образовање (ограничавање) кадрова за потребе здравствене заштите;
- контрола потрошње лекова:

1. утврђивањем листе лекова изван које се не могу прописивати лекови, без изузетног одобрења у специјалним потребама;

2. прописивање јефтинијих лекова, ако постоје, и ако су паралелни лекови, тј. са истим дејством, односно својствима;

3. праћење прописаних лекова по појединим дијагнозама од стране ординирајућих лекара;

- ограничавање обима финансијских средстава:

1. настоји да се унапред утврди „плафон“ укупно расположивих средстава за непосредну здравствену заштиту, као и ниво средстава за поједине видове здравствене заштите, уз настојање да се обезбеди потребна здравствена заштита;

2. облици уговарања (накнаде) за рад здравствених установа, као метод огра-

ничавања потрошње, односно лимитирање зарада здравствених установа;

- партиципација (лично учешће) корисника у трошковима приликом коришћења здравствених услуга, као мера „одбијања“ од непотребног коришћења услуга; унапређење организације рада здравствених установа, као мера рационалнијег коришћења људског рада,

- контрола трошкова за време боловања (одсуствовања са посла) која је у пракси примењивана као стручна контрола и као лаичка контрола;

- контрола понуде путем надзора над стручним радом здравствених установа утврђивањем стандарда здравствених услуга и нормирањем медицинског рада, у условима када је то могуће и изводљиво.

Могуће су и друге мере ограничења, како на страни понуде, тако и на страни потражње за здравственим услугама.

Поремећај односа (равнотеже) између понуде и потражње, може бити уравнотежен поново путем:

1. смањења потражње (доста непопуларна мера) која у суштини представља ограничавање права и могућности у коришћењу здравствених услуга;

2. повећањем понуде: боља обезбеђеност здравствене службе кадровима и капацитетима, као и

3. повећањем ефикасности у раду здравствених и других радника у здравственим установама.

Економичност

Под овим појмом подразумева се однос између резултата рада болнице или било које установе, исказан у виду укупног прихода оствареног за пружену здравствену заштиту и укупних трошкова учињених да се постигне одређени резултат, односно учинак. У овом случају то су укупни трошкови које је установа морала да учини у пружању

здравствених услуга, тј. у испуњавању својих обавеза – задатака у лечењу грађана.

У складу са тим, економичност једне установе зависи од следећих величина:

1. од укупних трошкова и издатака учињених у току пружања здравствене заштите у току једног временског периода;
2. од обима пружених услуга (заштите) и по том основу од износа реализованих прихода.

Економичност се израчунава бројевима (процентом) и представља учешће укупних трошкова у укупном приходу болнице (установе). Економичност се може израчунати за поједина радна места, за организациону јединицу или за установу у целини, у зависности од тога да ли се за посматране организационе јединице располаже потребним елементима за израчунавање економичности.

Утврђивање економичности је врло једноставно, с обзиром на то да проистиче из само два елемента: укупног резултата рада, синтетички израженог кроз зарађени новац, односно оствареног укупног прихода и укупних трошкова учињених у току рада болнице (установе) на пружању заштите.

Примера ради, даје се економичност здравствене делатности у целини у Републици и у СФРЈ, каква је била у једном периоду од пет година:

Табела 2. Процент учешћа трошкова у укупном приходу.*

година	у здравству СР Србије	у здравству СФРЈ
1981	40	40
1982	40	42
1983	44	42
1984	47	44
1985	49	47

*Изведени обрачун представља само методолошки пример.

Здравствена делатност у СР Србији остварила је исти ниво економичности половања у 1981. и у 1982. години (40 динара учињених трошкова за сваких 100 динара оствареног прихода). Почев од 1983. године ниво економичности опада. У 1983. години утрошено је 44 динара, у 1984. – 47, а у 1985. – 49 динара за сваких 100 динара

прихода. Тенденција погоршања нивоа економичности, само нешто блажа, била је карактеристика и за здравствену делатност у Југославији у целини у тим годинама. Узроци овог пада економичности могу да буду многобројни и захтевају пажњу и анализу.

Економичност зависи од квалитета понашања и трошења средстава у процесу рада. С обзиром на то да је економичност однос између постигнутих резултата и учињених трошкова, штедња је основ и начин на који се постиже већи ниво економичности.

У раду здравствених установа на пружању заштите постоје одређене врсте трошкова на којима се може штедети, односно постићи уштеда и то:

- унапређење унутрашње организације рада омогућује елиминисање неефикасног трошења времена чиме се повећава радни учинак, а тиме смањују трошкови по јединици услуге и истовремено повећава приход;
- савеснији рад сваког појединца омогућује да се максимално поступа рационално у трошењу лекова, санитарског материјала, енергије, хране, опреме итд., што се позитивно одражава на висину трошкова у смислу њиховог смањења у апсолутном износу или успоренијег пораста који би се остварио без предузетих мера штедње;
- рационална набавка репроматеријала за рад установа омогућује да се обим заштите остварује уз што ниже трошкове.

С обзиром на значај трошкова за лекове, који су са напредовањем медицинске науке и технологије све скупљи, све земље обраћају посебну пажњу на трошкове за лекове, као и начин употребе лекова. Праћење начина прописивања и коришћења лекова није значајно само са аспекта трошкова по овом основу, већ то има и дубински медицински значај. Прописивање лекова од стране појединаца – ординирајућих лекара, говори не само о томе како се располаже лековима,

имајући у виду њихову доста високу цену, већ се на тај начин остварује услов за оцену способности лекара да прати савремену медицинску доктрину у лечењу појединих болести. Тако се утврђују евентуалне разлике између појединих лекара у лечењу појединих болести, врсте и количине прописаних лекова за исту дијагнозу (болест) као и висину трошкова лечења од исте болести.

У току рада установе морају да рачунају на такву врсту трошкова на чију висину не могу да утичу или веома мало, као на пр.:

- амортизација, када се трошкови амортизације обрачунавају по временском систему;
- трошкови енергије, грева, осветљења, чистоће, одржавања уређаја, апарата, зграде и сл.;
- трошкови кирије, порези, таксе и др.

То су трошкови који имају фиксни карактер или претежно фиксни и који не зависе, или врло мало зависе, од обима заштите, односно од оствареног учинка. Промене у обиму заштите не условљавају и адекватне промене у висини тих трошкова.

Пораст било којих трошкова установе, како оних чија висина зависи од обима заштите и на које се свесном вољом и одговарајућим штедљивим радом у одређеној мери може утицати, тако и пораст фиксних и релативно фиксних трошкова, аутоматски утиче на смањење нивоа економичности ако истовремено није дошло и до адекватно већег укупног прихода, односно пораста учинка.

За правилну интерпретацију економичности потребно је имати у виду следеће односе и услове:

- већи учинак – укупан приход са истим трошковима даје већи степен економичности;
- исти учинак – укупан приход са мањим трошковима даје такође већи степен економичности, и обратно

- исти или мањи учинак – укупан приход са већим трошковима за његово остварење даје пад нивоа економичности.

Фактори који одређују степен економичности једне болнице, или било које здравствене установе, могу бити услови пословања, тј. услови под којима установа стиче приход. Овде су од прворазредног значаја накнаде за рад, како по висини тако и по облику, што уствари представља начин вредновања резултата рада. Учинак исказан новчано – укупан приход – врло често није у складу са резултатима рада (обим и квалитет заштите), а на штету установе, јер, због недовољних средстава, корисници услуга, углавном фондови здравственог осигурања, одређују депресирани накнаде (цене). Уколико у уговорном периоду дође и до пораста цена енергије и услуга, које установе користе у процесу рада, то неминовно повећава трошкове и раскорак између трошкова и укупног прихода. На повећање цена роба, енергије и услуга које установе користе у раду, не могу или веома мало могу да утичу.

На ниво економичности једне установе од утицаја су још и:

- начин (облик) степен унутрашње организације рада;
- обим расположивих капацитета, њихова структура у односу на захтеве становањства и начин и степен коришћења капацитета;
- асортиман и карактер предмета рада, начин коришћења и услови набавке;
- број и квалификациона структура запослених у установи.

На економику пословања од утицаја су и многи други објективни и субјективни фактори и однос према њима од којих зависи укупан приход (вредност оствареног обима заштите) и укупни трошкови, на пример: изостанци са посла, слаба дисциплина у раду, како се рукује средствима, како се одржава опрема и др.

На основу изнетих разматрања о значају, начину израчунавања – мерења нивоа економичности у раду, свака појединачна установа може да сагледа свој ниво економичности, да прецизно утврди субјективне и објективне факторе који утичу на степен економичности и да, у складу са тим, предузме потребне мере за повећање штедње у раду и у располагању ресурсима. Ако је основни узрок ниске економичности нереална ниска накнада (цена), треба обновити процес ревизије уговорене накнаде.

Рентабилност (делотворност)

Рентабилност (делотворност), као трећи парцијални израз (принцип) економије, такође је и основни принцип који означава однос између оствареног финансијског резултата, у случају здравствених установа, између оствареног дохотка и укупно ангажованих средстава (основних и обртних) за остваривање дохотка. Тај однос, у ствари, представља количник између ових вредности. Тај однос, у суштини, представља вишак прихода над расходима. Остварење што боље рентабилности лежи у захтеву да се са што мањим ангажованим средствима достигне што бољи финансијски резултат (што већи приход).

С обзиром на то да се рентабилност манифестује кроз реализацију (продаја, пружање и наплата) услуга, остварење рентабилности је у директној зависности, поред нивоа економичности каква се остварује, и од облика накнаде за пружене услуге. Цена, односно накнада за пружене услуге и њена висина, директно утиче на ниво рентабилности. Што је облик цене стимулативнији за рад и што је цена већа, рентабилност је утолико већа. Са тог становништа здравствена установа је у принципу заинтересована да има што стимулативније облике награђивања уз што веће цене за пружене услуге.

Међутим, цене (накнаде) за здравствене услуге се формирају мимо тржишта и често нису у складу са вредношћу и квалитетом

рада уложеног у пружање услуга. Цене здравствених услуга одређују се у складу са расположивим средствима у фондовима здравственог осигурања и у буџетима општина, покрајине и Републике која су одређена буџетом за сваку годину. У складу са вишегодишњом политиком у ранијем периоду, средства за здравствену заштиту су стално депресирани и одређивана на нижем нивоу од неопходно потребног. У таквим условима рентабилност здравствених установа је ниска, а најчешће је и нема, у зависности од тога на ком су глобалном нивоу одређена средства за здравствену заштиту становништва.

Према томе, рентабилност здравствених установа, с обзиром на услове у којима оне остварују укупан приход, може да зависи врло мало од самих здравствених установа. Наравно, то су специфичности здравствене делатности која у нашим условима не послује као профитна делатност. Међутим, да би здравствена делатност била у стању да обезбеди адекватну репродукцију и одређени развој, то подразумева реалније вредновање здравственог рада по унапред одређеним критеријумима.

Може се закључити да се повећање рентабилности постиже усклађивањем односа између оствареног дохотка и ангажованих средстава. На остварење рентабилности од највећег су значаја:

- повећање коефицијента обртних средстава,
- обезбеђивање услова за остваривање економичности и ефикасности,
- повећање цена – накнада.

Повећање коефицијента кружења обртних средстава убрзава процес пружања заштите, што има за резултат смањено ангажовање средстава, а тиме повећање ефикасности. Повећање коефицијента обртних средстава у здравственој заштити је веома деликатно питање, јер се процес пружања заштите веома много разликује од процеса производње и репродукције у производним

делатностима, који остварују средства на основу утакмице на тржишту роба и услуга.

Стална примена принципа економичности и ефикасности у раду и у коришћењу ресурса у пружању здравствене заштите најбољи је пут и начин остварења уштеда и да се постојећим средствима постиже максимум могућег обима заштите.

ЕКОНОМСКА ЕВАЛУАЦИЈА У ЗДРАВСТВУ

Улога и значај економике здравствене заштите у великој мери се огледа у садржају и примени метода економске евалуације програма и активности у сектору здравствене заштите и здравственог осигурања, а све у циљу решавања одређених здравствених проблема на што економичнији и ефикаснији начин. То треба да омогући постизање планираних (жељених – прописаних) циљева са планираним (расположивим) средствима, кадровима и опремом.

Метод економске евалуације треба да нам пруже одговор на питање: да ли су могуће и какве уштеде у трошковима ако се организовано и плански приступа решавању одређених здравствених проблема становништва (појединих добних група), и у остварењу постављених циљева на побољшању здравственог стања, или отклањању одређених болести и сл.

У ствари, све методе економске евалуације представљају парцијалне фазе укупне и коначне евалуације једног програма. Економска евалуација превасходно процењује улагање (input) у систем и резултате (output) која се могу очекивати на основу предвиђених улагања.

Да бисмо могли да процењујемо рационалност и ефикасност појединих програма или резултата рада појединих здравствених установа или врсте установа, потребно је најпре да наведемо основне методе економске евалуације, њихову суштину, садржај и начин примене од којих зависи

оцена о степену очекиване рационалности и ефикасности.

У основама и циљевима економике здравствене заштите, констатован је њен основни циљ и централно питање ефикасности у раду и рационалности у коришћењу укупних ресурса у области здравствене заштите. То је азбука економике здравствене заштите.

Ефикасност као метод економске евалуације

Ефикасност је однос између постигнутих резултата и уложених финансијских средстава, ангажованог рада, опреме и др. Ефикасност је метод економске евалуације који нам омогућује да оцењујемо резултате добијене од уложеног новца (трошкова) или количине рада. Ефикасност подразумева постизање максимално могуће добрих резултата за уложена средства, рационално коришћење рада, финансијских средстава и опреме у реализацији одређеног здравственог програма (активности). „Обим у коме примена неке активности доводи до најбољег резултата за дате трошкове, односно одређен ниво производа и резултата рада обезбеђених по најнижих трошковима. Ефикасност је показатељ колико су добро улагања претворена у резултате, или производе” (WHO, 1988).

Ефикасност можемо оцењивати као:

Медицинска ефикасност

Мерење и оцењивање медицинске ефикасности захтева утврђивање критеријума за мерење директне медицинске ефикасности: специфични критеријуми служе за мерење исхода по свакој болести посебно, глобални критеријуми који служе за мерење смањења морбидитета, морталитета и сл.

Економска ефикасност

Економска ефикасност се утврђује на основу:

1. принципа економске ефикасности у периоду конституисања система (изградња и опремање објеката),:

- утврђивање оптималне концепције објекта,
- утврђивање оптималне локације објекта,
- утврђивање оптималне величине објекта,
- утврђивање најјекономичнијег начина изградње објекта,
- утврђивање оптималне висине средстава потребних за изградњу и опремање објекта, или било које здравствене установе.

2. принципа економске ефикасности у раду једне здравствене установе који зависе од:

- смањења евентуално субјективно условљених улагања,
- утврђивања мера за оцену ефикасности кроз:

- мерења материјалних улаза у систем (input),

- мерење нематеријалних излаза из система (output).

3. остварење резултата једног здравственог програма у односу на планирана и уложена финансијска средства, уложени рад, односно планирано време за реализацију усвојеног програма.

Економску ефикасност у здравству је релативно лако дефинисати и релативно лако утврдити, ако се под тим подразумева: постизање истих ефеката (резултата) уз ниже трошкове, или већих (резултата) уз исте трошкове. Као основ за поређење може се узети предрачун (план, буџет) трошкова једног програма у односу на остварене трошкове.

Користи од реализације једног програма могу се исказати као:

1. уштеда у финансијским средствима, упоређујући уложена средства и еко-

номску (предрачунску) вредност програма;

2. директна здравствена корист становништва, која не може да се искаже финансијски прецизно;

3. уштеде у будућем раду на заштити становништва по основу остварених циљева и решених одређених здравствених проблема реализацијом програма у претходном периоду.

Пример таквих резултата у нашој пракси су: ерадикација маларије, трахома и ендемског сифилиса.

Рад и све већа заступљеност приватне праксе у Србији представља конкуренцију државном сектору здравствене заштите и изазива подстицај за ефикаснији рад са циљем да се здравствена заштита обезбеђује квалитетније и ефикасније, што у суштини побољшава економску ефикасност државног сектора здравствене заштите.

Техничка ефикасност

На постизање укупне ефикасности рада од утицаја су и захтеви да свака здравствена установа, и поједини њени делови, обезбеде медицинску и другу технику у складу са степеном стручности расположивог кадра, са циљем да се максимализује резултат рада (излаз из система) са ангажованим ресурсима. Техничка или оперативна ефикасност има за циљ да се са оптималним капацитетом обезбеде жељени ефекти са што нижим трошковима.

У суштини, техничка ефикасност је исто што и однос трошкова и ефеката неког програма, при чему је за сваку дату количину резултата износ улагања коришћен за његову производњу минимизиран.

Од начина и односа ангажовања расположивих финансијских средстава за:

- примарну здравствену заштиту и здравствену заштиту од општег интереса,
- куративну здравствену заштиту и за

- изградњу и опремање здравствених капацитета (капиталне инвестиције такође зависи квалитет техничке ефикасности целокупног система здравствене заштите).

Алокативна ефикасност

Алокативна ефикасност захтева да се расположиви ресурси (опрема, кадар, финансијска средства) оптимално распореде (ангажују) између појединих установа или њених делова унутар установе, као предуслов за њихово оптимално коришћење.

Алокативна ефикасност омогућује да се капацитети распореде и ангажују у складу са стварним потребама, као предуслов да се задовољава ефикасније и јефтиније управо она заштита која је становништву најпотребнија.

Административна ефикасност

Административна ефикасност се заснива на савременом менаџменту у здравственим установама и у фондовима здравственог осигурања, што захтева посебно школован кадар за ову функцију.

Да би се одредила варијанта планирања и извођења плана, која обезбеђује максимално задовољење планираних циљева, приступа се одабирању врста мерења корисности, која обезбеђује најбоље резултате.

То су познате методе:

1. анализа трошкова и користи и
2. анализа трошкова и ефикасности.

Постојање приватне праксе у нашем здравственом систему и појава више врста осигурања, која укључују и здравствено осигурање, утиче на административну ефикасност с обзиром на могућност конкуренције.

Методе економске евалуације у области здравствене заштите

Евалуација је прецизно планиран научни процес утврђивања (оцене) успеха, односа резултата у реализацији одређеног здравственог програма: да ли су спроведене планиране активности и како су утрошена планирана финансијска средства за реализацију програма, као и оцена очекиваних резултата у односу на планирани обим и квалитет здравствене заштите. Конкретније, економска евалуација здравствених програма има за циљ да утврди улагања у реализацију једног програма и какви су остварени резултати у односу на обим и квалитет тих активности предвиђених здравственим програмом.

Значај економске евалуације здравствених програма на здравственој заштити становништва је све већи и све актуелнији због константног пораста потреба за здравственом заштитом и све већих тешкоћа у обезбеђивању потребних средстава за њихово задовољење. Економске анализе су просто незаменљиве за процену ангажовања финансијских средстава у припреми, изради и реализацији усвојеног здравственог програма.

Облици економске евалуације у здравственој заштити

Облици економске евалуације огледају се у једном броју економских анализа помоћу којих се долази до жељених резултата о томе колика су средства и како уложена, какви су резултати постигнути и сл.

Анализа трошкова и добити (Cost benefit analysis)

Анализа трошкова и користи, како јој име каже, бави се израчунавањем користи од појединих здравствених програма у односу на трошкове уложене за реализацију тог програма. Овај метод анализе има за циљ да придобије надлежне државне органе и фондове здравственог осигурања

да учествују у финансирању појединих програма за које се претпоставља да ће добит на здравственој заштити бити адекватна уложеним средствима, односно да ће реализација програма коштати знатно мање од стихијског одвијања рада на решавању идентификованих здравствених проблема.

Анализа трошкова и користи (добити) примењује се у многим областима друштвене активности, успешније и у дужем периоду, бар када је у питању примена у економски напреднијим земљама.

Када се утврди програм за решавање одређеног здравственог проблема, на основу медицинске науке и праксе, поставља се питање да ли тако утврђени програм може да се реализује и да да боље економске ефекте од неких алтернативних могућности (програма), који имају исти циљ. Настоји се да се оцени који ће програм, уз иста улагања, дати повољније ефекте, односно очекиване ефекте, уз ниже трошкове.

У условима ограничених финансијских средстава настоји се да се постигну што бољи резултати реализацијом циљева и задатака из програма, као и да се донесе одлука чему ће се дати предност. Наравно, код оцене приоритета и могућих користи не може се доносити оцена искључиво само економским мерилима. Економика здравствене заштите је уско повезана са стручњацима социјалне медицине, који својим учешћем оцењују и социјалномедицинске користи од усвојеног програма. Долази се до комбинације социјалномедицинских и економских предности. С обзиром на карактер заштите, не могу увек бити доминантни економски ефекти програма.

Анализу коштања и добити у здравству треба примењивати и на основу ње доносити оцене уз велике резерве и предострожности у оцени. Првенствено због тога што се улагање у програм (input) може прецизно утврдити, док је случај оцењивања добити (исхода), односно резултата од реализованог програма, врло тешко оценити и изразити

финансијски. Поставља се питање да ли се и у којој мери резултати програма могу оценити и исказати финансијски, а да се не оспоре медицинске и етичке норме у начину оцењивања реализованог програма. Зато економисти треба да воде рачуна да се резултати (добит) реализације једног програма финансијски квантификују само у случајевима када је то могуће.

Питање избора приоритета у потребама на здравственој заштити и њихово што економичније решавање поставља се све актуелније, поготову ако се повећава раскорак између потреба и расположивих могућности за њихово задовољење. У том смислу, једнако су заинтересовани и даваоци и корисници здравствених услуга за што ефикасније коришћење расположивих ресурса.

Задатак је економике здравствене заштите да оцени најекономичније начине решавања (задовољења) здравствених потреба, применом принципа планирања у изради програма и метода економске евалуације трошкова и очекиваих економских и здравствених користи реализацијом једног програма.

Анализа односа трошкова и добити је покушај да се на студиозан начин оцени (утврди) однос између уложених финансијских средстава и очекиване добити. Добит се исказује у новчаној вредности, ако је то могуће, или у виду користи у побољшању здравственог стања или као елиминација трошкова као последица постојања одређених болести.

Анализа односа трошкова и ефеката (Cost effectiveness analysis)

Док се анализом трошкова и користи жели утврдити економичност и економска прихватљивост једног здравственог програма, у смислу утврђивања приоритета у здравственој заштити, дотле се анализом трошкова и ефеката обезбеђују оцене о избору најприхватљивијих метода и здравствених мера за постизање пре-

двигнутих циљева из усвојеног здравственог програма. То подразумева оцену алтернативних могућности и мера за постизање програмских циљева, уз што мање трошкове и уз што рационалније ангажовање укупних ресурса у здравству.

Узмимо као пример „Програм за смањење кардиоваскуларних и других масовних незаразних болести“, који има за циљ постизање што већих ефеката са расположивим средствима, што је у зависности од тога да ли су правилно утврђени фактори ризика: пушење, висок крвни притисак, вишак телесне тежине и сл., као и од тога да ли су одређене најпогодније организационе и медицинске методе за сузбијање наведених фактора ризика који изазивају оболевања уз велике економске и социјалне губитке.

Након квантификације трошкова и ефеката, и оцене о томе којим се мерама може постићи предвиђени циљ са минимумом трошкова, доноси се одлука о алокацији ресурса потребних за реализацију усвојеног здравственог програма.

Анализа трошкова и ефеката слична је анализи трошкова и добити, с тим што анализа трошкова и добити настоји да утврди економске предности и уштеде у реализацији једног програма, док се анализом трошкова и ефеката настоји да се одаберу медицинске мере и технике које ће дати најбоље резултате реализацијом усвојеног програма. У том смислу, економисти треба да остваре пуну сарадњу са стручњацима социјалне медицине, а по потреби и са другим медицинским струкама.

Ова анализа се користи само за израчунавање директних трошкова насталих ради реализације усвојеног здравственог програма. Анализира се цена програма (директни трошкови) и ефективност програма за период за који је предвиђено извршење програма.

Ефективност једног здравственог програма цени се не по утрошеним средствима,

већ по томе како су и у којој мери остварени постављени циљеви на здравственој заштити становништва.

Cost effectiveness analysis користи се често у случајевима када се кроз анализу трошкова и користи не може прецизно утврдити постигнута корист у побољшању здравственог стања становништва у елиминацији одређених здравствених проблема, па се у том случају оцењује износ директних трошкова за реализацију одређеног здравственог програма. Другим речима, оцењује се финансијска исплативност једног програма.

Да би разликовали улогу и значај ових анализа, које су доста сличне, треба рећи да је:

- *ефикасност* однос између резултата (output-a) и средства (input) која смо уложили са циљем да се програм реализује са што мање ангажовања свих расположивих ресурса и време ангажовања на остварењу програма, док је:
- *ефективност* оцена користи од реализованог програма у односу на ангажоване ресурсе.

Примена анализе односа трошкова и ефеката у реализацији здравственог програма

Свака политика, у складу са циљевима које треба постићи на здравственој заштити становништва, захтева њено уобличавање у акт за извођење, а то је планирање, односно програмирање здравствене заштите.

Да би се оствариле активности које треба предузети у правцу остварења предвиђених циљева, потребно је сагледати начин остварења активности из предвиђеног програма. Начин припреме програма и мере за његово остваривање представљају стратегију за извођење предвиђеног здравственог програма.

Планирани обим заштите ради остварења предвиђених циљева захтева економске, кадровске и организационе способности. У

том циљу, примењују се методе економске анализе, а једна од њих је, као што је наведено, анализа односа трошкова и ефеката (*Cost utility analysis*). Ова анализа се примењује да би се дошло до одговора, када је то могуће, који су најнижи трошкови (издаци) са којима се може реализовати одређени здравствени програм. Економски разлози захтевају, како у погледу финансирања здравственог програма, тако и у свим деловима (активносима) на пружању здравствене заштите, да се те активности остварују и то рационалним располагањем финансијским средствима, као и свим ресурсима здравствене заштите.

За оцену успешности и оцену потребних трошкова за реализацију једног здравственог програма, често се користе економске анализе, а најчешће анализа трошкова и ефеката. Ова анализа се примењује у оцени трошкова потребних за реализацију конкретног програма, или више програма, и да се из анализе потребних трошкова и предвиђених мера рационализације одреди који циљеви и програми здравствене заштите имају приоритет у реализацији. Том приликом узимају се у обзир и оцењују све врсте *input*-а који утичу на висину трошкова и све врсте *output*-а који омогућавају реализацију програма и његових циљева на побољшању здравственог стања становништва региона, дела популације, или читаве популације.

Крајњи циљ анализе трошкова и ефеката је да се оцени који расходи су неопходни и који се здравствени циљеви остварују (постигу) са оцењеним расходима, упоређујући *output* са вредношћу *input*-а. У овој анализи, када се процењују трошкови потребни за реализацију здравственог програма (*input*) узимају се тржишне цене роба и услуга које се троше у извођењу здравственог програма.

Израчунавање (утврђивање) ефеката на основу ове анализе није нимало лако ни једноставно, када је у питању оцењивање ефеката од реализације једног програма.

Пре свега зато што се здравствена активност често мора одвијати независно од економске ефикасности, због тога је њено деловање и употреба ограничена. Поред тога, тешко је прецизно утврдити и јасно дефинисати ефекте реализације програма, јер се ефекти побољшања здравственог стања тешко могу измерити. Довољно је ако је програм успешно реализован и ако су постављени циљеви на здравственој заштити становништва постигнути на начин и у обиму како је то програмом предвиђено.

Код ове анализе веома је важно планирати и водити рачуна о расходима за реализацију програма, стим да ови трошкови буду стварно потребни за успешно остварење програма и за постизање планираних здравствених циљева. Због ове специфичности, примена анализе трошкова и ефеката у планирању и процени трошкова и резултата програма је веома ограничена, јер је у здравственој заштити веома тешко утврдити стварне ефекте једног здравственог програма, а нарочито економске. Зато је ова анализа често веома потребна, али тешко изводљива, као и што је некада лако изводљива, али у тим случајевима није и неопходна.

Анализа односа трошкова и користи (Cost utility analysis)

Економска анализа трошкова и користи (*Cost utility analysis*) јесте анализа која нема за циљ да искаже новчане користи од реализације једног програма, јер је то врло често и немогуће. У овој анализи прибегава се оцени исхода (резултата улагања) у виду појединих користи: побољшање хигијенских услова живота и рада, побољшање социјалних услова живота, а тиме и квалитета животних услова (*Quality Adjusted Life Years -QALYs*).

Анализа минимизације трошкова (Cost Minimalisation Analysis)

Као метода економске евалуације полази од претпоставке да су ефекти две интервенције, услуге или програма исти, па се

онда пореде трошкови њиховог извођења и тражи се јефтинија алтернатива (Drummond, Stoddart, Torrance, 1990).

Ако се процени да су ефекти два програма једнаки под истим условима извођења, доноси се одлука о прихватању програма који захтева ниже трошкове реализације.

Опортунитетни трошкови или најповољнија варијанта цене коштања (opportunity cost)

У оквиру анализе трошкова, поред напред наведене, помињу се и опортунитетни или алтернативни трошкови. Опортунитетни или алтернативни трошкови се разликују по томе што нису стварни, односно реализовани трошкови, као све друге врсте трошкова у пружању здравствене заштите.

Трошкове (буџет) једног програма треба упоредити са процењеним трошковима другог здравственог програма и на основу тога донети одлуку који се програм може остварити са мање трошкова, или у краћем року и донети већи резултат на пољу здравствене заштите. У питању је оцена о томе у који програм треба улагати средства.

Опортунитетни или алтернативни трошкови, као метод процењивања и доношења најрационалније одлуке, заступљени су скоро у свим делатностима и на свим нивоима одлучивања. Једна општина, град или регион може се наћи у потреби да изгради болницу или дом здравља, а истовремено има акутну потребу да сагради мост, или неки производни објекат. У ситуацији кад нема средстава за све потребе, надлежни органи ће процењивати трошкове за обе инвестиције и вагати за коју ће се инвестицију одличити, имајући у виду рок изградње, уштеде у трошковима и изградњу оног објекта који ће за најкраће време и на најбољи начин задовољити потребе становништва и дати му приоритет у изградњи.

Суштина ове методе је упоредити потребе и процењене трошкове и користи, које се очекују од предвиђене изградње

и какве се уштеде могу остварити. Ова анализа омогућује доношење глобалних одлука о потреби развоја и о приоритетима у задовољењу појединих потреба. Такве одлуке доносе:

- када су у питању оцене између два програма из области здравствене заштите, органи здравствене заштите надлежни за усвајање и финансирање тако усвојеног програма,
- када су у питању програми изван здравствене делатности, одлуке доносе изабрани представници становника (посланици) у скупштинама општина, покрајина или Републике.

При томе посланици су дужни да поштују мишљење и препоруке стручњака, који су на основу стручно научних мишљења, предложили приоритете, али исто тако морају да поштују и вољу и мишљење бирача, који кроз доприносе и порезе обезбеђују средства за финансирање једног или другог програма.

Због карактера проблема, интереса и могућности за решавање констатованих потреба, а и користи од предвиђених активности, ови трошкови се називају још и алтернативни трошкови.

Буџет – буџетско финансирање програма

Буџет је метод утврђивања предрачуна потребних финансијских средстава или финансисјки план за извршавање одређеног здравственог програма, односно планираних здравствених активности.

Средства из буџета за потребе здравствене заштите обезбеђују се и односе се на територију за коју је сачињен програм, што може бити Република, покрајина, регион или општина, који се даље разрађује и реализује кроз планове рада појединих здравствених установа.

Ако је у питању финансирање програма из буџета, а који је од националног значаја, средства треба да обезбеди Република у

свом буџету и да тако реализује обавезе из усвојеног програма, којим се остварује заштита од општег интереса, а која је у надлежности Републике.

Ефективност – effectiveness

Ефективност је метод којим се одређује постизање одређеног циља са уложеним средствима у остварењу једног програма здравствене заштите. Ово подразумева мерење ефеката – резултата на сузбијању (смањењу) једног здравственог проблема и ефекат на побољшању здравственог стања становништва. „Резултати постигнути применом неке медицинске технологије у нормалним, свакодневним условима од стране просечног лекара практичара и за просечног пацијента“ (WHO, 1981).

Ефективност представља способност (могућност) здравствене установе да прибави неопходне ресурсе и да их употреби што ефикасније за остварење планираних (уговорених) циљева на здравственој заштити становништва.

Ефикасност

Ефикасност представља однос резултата рада једне здравствене установе (output) и уложених средстава (input) који су били неопходни за остварење планиране (уговорене) здравствене заштите. Основни показатељи ефикасности су:

- продуктивност, односно корисност,
- рентабилност, односно делотворност и
- економичност у раду и располагању ресурсима.

Ефекат – effect

Ефекат једног програма представља мерљив резултат на побољшању здравствене заштите, као последица остварења циљева из здравственог програма. На пример: извођењем одређеног програма смањена је смртност одојчади, смањена је стопа морбидитета, морталитета и сл. „Ефекат неке активности, тј. крајњи резултат у односу на

постављене циљеве унутар ограничених услова за њихову реализацију” (WHO, 1988).

Бенефит – добит

„Зарада, односно добит, материјалне или друге природе коју ствара појединац или заједница. У методама економске евалуације то је укупна добит одређеног програма, терапијског поступка, третмана или превентивне активности, пре него што су трошкови узети у обзир, изражена у новчаним јединицама или ако то није могуће, а врло често није, онда у физичким јединицама, односно у квалитетним годинама живота” (Drummond, Staddart, Torrance, 1990).

Стандарди, норме и нормативи

Стандарди, норме и нормативи, као инструменти планирања и мерења резултата рада, могу се користити тамо где је то применљиво у области здравствене заштите. На пример:

- Стандард здравствене заштите деце и омладине. То може да подразумева да сва деца и омладина буду обухваћени превентивном и куративном заштитом на одређеном подручју које покрива тачно задужена здравствена установа из прве линије заштите.
- Да би се обезбедио жељени (усвојени) стандард заштите, потребно је утврдити норму потребних кадрова за постизање предвиђеног стандарда заштите. То значи да треба утврдити неопходни број здравствених и других радника у односу на утврђени број деце и омладине. Норме кадрова треба утврђивати, на пример на 1.000 деце, односно корисника, у зависности од узраста. Том приликом треба имати податке о броју предшколске, школске деце и омладине, с обзиром на то да се и структура медицинског кадра планира (образује) у складу са обимом и врстом здравствене заштите ове популације, која је специфична.

Додатни елементи код утврђивања нормe кадрова који могу да буду од значаја су саобраћајне, епидемиолошке и материјалне прилике становника, начин и квалитет исхране, здравствено стање, ниво опште и здравствене културе и сл.

- Норматив је мера о планираном учинку једног радника на одређено време. На пример: број прегледа лекара на сат, на дан и сл., број посета патронажне сестре на дан, број кућних прегледа лекара на дан, и сл. Наравно, утврђивање нормe и норматива у здравственој делатности је веома осетљив проблем, због деликатности самог рада на пружају заштите.

И нормe и нормативи рада су често узети као оријентација за планирање и поређење резултатарада појединих тимова, појединаца у једној здравственој установи, или између сродних здравствених установа. На основу тога могу се извучити оријентациони закључци и оцене о ефикасности у раду и постизању предвиђеног стандарда здравствене заштите.

У току планског периода, односно у току реализације програма, може се констатовати да су нормe превисоко одређене, или обратно, и да постоји могућност да се са истим (расположивим – планираним) кадром и средствима и у краћем року и ефикасније остварује предвиђени стандард заштите.

Планирани стандард здравствене заштите (планирани и остварени), нормe кадрова и нормативи рада, у зависности од квалитета процене о реалности и изводљивости, као и нормативи утрошака рада, материјала и финансијских средстава, могу да буду добра основа за оцену нивоа организованости, обезбеђености становништва здравственом заштитом, као и о квалитету саме заштите.

Наведена помоћна средства планирања и мерења резултата рада – стандарди, нормe и нормативи – не могу се обавезно примењивати у свим сегментима организовања и пружања здравствене заштите, због тога

што не могу да се прецизно квантификују и што често нису мерљиви у оперативном процесу планирања и извођења програма.

ЕКСТЕРНЕ УПОРЕДНЕ АНАЛИЗЕ РАДА И РЕЗУЛТАТА РАДА И ПОДАЦИ НА КОЈИМА СЕ ОНЕ ЗАСНИВАЈУ

Улога и значај екстерних упоредних анализа

Поред примене метода економске евалуације рада и резултата здравствених установа, о којима је било речи, од велике користи могу да буду и такозване „екстерне упоредне анализе“, које се заснивају на поређењу једнообразних показатеља резултата рада по врстама установа на једном подручју или за Републику у целини.

Оцењивање услова у којима једна установа пружа заштиту, остварује резултате, са каквим средствима, начин коришћења расположивих ресурса и др. биће све актуелније, с обзиром на то да ће све шире бити заступљена примена економских принципа у организовању, пружању и финансирању здравствене заштите и здравственог осигурања. Оцена о резултатима једне здравствене установе, у оквиру групе установа исте врсте, треба да утиче на унапређење материјалне и организационе способности да са расположивим ресурсима постижу већу ефикасност и економичније располагање средствима. У том смислу, свака здравствена установа може да оцени квалитет свога рада у односу на остале установе, под условом да су сви показатељи екстерних анализа из истородних установа и исказани (израчунати) на бази јединствених података. На тај начин, екстерне упоредне анализе могу да пруже свакој здравственој установи најмање следеће информације:

- ниво и квалитет својих резултата у поређењу са резултатима појединих здравствених установа исте врсте;

- упоређивање сопствених са просечним резултатима истородних здравствених установа;
- упоређивање сопствених са максималним (најбољим) резултатима установа исте врсте;
- упоређивање сопствених са минималним (најслабијим) резултатима установа исте врсте.

На овакав начин, свака здравствена установа може да сагледа своје резултате на широј основи, као услов за њихово прецизније оцењивање.

Установе које утврде да имају негативне резултате у односу на друге установе, или у односу на просечне вредности групе, треба брижљиво и свестрано да анализирају узроке таквих резултата и да утврде мере за отклањање недовољне ефикасности у раду на пружању заштите. Овим путем свака установа може да утврди прецизније у чему заостаје у односу на друге установе исте врсте и због чега, који су најважнији проблеми установе итд.

Улога и употреба јединствених показатеља у примени упоредних екстерних анализа

Битне карактеристике и садржај екстерних анализа захтевају да се подаци појединачних установа групишу по врстама установа којој припадају, да се упоређују на бази јединствено одређених и садржајно добро конципираних показатеља, како би се обезбедио високо стручни ниво исказивања, упоређивања и оцењивања постигнутих резултата.

Садржај показатеља може да буде веома широк и да обухвата здравствене, демографске, епидемиолошке, еколошке и сл., као и економске показатеље, који ће омогућити поређење ефикасности, економичности и рационалности сваке појединачне установе у односу на установе исте врсте. Наравно, показатеље треба садржински одабрати и прилагодити карактеру делатности уста-

нова на које ће се примењивати и на основу којих ће се доносити оцене.

На основу налаза из екстерних анализа свака здравствена установа појединачно може да утврди:

- у чему предњачи у односу на друге установе исте врсте и захваљујући чему;
- у чему заостаје у односу на друге установе исте врсте и због чега;
- који су најважнији проблеми установе у пружању заштите.

За упоредне екстерне анализе битно је да се здравствене установе, односно показатељи на основу којих ће се вршити поређење, групишу у складу са Законом о здравственој заштити и са прописима у складу са овим законом.

Применом метода економске евалуације резултата рада једне установе остварујемо услове за оцену квалитета економике пословања дотичне установе.

Применом екстерних упоредних анализа, пружа се могућност да се тако оцењени резултати појединачних установа, упоређују са више установа исте врсте, чиме се добија одређенија слика о квалитету рада и коришћења расположивих средстава здравствених установа.

О САВРЕМЕНОМ МЕНАЏМЕНТУ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ И О ПРОФИЛУ КАДРОВА ЗА ПОТРЕБЕ МЕНАЏМЕНТА

Децентрализација целокупног административног и економског система, која је у току, састоји се у постепеној транзицији са централизоване, или делимично централизоване економије, ка стварању услова за прелаз на тржишну економију. Тај процес дотиче и здравствене установе и фондове здравственог осигурања, с обзиром на то да су социјално-економски развој и здравствена заштита уско повезани и условљени.

То налаже промене у организацији, обезбеђивању и финансирању здравствене заштите, као и руковођењу здравственим установама и у реализацији здравствених програма.

Деценијама је негован и примењиван административно-бирокуратски начин управљања здравственим установама. Место управника (директора) заузимали су људи без посебног образовања за руковођење, што се баш није ни захтевало од стране овлашћених органа и постојећих прописа. При томе постојало је скоро правило да се на челу здравствене установе, са значајним изузецима, обавезно налази здравствени радник, по логици, ако је то здравствена установа, њом треба да руководи здравствени радник (лекар, стоматолог, фармацеут).

Унапређење система налаже и квалитетне промене у политици здравствене заштите. При томе је неопходно обезбедити:

- стално унапређивање организације рада здравствених установа и непрекидно побољшање квалитета здравствене заштите становништва,
- транспарентност свих нивоа организације, пружања и финансирања здравствених услуга и
- превенцију, очување и унапређење здравственог стања становништва.

Побољшање здравља мора бити основни циљ здравствене политике и кроз одређена документа и законска решења она ће у том смислу и бити дефинисана и прописана. Здравствена заштита и социјално-економски развој су међусобно зависни. Од економског развоја зависи и развој здравствене службе и унапређење здравствене заштите становништва. Квалитетним радом здравствена служба индиректно доприноси повећању производности рада и добити у целини. Успешно одвијање ове зависности треба да се одрази и на постепено (одговарајуће) повећање нацио-

налног богатства, из којег ће се издвајати средства за заштиту здравља становништва.

Политика здравствене заштите мора да садржи и мере за њену реализацију. Једна од мера (услова) за доследно и рационално обезбеђивање и финансирање здравствене заштите јесте савремено управљање здравственим установама. У том циљу веома је важно утврђивање и примена одговарајућих управљачких вештина и мера у области планирања активности здравствених установа у успостављању савремене организације и поделе рада.

Савремена организација и управљање здравственим установама мора да уважава принципе микроекономске равнотеже, прилагођене специфичностима ове делатности. Деловање тржишта мора да буде контролисано и усмеравано са циљем да се обезбеди само позитивни утицај тржишта на рад и трошкове здравствене заштите. Односи здравствених установа и корисника њихових услуга, првенствено фондова здравственог осигурања, засновани на прецизним и стимулативним облицима плаћања, утицаће на економску заинтересованост и на економичност у располагању финансијским средствима, како од стране запослених у здравственим установама, тако и од стране представника фондова обавезног здравственог осигурања. Ови фондови нису прости дистрибутери средстава која уплаћују запослени за своју здравствену заштиту. Запослени (осигураници) ће бити много више заинтересовани за транспарентно понашање и располагање средствима, као и за квалитет заштите коју им пружају надлежне установе. Интерес корисника здравствених услуга све више се дефинише и изражава као захтев да се са што мање доприноса обезбеди здравствена заштита у оквиру осигураних права код фонда здравственог осигурања, или да се са истим (расположивим) средствима, мерама квалитетног менаџмента обезбеди могући максимум заштите и у обиму и у квалитету.

У том циљу, менаџмент у здравственим установама мора имати у виду и став (захтев) Светске банке за обнову и развој (EBRD) да се са мање трошкова постигну што већи резултати, што у оригиналној верзији гласи „са мање постићи што више“ (doing more with less).

Примењено на услове здравствене заштите значи следеће:

- са постојећим капацитетима и финансијским средствима обезбедити што већи и квалитетнији обим здравствене заштите у државном сектору, или
- са мањим средствима од расположивих обезбедити достигнути обим и квалитет здравствене заштите.

Улога менаџмента, када је у питању повећање ефикасности и рационалности у пружању и финансирању здравствене заштите, садржана је и у захтеву Међународног монетарног фонда (ММФ) да се обезбеди „вредност за уложена средства“ или (value for money).

Овај захтев, поред мера штедње и рационализације, може се ефикасније остваривати и кроз облике уговорних односа између здравствених установа и фондова здравственог осигурања као највећих корисника услуга здравствених установа.

Једна од обавеза менаџера у државној здравственој установи је да омогући уравнотежено финансијско стање и пословање установе којом руководи, да предузима мере економичности у раду и располагању финансијским средствима, да брине о искоришћености капацитета у целини, посебно скупе медицинске опреме, да прати ефикасност и продуктивност (делотворност) рада запослених, да обезбеди уредно функционисање набавне и финансијске службе, службе хигијене и одржавања итд.

Када је у питању профил (врста образовања) менаџера једне здравствене установе у државном сектору, треба да буде образован специфично за овај део управљачких способности, који ће бити

у стању да одговори савременим захтевима руковођења, са циљем да испуни предвиђене циљеве и приоритете здравствене политике. Такве кадрове ми немамо, или их има врло мало. Због тога се и предвиђа посебно оспособљавање кроз редовно или додатно образовање стручњака одређених професија, који могу успешно руководити једном здравственом установом у измењеним околностима и захтевима.

Ако је на челу једне установе менаџер са економским или правним образовањем, или стручњак организације рада, или специфично школовани менаџер, медицинским делом активности треба да руководи лице одговарајуће гране медицине, односно стоматолог, или фармацеут, самостално са својим тимом у складу са правилима и обавезама у лечењу пацијената. Та лица су потпуно растерећена свих проблема уско менаџерских.

Менаџер (управник) здравствене установе са својим тимом, а у сарадњи са медицинским и другим професионалним кадровима, и ускладу са обимом квалитетом заштите, која је предмет уговарања, треба да предвиди све потребе здравствене установе и да сачини буџет прихода и расхода за годину за коју се договор закључује. Тај буџет треба да буде прецизан, реалан и транспарентан, с обзиром на то да ће се евалуација његове примене вршити у току целе године. То је предуслов за обезбеђење одрживих финансијских и других потреба за успешно испуњење обавеза у обезбеђивању уговорене здравствене заштите становништва. Само ефикасна и ефективна здравствена заштита омогућује унапређење здравља становништва, што је и најбољи начин доприноса здравствене службе унапређењу социјално-економског развоја у целини.

Менаџер приватне здравствене установе настојаће првенствено да обезбеди максимално могући профит за установу којом руководи. Он такође мора да се бори за квалитет заштите, без обзира што у при-

ватном сектору здравствених установа закони тржишта делују у пуној мери.

Менаџмент, као посебна грана економије, захтева посебно образовање кадрова, које је код нас врло актуелно и потребно.

ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ ИЗМЕЂУ ЕТИКЕ И ДОБИТИ

Здравствена заштита народа је неопходна и трајна потреба и право свих категорија становништва. Због тога је Уставом Републике Србије означена као „заштита од посебног друштвеног интереса“.

Промене у патологији становништва и у погоршању здравственог стања догађају се постепено и на први поглед неприметно. Међутим, опоравак и унапређење здравља становништва је врло дуг и скуп процес. Пораст броја оболелих од туберкулозе, пораст малигних обољења, неурозе, прених и паразитарних болести, масовне незаразне болести и др. наговештавају лоше прогнозе и перспективу здравственог стања читаве популације Србије.

У Србији постоје здравствени капацитети у државном сектору, и све више у приватној пракси, довољни да обезбеде загарантовану заштиту становништва, а и знатно више од тога. Већ низ година за такав обим заштите нема довољно финансијских средстава. Међутим, минимум заштите прокламован у виду „обавезног здравственог осигурања“ и „друштвене бриге за здравље“ на нивоу Републике, покрајине, града и општине мора се обезбедити.

Решавање нагомиланих проблема, у овом веома важном сегменту људских права и потреба, мора се уврстити у политичке, социјалне и економске приоритете. У том циљу, неопходно је стално унапређивати систем организације и рада здравствене службе државног сектора и здравственог осигурања у циљу очувања и унапређења биолошке равнотеже становништва, у чему пресудну улогу има добро организована, ефикасна и економична здравствена заштита.

У циљу стварања предуслова за пружање ефикасније и квалитетније заштите, потребно је капацитете државног сектора службе унапређивати у складу са потребама и нивоима заштите коју те установе обезбеђују.

Када не постоји макроекономска равнотежа између потреба и могућности у здравственој заштити и када се дебаланс одражава као недостатак средстава за финансирање потребног обима заштите, тада се запослени у здравственим установама, у обезбеђењу средстава за рад и егзистенцију, налазе у раскораку између етике и зарада. С обзиром на то да се људи најчешће понашају у складу са сопственим интересима, у овом случају често попушта етика са свим њеним последицама.

У том смислу Закон о здравственој заштити је предвидео да се оснује: Етички одбор (чл. 147.) као: „Стручно тело које прати пружање и спровођење здравствене заштите на начелима професионалне етике. Директор здравствене установе именује Етички одбор на предлог стручног савета. Чланови Етичког одбора именују се из реда запослених здравствених радника у здравственој установи и грађана са завршеним правним факултетом који живе или раде на територији за коју је здравствена установа основана. Број чланова Етичког одбора уређује се Статутом здравствене установе“.

Етички одбор Србије (чл. 156) као: „Стручно тело које се стара о пружању и спровођењу здравствене заштите на нивоу републике, на начелима професионалне етике. Влада именује и разрешава председника и чланове Етичког одбора Србије, на предлог министра. Мандат чланова Етичког одбора Србије траје 5 година. Етички одбор Србије има 9 чланова који се бирају из реда истакнутих стручњака који имају значајне резултате у раду, као и доприносе у области здравствене заштите, професионалне етике здравствених радника и хуманитарних наука“.

ЛИТЕРАТУРА

1. Робинсон Ц.: Економска филозофија. Издавачко-истраживачки центар ССО Србије, Београд, 1981.
2. Косановић Р.: Речник термина из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Обележја, Београд, 2007.
3. Keith Bernard: Conflicts in national health services. CROOM HELM – London, 1977.
4. Чолак З.: Економика здравствене заштите. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2003.
5. Мићовић П.: Здравствени менаџмент. Комора здравствених установа Србије, Београд, 2008.
6. Економска и пословна енциклопедија. I и II том, Савремена администрација, Београд, 1994.
7. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press, Oxford, 1990.
8. Атанасковић Н.: Финансијски аспекти и импликације постојећег модела организације здравственог система. Здравствена заштита, 2010; 1.
9. Економски речник. Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду, 2006.
10. Републички фонд за здравствено осигурање: Стратегија развоја здравственог осигурања у Србији. Београд, 2013.

Контакт: Драган Младеновић, dipl.еес.