ANALIZA TROŠKOVA U DOMOVIMA ZDRAVLJA PRIMENOM „STEP DOWN“ METODOLOGIJE

KORESPONDENT

SLAVIŠA MATEJIĆ

Medicinski fakultet Priština sa sedištem u Kosovskoj Mitrovici, Srbija

✉ matejic.slavisa@gmail.com

AUTORI

Matejić S.
Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini sa sedištem u Kosovskoj Mitrovici

SAŽETAK

Reforma zdravstvenog sistema podrazumeva prihvatanje inovacija u upravljanju finansijama zdravstvene ustanove. Uspešna promena načina finansiranja zdravstvene zaštite zahteva prethodnu analizu troškova i aktivnosti zdravstvenih ustanova. U radu je izvedena uporedna analiza troškova 27 domova zdravlja primenom inovativnog tabelarnog sistema za analizu i kontrolu troškova korišćenjem „Step Down“ metodologije. Dobijeni rezultati pokazuju da: Dominantni trošak za lična primanja, prosečno oko 80%, ne zavisi od veličine doma zdravlja; Evidentne razlike u procentnim vrednostima troškova za lekove, medicinski potrošni materijal, dijagnostičke službe; Postoji evidentna razlika procentne vrednosti troškova tehničkog održavanja kao posledica neujednačenog procenta broja zaposlenih nemedicinskih radnika, razlika u infrastrukturnoj organizaciji, razlika u stanju i vrsti opreme, razlika u načinu grejanja prostora i vrsti goriva za grejanje, obaveze prevoza bolesnika i specifičnost službe kućnog lečenja i polivalentne patronaže; Postoji velika razlika u troškovima po uprosečenom ambulantnom pregledu, kao posledica neujednačenog broj izvršenih usluga. Osnovni zaključak urađene analize ukazuje na činjenjicu da je u uslovima prikazane neujednačenosti troškova problematično primeniti sistem finansiranja kapitacijom.

Ključne reči: Reforma, finansiranje, „Step Down“, troškovi, kapitacija

UVOD

Reforma zdravstvenog sistema, usmerena ka poboljšanju performansi sistema, želi da postigne četiri opšta cilja: poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva; smanjenje troškova putem porasta efikasnosti pružanja zdravstvene zaštite; povećanje pacijentovog zadovoljstva kao dimenzije kvaliteta i povećanje mogućnosti izbora za korisnike i davaoce usluga.

Uspešno postizanje ovih ciljeva podrazumeva generisanje i prihvatanje inovacije u svim aspektima zdravstvenog sistema. Inovacije su motorna snaga pozitivnih promena u zdravstvenoj zaštiti. Međutim, kada govorimo o potrebi za inovativnim pristupom u oblasti zdravstvene zaštite, tu ne mislimo samo na proces lečenja bolesti nego i na druge procese koji omogućavaju funkcionisanje zdravstvenog sistema. Jedan od procesa koji može da bude unapređen inovativnim pristupom je proces upravljanja finansijama zdravstvene ustanove.

Sadašnja organizacija upravljanja zdravstvenim ustanovama u Srbiji, u kojima rukovodeće pozicije najčešće zauzimaju lekari, predstavlja otežavajuću okolnost u procesu upravljanja finansiijama zato što lekari tokom svog obrazovanja nisu bili u prilici da nauče osnove finansijskog poslovanja. Zbog toga je upravljanje finansijama u zdravstvenim ustanovama najčešće prepušteno rukovodiocu finansijske službe koji upravljanje finansijama svodi na zakonom propisano finansijsko izveštavanje. Ovakav način izveštavanja nije menadžerski orijentisan zato što njegovo tumačenje iziskuje specijalizovano ekonomsko znanje. Posebno nije upotrebljiv za rukovodioce lekare koji najčešće imaju previše obaveza i ne mogu da se posvete učenju analize finansijskog poslovanja ustanove.

Upravljanje finansijama u zdravstvenim ustanovama u Srbiji u uslovima ograničenog priliva sredstava zahteva novi menadžerski pristup koji podrazumeva da generalni direktor mora da poseduje „finansijsku pismenost“ koja će mu omogućiti da upravlja finansijama u pravom smislu te reči, primenom menadžerskih alata koji omogućavaju analizu, planiranje i kontrolu finansija na brz i jednostavan način. U ovom radu prikazan je inovativni pristup u upravljanju finansijama doma zdravlja primenom tabelarnog sistema za analizu i kontrolu troškova.

CILJ RADA

Glavni cilj: Uraditi uporednu analizu troškova u izabranim domovima zdravlja primenom inovativnog tabelarnog sistema za analizu i kontrolu troškova koji je osmišljen korišćenjem unificirane i međunarodno priznate „Step Down“ metodologije.

Sporedni ciljevi:

- Provera funkcionalnosti i svrsishodnosti tabelarnog sistema, menadžerskog alata, za analizu i kontrolu troškova
- Analiza mogućeg uticaja neujednačenosti troškova na reformu načina finansiranja primarne zdravstvene zaštite.

MATERIJAL I METODE

Metodom rada biće opisani:

1. Predmet ispitivanja: Ustanove primarne zdravstvene zaštite, domovi zdravlja.
2. Vreme i mesto istraživanja: Istraživanje je rađeno tokom 2012 i 2013 godine u 27 domova zdravlja na čitavoj teritoriji Republike Srbije. Domovi zdravlja uključeni u analizu po veličini i organizacionoj strukturi predstavljaju karakteristične ustanove primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenom sistemu Republike Srbije.
3. Podaci u istraživanju koji se prate su: troškovi u ispitivanim domovima zdravlja sistematizovani „Step Down“ metodologijom na nivou jedne godine.

"STEP DOWN" METODOLOGIJA

Sistematizuje troškove integracijom direktnih i indirektnih troškova primenom ključa za preraspodelu troška. Direktni troškovi su oni koji mogu da se direktno povežu sa objektom troška npr. zdravstvenom uslugom, dok su indirektni troškovi oni koji ne mogu da se povežu sa objektom troška.

U ustanovama zdravstvene zaštite direktni trošak predstavljaju npr. plate zaposlenih i ostala lična primanja, troškovi za lekove i medicinski materijal dok grupi indirektnih troškova pripadaju npr. troškovi za energente, vodu i komunalije.

Ključ za preraspodelu troška je karakteristična vrednost pomoću koje vršimo preraspodelu indirektnih troškova. Tako npr. ključ za preraspodelu troška može da bude broj kvadratnih metara prostora koji organizaciona jedinica koristi. Procentualni odnos ovog broja u odnosu na ukupan broj kvadratnih metara određuje osnov za preraspodelu troškova za grejanje, električnu energiju ili održavanje higijene. Osim ovoga u ustanovama zdravstvene zaštite ključ za preraspodelu troška može da bude i broj pacijenata, broj pregleda ili broj zaposlenih.

Ova metoda je međunarodno priznata i primenjuje se u savremenom upravljanju finansijama. „Step down“ metod koji smo primenili za analizu i kontrolu troškova u domovima zdravlja se standardno izučava na diplomskim akademskim - master studijama iz menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite Medicinskog fakulteta u Beogradu.

TABELARNI SISTEM

Za potrebe sistematizacije i analize troškova u domovima zdravlja napravljen je poseban tabelarni sistem „excel“ tabela. Ovaj jedinstveni sistem analize koji je po prvi put primenjen u domovima zdravlja u Srbiji omogućava sistematizaciju troškova prema organizacionim jedinicama u kojima su troškovi nastali, čime je omogućena kontrola mesta nastanka troška. Troškovi su sistematizovani prema vrsti (strukturi) troška čime se kontroliše svrha troška. Direktni i indirektni troškovi zdravstvene ustanove su sublimirani te po prvi put dobijamo vrednost ukupnog, realnog troška zdravstvene ustanove.

Veliko dostignuće ovog sistema je mogućnost istovremenog praćenje troškova i aktivnosti čime je po prvi put omogućeno realno sagledavanje produktivnosti i finansijske efikasnosti zdravstvene ustanove.

Tabelarni sistem se popunjava podacima za određeni vremenski period. Mi smo unosili podatke koji se odnose na jednu godinu ali je sistem funkcionalan i na šestomesečnom, tromesečnom ili mesečnom nivou.

Da bi smo smanjili mogućnost greške precizno smo odredili koju vrstu podataka treba upisati u svaku ćeliju. Podatke o troškovima smo definisali iz kontnog plana a podatke o aktivnostima iz obrazaca kojima domovi zdravlja redovno izveštavaju zavode za javno zdravlje i RFZO.

Osnovni principi tabelarnog sistema su jednostavnost, relevantnost i dostupnost. Navedeni principi su osnova na kojoj su napravljene tabele jer smo insistirali na tome da sistem tabela bude jednostavan i lako razumljiv da bi mogli da ga primenjuju i zaposleni koji nemaju veliko informatičko znanje. Zatim, podaci koji se koriste za dobijanje informacija moraju da budu relevantni za proces upravljanja zdravstvenom ustanovom zato što nismo želeli da tabelarni sistem, i ljude koji podatke unose, opterećujemo nepotrebnim podacima. Treći princip tabelarnog sistema insistira na tome da podaci koji se unose budu lako dostupni.

Struktura tabela – otslikava organizacionu strukturu doma zdravlja, koja je definisana u članu 4. Pravilnika o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova. S obzirom na činjenicu da u pojedinim domovima zdravlja i dalje postoje organizacione jedinice koje nisu definisane ovim pravilnikom, takve organizacione jedinice su uključene u tabelu da bi tabelarni sistem mogao da bude primenjen na sve domove zdravlja bez obzira na njihovu usklađenost sa pravilnikom.

Tabelarni sistem sadrži četiri tabele:

Tabela „Troškovi“ sadrži podatke o potrošnji organizacionih jedinica, za lična primanja, lekove, medicinski potrošni materijal, tehnički potrošni materijal, motorno gorivo, vodu, komunalne usluge, električnu energiju, grejanje, telekomunikacije, ugovorene i neugovorene troškove.

Nakon popunjavanja podataka, pregledom ove tabele dobijamo sledeće informacije:

- Direktni troškovi organizacionih jedinica, gde je ukupni trošak svake organizacione jedinice izražen kao dinarska vrednost i procenat.
- Potrošnja po grupama troškova: lična primanja, lekovi, medicinski materijal, energenti.

Tabela „Aktivnosti“ sadrži podatke o broju zaposlenih u domu zdravlja i o zdravstvenim aktivnostima (ambulantni i dijagnostičko-terapijski pregledi, porođaji i broj stacionarno lečenih) za posmatrani period. Primenjen je princip da u tabelu treba upisati sve zaposlene koje je za posmatrani period plaćao dom zdravlja bez obzira da li su u okviru ugovorenog broja ili su otsutni zbog školovanja za potrebe doma zdravlja. Takođe je primenjen princip da treba upisati sve aktivnosti (usluge) bez obzira da li su osporene odlukom RFZO. Smatramo da primenom ovih principa tabelarni sistem omogućava realniji prikaz funkcionisanja doma. zdravlja

Pregledom tabele „Aktivnosti“ možemo takođe da dobijamo informacije o broju ambulantnih pregleda po jednom lekaru na mesečnom ili dnevnom nivou. U cilju objektivnosti ultrazvučni pregledi urađeni od strane lekara organizacione jedinice ukalkulisani su u broj ambulantnih pregledna po paritetu 1:2.

Tabela „Pokretači troškova“ dobila je naslov od bukvalnog prevoda naziva „Cost Driver“ koji pretstavlja osnovu „Step Down“ metodologije. Ovakav naslov tabele delovao je zbunjuće na korisnike te je tokom rada sa domovima zdravlja prihvaćen termin „Ključ za preraspo-

delu troška“ koji mnogo preciznije objašnjava čemu ova tabela služi.

Ova tabela omogućava da se indirektni troškovi službi kliničke i nekliničke podrške preraspodele na kliničke organizacione jedinice. Na ovaj način se izračunava stvarni (ukupni) trošak kliničkih organizacionih jedinica. Preraspodela se vrši po „Step Down“ metodologiji primenom ključa za preraspodelu troška (Cost Driver). „Ključ za preraspodelu troška“ je kategorija koja je karakteristična za svaku od kliničkih organizacionih jedinica. U ovoj tabeli kao „Ključ za preraspodelu troška“ za službe kliničke podrške korišćene su vrednosti naručenog broja radioloških ekspozicija, laboratorijskih analiza i propisanih lekova za parenteralnu primenu. Za službe nekliničke podrške kao „Ključ za preraspodelu troška“ korišćeni su kvadratni metri, broj zaposlenih i broj ambulantnih pregleda.

Prvi deo tabele sadrži podatke o broju ekspozicija, laboratorijskih analiza i propisanih naloga za parenteralnu terapiju koji su naručivani od strane kliničkih organizacionih jedinica. Ovi brojevi se prevode u procente u odnosu na ukupan broj za svaku organizacinu jedinicu. Tako dobijeni procenat množi se sa ukupnim troškom organizacione jedinice za podršku i na taj način se određuje koja će vrednost troška biti dodeljena kliničkoj organizacionoj jedinici.

Drugi deo tabele koristeći isti princip ključa za preraspodelu troškova vrši automatsku preraspodelu troškova sa službi nekliničke podrške na kliničke organizacione jedinice.

Tabela „Ukupno“ sabira direktne i indirektne troškove i određuje njihov procentualni iznos. Ovako sistematizovani troškovi pretstavljaju ukupan, stvarni trošak doma zdravlja.

Koristeći ovaj podatak odredili smo koliki je trošak po zbirnom i posebnom ambulantnom pregledu za svaku organizacionu jedinicu, tako što je ukupan trošak podeljen sa brojem ambulantnih pregleda iz tabele „Aktivnosti“.

Informacije dobijene primenom tabelarnog sistema omogućile su nam:

- Izračunavanje potrošnje u organizacionim jedinicama u poređenju sa aktivnostima
- Međusobno upoređivanje organizacionih jedinica
- Izračunavanje procentnih vrednosti grupa troškova i njihov međusobni odnos
- Izračunavanje procentnih vrednosti direktnih i indirektnih troškova
- Upoređivanje troškova domova zdravlja po organizacionim jedinicama

REZULTATI

Primarna namena tabelarnog sistema za analizu i kontrolu troškova je unapređenje upravljanja finansijama doma zdravlja. Predstavljen je i primenjen funkcionalni menadžerski alat koji su uprave domova zdravlja ocenile veoma pozitivno naglašavajući njegovu funkcionalnost u svakodnevnom radu.

Zbirnom analizom tabela troškova i aktivnosti dobijeni su rezultati od važnosti za zdravstveni sistem koje prikazujemo tabelarno i grafički. U cilju korektnog odnosa prema ustanovama koje su dostavile podatke nazivi domova zdravlja su zamenjeni brojevima.

Lična primanja - maksimalne i minimalne vrednosti, mediana i standardna devijacija

Pregledom podataka u Tabeli 1 uočavamo da su procentualne vrednosti koje domovi zdravlja izdvajaju za lična primanja prilično usklađene i da je vrednost mediane 76,66 %, što je u skladu sa našim iskustvenim stavom koji smo prihvatili tokom rada sa domovima zdravlja da lična primanja i ostala lična primanja (koja nisu prikazana u ovoj tabeli), u uslovima kada nema ekstremnih troškova po drugoj osnovi, treba da budu negde oko 80% od ukupnih troškova. Imajući ovo u vidu prihvatili smo stav da kada uočimo umanjenje ovog procentualnog odnosa obavezno obratimo pažnju na procentualne vrednosti ostalih troškovnih grupa u cilju traženja ekstremnih vrednosti. Primenjujući ovaj princip više puta smo bili u prilici da menadžmentu ukažemo na postojanje ekstremnog troška u nekoj troškovnoj grupi čime smo im na jednostavnom primeru pokazali upotrebljivost tabelarnog sistema.

Lična primanja – uporedne vrednosti sa brojem stanovnika koje zbrinjava dom zdravlja (indikator veličine doma zdravlja)

Tabela 1. Poređenje procentualne vrednosti troška za lična primanja sa veličinom doma zdravlja

Dom zdravlja	Lična primanja zaposlenih (bruto)	Broj stanovnika koje zbrinjava DZ
24	66,94%	65969
5	71,52%	10775
3	71,81%	38245
16	72,77%	16377
2	73,51%	22954
13	73,55%	26924
14	73,63%	15109
26	74,57%	14823
1	75,40%	18994
18	75,43%	132621
10	76,09%	16148
7	76,47%	19561
4	76,59%	13759
20	76,73%	49043
25	77,38%	203507
9	77,52%	53000
6	78,27%	11748
11	78,42%	14001
23	79,53%	151768
15	79,84%	60006
17	79,96%	55543
22	80,86%	44470
19	81,52%	25292
21	82,74%	83022
12	83,65%	250518
8	83,67%	75466

Koristeći procentualne vrednosti ličnih primanja u Tabeli 1 smo takođe uradili poređenje sortiranih procentualnih vrednosti ličnih primanja sa veličinom doma zdravlja. Veličina doma zdravlja je posredno izvedena na osnovu broja stanovnika koje dom zdravlja zdravstveno zbrinjava. Koristili smo funkciju sortiranja procenata po veličini i uslovnog formatiranja (Conditional formatting) koja omogućava vizuelizaciju vrednosti nijansama boja.

Uočavamo da broj stanovnika koji zbrinjava dom zdravlja nema direktnog uticaja na procentualnu vrednost ličnih primanja osim u slučaju doma zdravlja broj 12

koji zbrinjava najveći broj stanovnika i ima veliki procenat izdvajanja za lična primanja.

Lična primanja – uporedne vrednosti sa procentnim odnosom broja medicinsikih radnika

Tabela 2: Poređenje procentualne vradnosti troška za lična primanja sa procentualnim vrednostima broja medicinskih radnika

Dom zdravlja	Lična primanja zaposlenih (bruto)	% medicinskog osoblja
24	66,94%	79%
5	71,52%	73%
3	71,81%	74%
16	72,77%	73%
2	73,51%	72%
13	73,55%	74%
14	73,63%	82%
26	74,57%	77%
1	75,40%	74%
18	75,43%	77%
10	76,09%	73%
7	76,47%	81%
4	76,59%	75%
20	76,73%	76%
25	77,38%	85%
9	77,52%	86%
6	78,27%	74%
11	78,42%	79%
23	79,53%	87%
15	79,84%	74%
17	79,96%	80%
22	80,86%	76%
19	81,52%	76%
21	82,74%	77%
12	83,65%	78%
8	83,67%	81%

Ovaj tabelarni prikaz (Tabela 2) odnosa procenta troška za lična primanja i procenta zaposlenih medicinskih radnika pokazuje da postoji određeni uticaj procenta zaposlenih medicinskih radnika na vrednost troška za lična primanja ali da taj odnos ne pokazuje korelaciju u svim domovima zdravlja, odnosno da postoje otstupanja. Ova odstupanja mogu da budu posledica uvećanih procentnih vrednosti ostalih troškovnih grupa (lekovi i medicinski materijal, tehnički potrošni materijal, energenti i dr).

Troškovi lekova i medicinskog potrošnog materijala i dijagnostičkih službi – maksimalne i minimalne vrednosti, mediana i standardna devijacija

U cilju jednostavnijeg tabelarnog prikaza podaci o ostalim direktnim troškovima za lečenje su sistematizovani u sledeće grupe: a) lekovi i medicinski potrošni materijal, b) troškovi dijagnostičkih službi (radiologija i laboratorija):

U Tabeli 3 uočavamo značajnu razliku između maksimalne i minimalne vrednosti za obe kategorije direktnog troška za lečenje što govori u prilog mogućem nestandardizovanom pristupu lečenju i neujednačenom korišćenju dijagnostičkih procedura. Ovu konstataciju treba uzeti sa rezervom imajući u vidu da jedino primena ABC (Activity Base Costing) metode može tačno da odredi utrošak resursa po svakom ambulantnom pregledu. Treba takođe imati u vidu da je ovaj trošak domova zdravlja u određenom procentu indukovan od strane sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite ali ne ravnomerno u svakom domu zdravlja, što takođe može da dovede do uočenih razlika.

Tabela 3. Prikaz procentualnih vrednosti troškova za lekove i medicinski potrošni materijal i troškova dijagnostike

Dom zdravlja	Lekovi i medicinski potrošni materijal	Troškovi dijagnostičkih službi
1	5,44%	8,85%
2	13,10%	11,50%
3	5,81%	5,73%
4	7,59%	9,14%
5	6,93%	8,36%
6	5,33%	8,64%
7	4,72%	8,58%
8	4,40%	7,10%
9	7,90%	8,90%
10	7,28%	3,57%
11	5,29%	9,40%
12	5,35%	9,14%
13	8,28%	7,49%
14	5,82%	3,77%
15	7,75%	8,77%
16	4,39%	6,47%
17	5,30%	9,52%
18	14,90%	8,19%
19	5,20%	8,93%
20	5,49%	7,44%
21	4,44%	4,44%
22	5,53%	7,87%
23	7,65%	10,13%
24	3,79%	9,53%
25	8,38%	9,31%
26	10,13%	10,33%
MAKSIMALNA	**14,90%**	**11,50%**
MINIMALNA	**3,79%**	**3,57%**
MEDIANA	**5,67%**	**8,70%**
St.dev.	2,63%	1,96%

Bez obzira na ograničenja koje ima „Step Down“ metodologija možemo da konstatujemo da prikazane razlike u procentualnom trošku za lekove, medicinski potrošni materijal i dijagnostičke procedure, u uslovima optimalnog broja zaposlenih, mogu da predstavljaju problem u primeni novog načina finansiranja.

Troškovi tehničkog održavanja – maksimalne i minimalne vrednosti, mediana i standardna devijacija

U Tabeli 4 uočavamo evidentnu razliku između maksimalne i minimalne vrednosti troškova tehničkog održavanja. S obzirom da su u procentualnu vrednost troškova za tehničko održavanje uključena i lična primanja nemedicinskih radnika uključenih u proces održavanja, analizirali smo uticaj procentualnog odnosa nemedicinskih radnika u ukupnom broju zaposlenih na procentualnu vrednost troškova održavanja domova zdravlja. Vizuelizacija je urađena primenom funkacije sortiranja veličina i uslovnog formatiranja bojenjem.

Uvidom u Tabelu 4 možemo da konstatujemo da u grupi najvećeg procentualnog troška za održavanje doma zdravlja uočavamo kod pojedinih domova zdravlja (5, 10, 16) izraženo veliku vrednost procenta nemedicinskog osoblja u ukupnom broju osoblja a i sama prebojenost tabele indikuje određeni uticaj iako ima odstupanja u primeru doma zdravlja broj 15.

Tabela 4. Poređenje procentualnih vrednosti troška za tehničko održavanje i procenta broja nemedicinskih radnika

Dom zdravlja	Tehničko održavanje, energenti, gorivo i komunikacija	% nemedicinskog osoblja
18	5,46%	23%
12	6,37%	22%
9	6,86%	14%
25	6,91%	15%
21	7,91%	23%
8	8,19%	19%
19	8,37%	24%
17	9,02%	20%
23	9,10%	13%
15	9,38%	26%
22	9,98%	24%
26	10,18%	23%
20	10,58%	24%
4	11,03%	25%
3	11,58%	26%
1	11,60%	26%
13	11,66%	26%
7	11,85%	19%
2	12,36%	28%
6	12,39%	26%
14	14,02%	18%
11	14,73%	21%
10	15,43%	27%
16	16,00%	27%
24	16,93%	21%
5	17,62%	27%

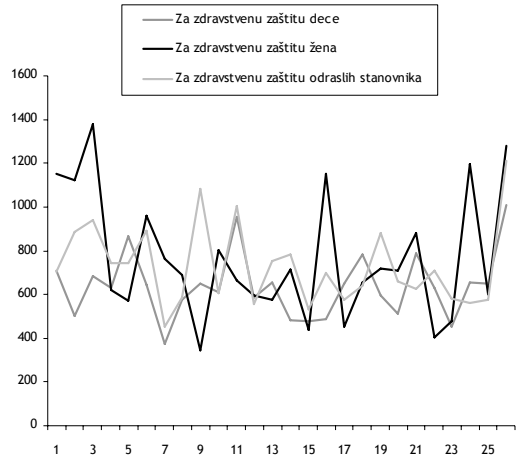
Troškovi po uprosečenom ambulantnom pregledu i kurativnom ambulantnom pregledu organizacionih jedinica za zdravstvenu zaštitu dece, žena i odraslog stanovništva i stomatološke zdravstvene zaštite – maksimalne i minimalne vrednosti, mediana i standardna devijacija

Vrednost troška uprosečenog ambulantnog pregleda dobijena je deljenjem ukupnog troška sa ukupnim brojem kurativnih i preventivnih pregleda i zdravstveno - vaspitnih usluga.

I pre nego što je odlučeno da se započne izrada zbirne analize troškova uočene su velike razlike u troškovima po uprosečenom ambulantnom pregledu. Imajući to u vidu, odlučili smo da tokom procesa zajedničke analize dobijenih informacija sa menadžmentom domova zdravlja, započnemo proces kontrole troškova u cilju nalaženja ekscesnog troška organizacione jedinice, koji bi eventualno mogao da bude uzrok neusklađenosti troškova. Tokom procesa analize nisu uočena mesta ekscesnog troška nakon čega je konstatovano da jedini razlog ove pojave može da bude neujednačen broj ambulantnih pregleda.

Najveća razlika troška po uprosečenom ambulantnom pregledu uočena je u organizacionim jedinicama za stomatološku zdravstvenu zaštitu (Tabela 5). Tokom implementacije tabelarnog sistema ova pojava je komentarisana sa menadžmentom domova zdravlja čije su organizacione jedinice za stomatološku zdravstvenu zaštitu pokazale najveći trošak po uprosečenom ambulantnom pregledu. Menadžment ovih domova zdravlja je prihvatio informaciju dobijenu tabelarnim prikazom uz komentar da su svesni problema koji imaju sa stomatologijom i da su sada samo dobili dokaz za problem koji primećuju ali ga nikad na ovakav način nisu analizirali.

Grafikon 1. Prikaz troškova po uprosečenom ambulantnom pregledu



Grafički prikaz troškova po uprosečenom ambulantnom pregledu (Grafikon 1) pokazuje da ne postoji sličnost u gradaciji ovog troška za sve organizacione jedinice, što govori u prilog da ne možemo da konstatujemo sinergiju vrednosti troškova ove tri organizacione jedinice.

Analiza uticaja troškovnih grupa na uočene razlike troška po uprosečenom ambulantnom pregledu

Uočene razlike u trošku pojedinačnog uprosečenog ambulantnog pregleda su činjenica koju treba imati u vidu prilikom planiranja novog načina finansiranja domova zdravlja. Zbog toga smo posebnu pažnju posvetili ispitivanju uzroka koji eventualno indukuje neusklađenost.

Analizirali smo uticaj i povezanost sledećih troškovnih grupa na neusklađenost troška po uprosečenom ambulantnom pregledu:

Uvidom u Tabelu 6, vizuelizovanu uslovnim formatiranjem bojenjem, ne može se uočiti povezanost vrednosti procentualnog učešća ličnih primanja na pojedinačne troškove uprosečenog ambulantnog pregleda.

Izradom tabela uz korišćenje istog principa nismo uočavili direktnu povezanosti procentualne vrednosti troška za lekove i medicinska sredstva sa veličinom troška za ambulantne preglede niti direktnu povezanost procentualne vrednosti troška za dijagnostičke službe sa veličinom troška za ambulantne preglede.

Analizom u Tabeli 7 nije pokazana direktna veza procentualne vrednosti troška administrativno tehničkog održavanja sa vrednošću troška pojedinačnog ambulantnog pregleda u posmatranim organizacionim jedinicama. Naprotiv uočeno je da je veći broj crvenih polja u gornjem delu tabele gde su procentualne vrednosti troška administrativno tehničkog održavanja niže.

Kako u svim tabelama kojima istražujemo eventualni uticaj visokog procenta učešća u trošku na trošak pojedinačnog ambulantnog pregleda nismo uočili direktnu povezanost, jedini logičan zaključak koji se nameće je da trošak pojedinačnog ambulantnog pregleda zavisi nejverovatnije od obima aktivnosti, tj. broja ambulantnih pregleda u ovim organizacionim jedinicama.

Tabela 5. Vrednosti troška uprosečenog ambulantnog pregleda

Dom zdravlja	Za zdravstvenu zaštitu dece	Za zdravstvenu zaštitu žena	Za zdravstvenu zaštitu odraslih stanovnika	Za stomatološku zdravstvenu zaštitu
1	708	1150	704	1554
2	505	1123	886	3621
3	686	1380	940	499
4	630	620	744	1477
5	867	573	745	877
6	646	962	890	1213
7	374	765	455	549
8	574	687	588	812
9	649	344	1.081	729
10	611	801	605	992
11	957	664	1002	795
12	588	598	557	3155
13	657	577	751	1266
14	480	714	783	1015
15	477	437	531	733
16	486	1152	700	3777
17	651	454	576	2059
18	784	655	640	999
19	595	719	879	3348
20	510	711	660	2742
21	786	882	623	932
22	632	402	708	848
23	451	476	579	3334
24	656	1197	559	2412
25	649	599	574	6196
26	1010	1278	1213	1961
MAKSIMALNA	**1010**	**1380**	**1213**	**6196**
MINIMALNA	**374**	**344**	**455**	**499**
MEDIANA	**639**	**699**	**702**	**1239**
St.dev.	150	289	185	1374

Imajući ovo u vidu dalje analize su usmerene ka traženju povezanosti vrednosti troška za pojedinačni ambulantni pregled sa obimim rada u posmatranim organizacionim jedinicama.

Obim rada iskazan je kao vrednost broja ambulantnih pregleda po lekaru dnevno uz napomenu da je za organizacione jedinice u kojima je rađen i ultrazvuk ova vrednost dodata na broj ambulantnih pregleda u odnosu 1:2. U cilju boljeg pregleda urađene su izdvojene tabele za sve tri organizacione jedinice.

Uvidom u Tabele 8 možemo da konstatujemo da bez obzira što ne uočavamo direktnu povezanost broja ambulantnih pregleda i pojedinačnog troška, ipak prepoznajemo trend distribucije prebojenosti koji nam govori u prilog činjenice da broj izvršenih ambulantnih pregleda ima uticaja na vrednost pojedinačnog troška ambulantnog pregleda.

DISKUSIJA

Analizom informacija koje su dobijene primenom tabelarnog sistema za analizu i kontrolu troškova u domovima zdravlja uočeno je sledeće:

1. Troškovne grupe doma zdravlja imaju takvu procentualnu distribuciju vrednosti gde je dominantan trošak za lična primanja čija se vrednost kreće oko 80% i ne zavisi od veličine doma zdravlja. Odstupanja od ove vrednosti mogu ukazivati na kadrovsku hipertrofisanost ili na pojavu ekscesnog troška u drugim troškovnim grupama (lekovi, medicinski potrošni materijal, tehnički potrošni materijal i dr.). Uočeno je takođe da na procentualnu vrednost ovog troška ima uticaj vrednost procenta medicinskih kadrova iako nije dokazana direktna veza.

2. Postoje evidentne razlike u vrednostima troškova za lekove i medicinski potrošni materijal i troškovima dijagnostičkih službi. Prikazane razlike, u uslovima optimalnog broja zaposlenih, mogu da predstavljaju problem u primeni novog načina finansiranja ukoliko se prethodno ne uradi standardizacija dijagnostičkih i terapijskih procedura. Neophodno je dalje ispitati i procentualnu vrednost troška koji je u ovim kategorijama indukovan sa sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite.

3. Uočili smo evidentnu razlika između maksimalne i minimalne vrednosti troškova tehničkog održavanja. Uočen je uticaj broja zaposlenih nemedicinskih radnika na procentualne vrednosti ovog troška. Ova pojava je privukla našu pažnju tokom implementacije tabelarnog sistema tako da smo je zajednički analizirali sa menadžmentom domova zdravlja pri čemu je uočeno da eventualni razolozi mogu da budu posledica:

a) Razlika u infrastrukturnoj organizaciji domova zdravlja u zavisnosti od toga da li su objekti doma zdravlja organizovani kao celina ili su paviljonskog tipa. Pored ovoga veliki uticaj se može pripisati i broju eksternih organizacionih jedinica (zdravstvene stanice i seoske ambulante)

b) Razlika u stanju i vrsti opreme

c) Razlika u načinu grejanja prostora tj. da li dom zdravlja ima sopstveno grejanje ili je priključen na gradski sistem grejanja

d) Razlika u vrsti goriva koje se koristi za grejanje kod domova zdravlja koji imaju sopstveno grejanje

Tabela 6. Analiza povezanosti procentualne vrednosti troškova za lična primanja sa troškovima po uprosečenom ambulantnom pregledu

Dom zdravlja	Lična primanja zaposlenih (bruto)	Za zdravstvenu zaštitu dece	Za zdravstvenu zaštitu žena	Za zdravstvenu zaštitu odraslih stanovnika
24	66,94%	656	1197	559
5	71,52%	867	573	745
3	71,81%	686	1380	940
16	72,77%	486	1152	700
2	73,51%	505	1123	886
13	73,55%	657	577	751
14	73,63%	480	714	783
26	74,57%	1010	1278	1213
1	75,40%	708	1150	704
18	75,43%	784	655	640
10	76,09%	611	801	605
7	76,47%	374	765	455
4	76,59%	630	620	744
20	76,73%	510	711	660
25	77,38%	649	599	574
9	77,52%	649	344	1.081
6	78,27%	646	962	890
11	78,42%	957	664	1002
23	79,53%	451	476	579
15	79,84%	477	437	531
17	79,96%	651	454	576
22	80,86%	632	402	708
19	81,52%	595	719	879
21	82,74%	786	882	623
12	83,65%	588	598	557
8	83,67%	574	687	588

e) Organizacije prevoza bolesnika na hemodojalizu u dijalizne centre koji se nalaze van opštine u kojoj je dom zdravlja

f) Specifičnost službe kućnog lečenja i polivalentne patronaže

Imajući ovu činjenicu u vidu konstatujemo da primena sistema finansiranja kapitacijom u ovakvim uslovima neujednačenosti predstavlja veliki problem.

4. Analizirajući vrednosti pojedinačnog troška po uprosečenom ambulantnom pregledu za tri osnovne organizacione jedinice, za zdravstvenu zaštitu dece, žena i odraslog stanovništva, kao i stomatološku zdravstvenu zaštitu, uočili smo velike razlike u troškovima. Tabelarnim prikazima pokazali smo da je razlog ove pojave neujednačen broj izvršenih usluga. Kako broj usluga direktno zavisi od angažovanja zaposlenih mišljenja smo da novi način finansiranja koji bi podrazumevao kapitaciju ne može da ispravi ovu neujednačenost zato što se kapitacija ne bavi uslugom kao takvom. Zbog toga smatramo da bi se primenom kapitacije održao postojeći trend neujednačenosti troškova a ta neujednačenost je u direktnoj suprotnosti sa principom pravičnosti i solidarnosti. Drugim rečima, izdvajamo zajednička sredstva na nivou države ali ona nisu podjednako distribuirana. Ista usluga ostvarena istim angažovanjem resursa ima različite vrednosti troška.

Tokom analize najveća razlika je uočena u organizacionim jedinicama za stomatološku zdravstvenu zaštitu. To je direktan pokazatelj stanja u ovoj oblasti medicine koja se u Srbiji potpuno otrgla kontroli. Razlozi za ovakvo stanje su anomalije u Zakonu o radu i neadekvatno sproveden pokušaj reforme ove grane medicine u prethodnom periodu.

5. Koristeći uporednu analizu troška ukupnih i kurativnih ambulantnih pregleda, pokazali smo izraženu neujednačenost u organizacionim jedinicama za zdravstvenu zaštitu dece i žena. Ovo je direktni pokazatelj neujednačenog pristupa preventivnom radu u ovim organizacionim jedinicama. Mišljenja smo da se ova anomalija može ispraviti jedino adekvatnim izračunavanjem troška po preventivnom pregledu čime bi se formirala cena za njegovo izvršenje i time stimulisalo obavljanje ove važne funkcije primarne zdravstvene zaštite. Informacija o preventivnom radu stomatološke zdravstvene zaštite još jednom je pokazala obim neusklađenosti rada ove službe sa njenom ulogom u pružanju primarne zdravstvene zaštite.

6. Rezultati urađene analize, pokazuju da ne postoje skupi i/ili jeftini domovi zdravlja, već da postoje domovi zdravlja koji za istu vrstu usluge imaju veći ili manji trošak. Razlika u trošku predstavlja posledicu neujednačenog izvršenja usluga. Zato smo mišljenja da zdravstvena usluga treba da bude osnovni fokus u procesu reforme načina finansiranja primarne zdravstvene zaštite ukoliko želimo da održimo princip ravnopravnosti i solidarnosti u pružanju zdravstvene zaštite na čitavoj teritoriji republike Srbije.

ZAKLJUČAK

Urađena analiza jasno pokazuje velike razlike u troškovima za obavljanje identične delatnosti što je dovoljno da potstakne na razmišljanje o neophodnosti novog načina finansiranja domova zdravlja. Reformu načina finansiranja zdravstvene zaštite uopšte, pa i primarne, ne treba shvatiti kao proces koji treba da omogući uštedu sredstava RFZO i države opredeljenih za ovu namenu. Ne može se štedeti u uslovima kada ni to što imamo na raspolaganju nije dovoljno da pokrije potrebe zdravstvenog sistema. Međutim, novi sistem finansiranja bi trebao da omogući ravnomerniju raspodelu budžetskih sred-

Tabela 7. Analiza povezanosti procentualne vrednosti administrativno tehničkih troškova sa troškovima po uprosečenom ambulantnom pregledu

Dom zdravlja	% direktnog troška administrativne i tehničke podrške	Za zdravstvenu zaštitu dece	Za zdravstvenu zaštitu žena	Za zdravstvenu zaštitu odraslih stanovnika
23	6,83%	451	476	579
1	8,85%	708	1150	704
2	10,64%	505	1123	886
24	10,84%	656	1197	559
17	10,94%	651	454	576
12	11,05%	588	598	557
9	11,33%	649	344	1.081
18	11,50%	784	655	640
15	11,80%	477	437	531
3	12,38%	686	1380	940
20	13,16%	510	711	660
25	13,59%	649	599	574
26	15,35%	1010	1278	1213
6	15,53%	646	962	890
7	15,60%	374	765	455
4	15,68%	630	620	744
13	16,01%	657	577	751
14	16,58%	480	714	783
8	16,74%	574	687	588
22	17,03%	632	402	708
19	17,57%	595	719	879
11	18,26%	957	664	1002
10	20,93%	611	801	605
16	21,08%	486	1152	700
21	22,53%	786	882	623
5	25,03%	867	573	745

stava i time direktno utiče na ujednačavanje kvaliteta i kvantiteta pružanja zdravstvene zaštite na čitavoj teritoriji republike Srbije. Osim ovoga, novi način finansiranja bi trebao da umanji potrebu za administrativnim uređenjem resursnih kapaciteta zdravstvenih ustanova, pre svega potrebu za administriranjem broja i strukture zaposlenih radnika (medicinskih i nemedicinskih). Od novog načina finansiranja se očekuje i da unapredi način rukovođenja zdravstvenom ustanovom stvaranjem uslova za profesionalizaciju upravljanja i stvaranjem uslova za formiranje tržišta medicinskih kadrova. Pri tome, novi način finansiranja ne bi smeo da uruši postojeći sistem ili eventualno umanji kvalitet pružanja zdravstvenih usluga čime bi korisnike zdravstvenog sistema doveo u poziciju tranzicionih gubitnika. Ovo se nikako ne sme dozvoliti pre svega imajući u vidu kroz koje teškoće je zdravstveni sitem prošao u protekle dve decenije a da pri tome nije izgubio svoju funkcionalnost i kontinuitet stručnosti.

Neophodno je uraditi promenu načina finansiranja celokupnog zdravstvenog sistema, ali pošto se zdravstveni sistem sastoji iz tri međusobno povezana nivoa, neophodno je za svaki od nivoa odrediti adekvatan način finansiranja

Za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite je moguće izabrati metod finansiranja korišćenjem "Dijagnostički srodnih grupa" (DSG), zato što je ova metodologija primerena našem zdravstvenom sistemu. Naime, naše zdravstvene ustanove sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite su slične po strukturi i organizaciji sa zdravstvenim ustanovama razvijenih zemalja, te je moguće primeniti način finansiranja koji je već primenjen u mnogim zemljama širom sveta.

Međutim, mišljenja sam da se promena načina finansiranja primarne zdravstvene zaštite ne može uraditi jednostavnim kopiranjem međunarodnih iskustava zato što organizacija primarne zdravstvene zaštite u Srbiji nema sličnosti sa organizacijom ovog nivoa zdravstvene zaštite u razvijenim zemljama koje nisu menjale svoje društveno uređenje. U ovim zemljama se primarna zdravstvena zaštita zasniva na modelu "porodičnog lekara" i finansira se primenom modela kapitacije. Ovaj model je nastao kao posledica nedovoljnog broja lekara na svim nivoima zdravstvenog sistema i omogućio je zbrinjavanje što većeg broja bolesnika na primarnom nivou preuzimajući ulogu "čuvara kapije". Sistem porodičnog lekara koji se finansira kapitacijom ne može se prihvatiti kao univerzalni model koji je primeren i drugim sistemima. Međutim, reformski procesi u zdravstvenom sistemu u Srbiji, kao i u zemljama u okruženju, koji su započeli u procesu tranzicije promovisali su kapitaciju kao najprimereniji model finansiranja primarne zdravstvene zaštite. Imajući u vidu iskustva iz zemalja u kojima je urađena reforma primarne zdravstvene zaštite, prelaskom na sistem porodičnog lekara i finansiranje kapitacijom, možemo da konstatujemo da je diskutabilno koliko je ovakva promena doprinela unapređenju pružanja usluga primarne zdravstvene zaštite. Takođe nema podataka o tome koji je finansijski efekat prelaska na novi način finansiranja kapitacijom.

Primećujem da problem prelaska na finansiranje kapitacijom nije samo ekonomske i organizacijske prirode, mnogo veći problem predstavlja doktrinarno medicinski aspekt koji podrazumeva promene u načinu medicinske edukacije zdravstvenih radnika, pre svega lekara.

Problem koji želim da naglasim je da finansiranje kapitacijom ne nudi rešenje za organizacione jedinice hitne pomoći, specijalističkih službi, kućne nege, patronaže, medicine rada, savetovališta, kao ni za stacion-

Tabela 8. Analiza uticaja broja ambulantnih pregleda po lekaru dnevno na vrednost troška po uprosečenom ambulantnom pregledu

Zdravstvena zaštita dece			Zdravstvena zaštita žena			Zdravstvena zaštita odraslog stanovništva		
Dom zdravlja	Trošak ambulantnog pregleda	Broj pregleda po lekaru dnevno	Dom zdravlja	Trošak ambulantnog pregleda	Broj pregleda po lekaru dnevno	Dom zdravlja	Trošak ambulantnog pregleda	Broj pregleda po lekaru dnevno
7	374	39	9	344	47	7	455	44
23	451	29	22	402	45	15	531	33
15	477	29	15	437	47	12	557	34
14	480	43	17	454	38	24	559	42
16	486	28	23	476	32	25	574	26
2	505	21	5	573	33	17	576	34
20	510	37	13	577	34	23	579	25
8	574	25	12	598	23	8	588	31
12	588	28	25	599	19	10	605	25
19	595	32	4	620	21	21	623	32
10	611	31	18	655	30	18	640	26
4	630	35	11	664	31	20	660	32
22	632	20	8	687	27	16	700	25
6	646	26	20	711	21	1	704	32
25	649	27	14	714	25	22	708	30
9	649	27	19	719	30	4	744	24
17	651	31	7	765	16	5	745	36
24	656	35	10	801	19	13	751	25
13	657	23	21	882	18	14	783	24
3	686	30	6	962	11	19	879	18
1	708	24	2	1123	9	2	886	33
18	784	21	1	1150	18	6	890	28
21	786	22	16	1152	12	3	940	30
5	867	18	24	1197	17	11	1002	19
11	957	17	26	1278	22	9	1.081	25
26	1010	20	3	1380	12	26	1213	15

are i porodilišta, koji postoje u našim domovima zdravlja. Prema izvedenim kalkulacijama direktni trošak pomenutih službi učestvuje i do 39% u ukupnom trošku doma zdravlja.

Ono što sa sigurnošću možemo da primetimo je da je primenom finansiranja kapitacijom u nekim zemljama bivše SFRJ, urušen koncept doma zdravlja. Imajući ovo u vidu pitam se da li je model finansiranja kapitacijom najprimereniji organizaciji i uslovima u kojima se nalazi primarna zdravstvena zaštita u Srbiji.

Da ne bi bilo zabune, kada ovde govorim o kapitaciji, pod tim podrazumevam međunarodno poznati način finansiranja kapitacijom, a ne obračun ličnih primanja koji trenutno RFZO primenjuje pod nazivom kapitacija. Ovaj sistem finansiranja nije kapitacija već predstavlja model pozitivne i negativne stimulacije. To je pokušaj da se situacija sa finansiranjem primarne zdravstvene zaštite pomeri sa mrtve tačke. Kada je predložena njegova primena predložena je stimulativna razlika od 30% u ličnim primanjima, međutim kako je ta razlika drastično smanjena tokom implementacije mišljenja sam da ne postoje nikakvi pozitivni efekti primene ovog načina obračuna ličnih primanja. Osim toga primetni su i jaki negativni efekti primene ove nepravilno nazvane i nefunkcionalne metodologije. Najveći problem je urušavanje međuljudskih odnosa i etički neprihvatljiva kalkulacija kod propisivanja terapije. Zato sam mišljenja da ovaj način obračuna ličnih primanja treba ukinuti ili ozbiljno izmeniti. Stav Lekarske komore Srbije po ovom pitanju može se videti u "Glasniku" broj 18, iz septembra 2013. godine, strana 23.

Analiza koju smo uradili primenom tabelarnog sistema za analizu i kontrolu troškova po "Step Down" metodologiji u domovima zdravlja daje osnovu za razmišljanje da li je primena finansiranja kapitacijom zaista pravo rešenje za postizanje ciljeva reforme zdravstvenog sistema.

LITERATURA

1. HM Coombs and D.E. Jenkins “Public Sector Financial Management” Thomson Publishing 3rd Edition (2002)
2. Drury Colin “Costing and Introduction” Chapman Hall, UK (1994)
3. Zelman W.N. et al (2007)”Financial Management of Healthcare Organisations” Blackwell Publishing, UK (pp 1-19,305-344,393-417)

ENGLISH

COST ANALYSIS IN HEALTH CENTERS USING "STEP DOWN" METHODOLOGY

Matejić S.
Medical faculty University of Priština, Kosovska Mitrovica

SUMMARY
Health care reform aims to improve Health System performance by achievement of one of the four objectives: reducing costs by increasing the efficiency of health care provision. Performance improvement implies acceptance of innovations in all Health care activities including health care financial management. Successful implementation of health care financing reform requires previous costs and activities analysis in health institutions. In the work we performed comparative analysis of the costs of 27 health institutions by applying innovative system for health care services costs analysis and control. Initialy spreadsheet system was made, by using internationaly recognised "Step Down" methodology, for cost control and analisys in the hospitals and was adapted for Primary health care institutions. Results achieved: The dominant cost for employees salaries, on average around 80%, does not depend on the size of Primary health institution (Dom zdravlja); Significant differences in the percentage values of the cost of medicines, medical supplies, diagnostic services; There is an obvious difference percentage values of technical maintenance costs as a result of uneven percentage of the number of non-medical employees, differences in infrastructure organization, the difference in the condition and type of equipment, the difference in the type of space heating and type of fuel for heating, patients transportation obligations especialy of home treatment services and polyvalent patronage. There is a big difference in average cost per outpatient examination, as a consequence of uneven number of services performed, especialy in the dentistry services. There is a significant difference in the number of preventive health examinations performed which has a direct impact on the cost of these inspections. The main conclusion of the analysis done indicates that in the actual situation of disparities, in terms of costs, can joperdize implementation of Primary health care financing using „Capitation” as model.

Keywords: reform, funding, "Step Down", costs, capitation