

# САВРЕМЕНИ КОНЦЕПТ УПРАВЉАЊА ПЕРФОРМАНСАМА ЈАВНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Мирослав Чавлин\* и Светлана Игњатијевић\*\*  
Универзитет Привредна академија у Новом Саду,  
Факултет за економију и инжењерски менаџмент

Горан Чавлин\*\*\*

Покрајински секретаријат за здравство АП Војводине

У пракси наше болнице мере и извештавају о финансијским и не финансијским перформансама. Међутим, веза између мерења перформанси и управљања није адекватна нити у потпуности изражена. Сходно концепту уравнотеженог система показатеља, правац истраживања у овом раду јесте да се допринесе развоју мера перформанси и пракси управљања у здравственим установама из јавног сектора, о чему се релативно мало зна, те да се покуша кристалисати модел мерила која адекватно одражавају међусобне релације између институција, запослених и пацијената.

Кључне речи: *здравство, здравствена установа, болница, јавни сектор, перформансе, управљање*

## Увод

Феномен здравства налази се у фази развоја које одликују бројне парадигме, што, поред осталог, има за последицу да се све чешће термин „пацијент“ замењује термином „корисник“. Здравствене установе, пре свега болнице, третирају се као „фабрике здравља“ од којих се захтева да „производе“ све више и све квалитетније услуге (здравствене заштите) у оквиру буџета којим располажу. Као логичан захтев поставља се испитивање могућности да се имплементирају исти концепти управљања перформансама који се користе и у привреди. У литератури и пракси истиче као користан концепт „The Balance scorecard“ (у даљем тексту: уравнотежени систем показатеља), који је од америчких аутора Каплана и Нортонa иницијално развијен као одговор на мањкавости при коришћењу финансијских показатеља при формулисању стратегије предузећа и као ефикасно менаџерско оруђе за остваривање стратегије и темељ успешног управљања [1]. Наведени модел је, у суштини, мултидимензионални приступ управљања пер-

\* Др Мирослав Чавлин је доцент на Факултету за економију и инжењерски менаџмент у Новом Саду.

\*\* Др Светлана Игњатијевић је доцент на Факултету за економију и инжењерски менаџмент у Новом Саду.

\*\*\* Мр Гордана Чавлин ради у Одељењу Суботица Покрајинског секретаријата за здравство АП Војводине.

формансама који ствара везу између стратегије, а дизајниран је да обухвати холистичку спознају перформанси, тако да је сачињен од четири перспективе: финансијске, потрошачке, процеса унутрашњег пословања, иновација и учења [1]. Каплан и Нортон [2] истраживали су управљање у јавним болницама и имали дилеме у дефинисању стратегије, с обзиром на то да је њихова стратегија оптерећена краткорочним и оперативним захтевима. Наиме, лекари „очекују” и од њих се „очекује” да пруже здравствену заштиту светске класе. То очекивање захтева оријентацију у стратешким плановима на скупу опрему која ће бити лидер, а истовремено се мора задовољити краткорочна одрживост пословања. Истовремено, јавне болнице нису у позицији да одбију пружање услуга пацијентима, како ради њиховог ургентног збрињавања, тако и ради других здравствених услуга, што додатно оптерећује одрживост пословања и процес моделирања стратегије. Конкретно, у приступу дефинисању стратегије здравствене установе морају се јасно изразити међусобно повезане кључне вредности, као што су: финансијска, вредност за пацијенте и вредност за запослене. Финансијска вредност ствара се уколико пацијенти долазе у здравствену организацију, те тако омогућавају стварање прихода. Вредност за болеснике су клиничке услуге, а вредност за запослене је у самој запослености и користима који из тога произилазе. Дакле, упркос бројним дилемама, здравствене установе се не би смеле усмерити искључиво на финансијске резултате, већ и на резултате клиничких активности. Задатак менаџера да обликују стратегију који предвиђа развој организације у будућности и дефинише одређена мерила одражавају визију, што доводи до потребе имплементације система уравнотежених циљева[3].

Могућност усвајања система уравнотежених циљева у домаћем јавном здравственом сектору захтева да се одабере сет мера за употребу у мултидимензионалном моделу мерења перформанси. „Кретање медицинске технологије, знања и свакако капитала утиче на развој националних економија и укључење у глобалне токове”, истичу Чавлин и Игњатијевић [4]. У овом раду су болнице, као јавне здравствене установе, предмет истраживања, јер су најкомплексније за управљање. Наиме, и у извештајима Светске здравствене организације посебан значај у обезбеђењу здравствене заштите имају болнице које пружају комплексну, секундарну здравствену заштиту и у правилу користе највећи сегмент националних здравствених ресурса. Кључни финансијер здравствене заштите у Србији је Републички фонд за здравствено осигурање који је у 2012. години определио 56,47%, а у 2013. години 56,90% средстава за финансирање јавних секундарних и терцијарних здравствених установа [5].

У пракси наше болнице мере и извештавају о финансијским и нефинансијским перформансама. Међутим, веза између мерења перформанси и управљања није адекватна нити у потпуности изражена. Сходно концепту уравнотеженог система показатеља (у даљем тексту: УСП), правац истраживања у овом раду јесте да се допринесе развоју мера перформанси и пракси управљања у здравственим установама из јавног сектора, о чему се релативно мало зна, те да се покуша кристалисати модел мерила која адекватно одражавају међусобне релације између институција, запослених и пацијената.

## Схватање и детерминисање фактора УСП у функцији управљања перформансама јавне здравствене установе

Уравнотежени систем показатеља појављује се као модел дизајниран да одговара захтевима било које организације и управо због тога је настала потреба да се изврши евалуација перформанси у здравственим организацијама. „Оне траже нове пословне алате и најбољу праксу која би помогла у одабиру стратегијског приступа диференцијацији услуга и који ће привући више конкурентних услуга док је тренутни приступ усмерен ка оперативним побољшањима” [6]. Овај систем требало би да обезбеди основу за израду добре стратегије и успешно управљање променама. Креирање система балансираних показатеља доводи то тога да људи (запослени) почињу другачије да размишљају, више окренути стратегији своје организацији и свом послу. Искуства говоре да услед појаве новог концепта и процедура које се развијају и имплементирају долази до промена и у ставовима о активностима које су већ урађене у самој организацији. Увођење УСП у здравствене системе у Канади довело је до повећане одговорности у болницама, а побољшао се и квалитет прикупљања података унутар болница [6]. У Холандији је УСП имплементиран како би унапредили контролу организације и као резултат је створен механизам за комплетно реструктурирање и развој организација. Током фузије холандских здравствених установа УСП се користио као централни оквир и комуникациони механизам који помаже у вођењу текућих организационих промена процеса [8]. Укључивањем болница секундарног нивоа у имплементацију УСП, према иностраној литератури и пракси, јединствено је искуство и процес од велике важности који се не завршава иницијалном имплементацијом, већ се креира потенцијал да се процес промена настави самосвешћу и самоопредељењем учесника у самом процесу. У нашој пракси управљање болницама је фокусирано на једнодимензионалну перформансу (доминантно нефинансијску), више мултидимензионалних, циљно оријентисаних опција мерења перформанси било за очекивати прихваћено од стране лекара и крајњих корисника. У дизајнирању модела УСП болнице неопходно је имати у виду најмање три стратегијска исхода, које треба да прожимају дефинисање пословне стратегије и реализацију корпоративних циљева, и то:

– да болницама, корисницима, владиним организацијама, оснивачима и платиоцима услуга омогући да могу оцењивати квалитет услуга на основу клиничких резултата, задовољства болесника и цене услуга;

– да болнице могу формулисати стратегију која би се темељила на резултатима идентифицираним помоћу методе УСП, која би обухватила све перспективе модела;

– да УСП као инструмент контролинга, мисију, вредности и циљеве болнице повезује са специфичним клиничким и административним активностима, и на тај начин запосленима омогућује да спознају своју улогу и да због тога ефикасније извршавају свој задатак.

Уравнотежени систем показатеља болницама не нуди искључиво могућност ефикасног мерења успешности, већ осигурава интеграцију процеса континуираног унапређивања квалитета у деловању болнице [9]. Иако су квалитет услуга и сигурност болесника кључни фактори у деловању болнице, обично нису дефинисани као стратешки фактори. Болнице које јасно дефинишу квалитет у својој стратегији обезбеђују веће задовољство корисника, већи тржишни удео и требало би да дају боље финансијске резултате.

Уравнотежени систем показатеља треба схватити првенствено као менаџерски систем за управљање перформансама, који руководству омогућује да прати остваривање стратегије раста и развоја болнице, кроз интегрални систем међусобно повезаних показатеља. Процес пролиферације при исказивању перформанси унутар домаћих јавних здравствених установа, као и чињенице да мере нису директно повезане са стратегијом, нити су правовремено доступне менаџерима, истиче потребу да идентификује и ближе дефинише оквир, односно кључне факторе који опредељују јасно и сажето дизајнирање мера према моделу УСП. Водећи се општим теоријским моделом УСП, тј. његовим димензијама (перспективама), у чланку ће бити истакнути кључни корисници из окружења, кључни интерни пословни процеси, кључни фактори финансијске димензије и димензије учења и раста који треба да одреде концепт управљања домаћих, јавних здравствених установа.

### *Кључни фактори (екстерне) димензије: корисници из пословног окружења*

Корисници, односно партнери болнице су пацијенти, добављачи, изабрани лекари, оснивачи здравствених установа, Министарство здравља РС, Републички фонд за здравствено осигурање, Заводи за јавно здравље, Лекарска комора, Комора здравствених установа, разне агенције, секције и друштва, невладине и владине организације, школе, факултети, друге здравствене установе, итд. У релацијама са корисницима здравствена установа треба да буде оријентисана на задовољство корисника, да је корисници виде као поузданог пружаоца услуга, да их анкетира у вези са пруженим услугама, да пружи посебну пажњу на њихове притужбе, да решава притужбе на њихово задовољство, да даје брз одговор на упите корисника, да прихвата одговорности за грешке појединца или целе установе, итд. Као кључни корисници из окружења који опредељују и детерминишу функционисање здравствене установе истичу се следећи:

– **пацијенти и сродници**, који долазе из различитог социјалног и економског окружења. Здравствена установа мора успоставити систем, који ће пацијентима и родбини омогућити да изразе задовољство, али и незадовољство, обезбеди повратне информације о предузетим мерама. Тако, болесници и родбина постепено преузимају надзор над услугама. У савремено доба уочава се да су очекивања све већа, јер знају за услуге лечења на терцијарном нивоу и у иностранству, тако да су притисци и захтеви за савременијим начином лечења јаки. То има за последицу да болесници често не прихватају резултате локалних лекара, већ траже пут до оздрављења у другом месту;

– **изабрани лекар**, који може значајно да утиче на процес дијагностике и на почетак лечења, те да на тај начин утиче и на трошкове установа секундарног и терцијалног нивоа. При пружању здравствених услуга на примарном нивоу потребно је развити свест о томе да је преношење пружања услуга са примарног на секундарни ниво нерационално, заправо скупље. Развоју односа између примарног и секундарног нивоа здравствене заштите треба посветити више пажње, при чему је тежиште на партнерству у континуираном процесу бриге и здравствене неге болесника, а не на преношењу обавеза и одговорности са једног нивоа здравствене заштите на други;

– **друге здравствене установе**, а пре свега здравствене установе терцијарног нивоа које, по правилу, пружају најсложеније здравствене услуге за целу државу и значајно утичу на обим и структуру реализације болница. Болнице и клинички центри (институти) који имају развијен систем и квалитет дијагностике брзо се развијају и на неки начин могу да конкуришу једна другој. Целисходност односа са другим, тзв. „вишим” установама може се мерити бројем упућених пацијената, односно здравствених услуга ка њима, тј. учешћем вредности наведених услуга у приходима болнице, што показује ниво конкурентске способности и самосталности болнице;

– **Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО)** кроз здравствени систем осигураним особама обезбеђује право на здравствене услуге из обавезног здравственог осигурања, за које се прибављају средства из законски прописаних доприноса које плаћају обвезници. На основу финансијског плана РФЗО и мишљења Завода за јавно здравље, болнице уговором преузимају обавезе које се односе на обим здравствених услуга, начин евидентирања и обрачунавања услуга и обезбеђења доступности здравствених услуга. Републички фонд за здравствено осигурање поставља захтеве који, по правилу, иду у правцу повећања обима и побољшања квалитета услуга без сразмерног повећања буџета текућег пословања здравствених установа, што у целокупној мери опредељује начин управљања;

– **оснивачи здравствених установа; Министарство здравља** води бригу за промоцију здравља, превентиву, за здраву околину и за квалитет здравствених услуга или дефинише однос државе према извршиоцима здравствених услуга. Политика QCD (QCD – eng. Quality of Care Development, значи политику развоја квалитета здравствене заштите), односно политика развоја квалитета здравствене неге ослања се на стални развој квалитета здравствених услуга. У том смислу политика државе је да обликује начела и филозофију са којима утиче на људе да се стално труде у побољшавању квалитета здравствене неге [10]. Министарства дефинишу превентивне програме. Наведени програми називају се примарном превентивом у циљу спречавања обољења, секундарна превентива подразумева рано откривање болести и организовану селекцију, док терцијална превентива подразумева специфично лечење и рехабилитацију. Министарство здравља је главни креатор здравствене политике и оснивач здравствених установа у Републици Србији, уз локалне самоуправе које су оснивачи домова здравља, и покрајинског секретаријата за здравство који је оснивач установа секундарног и терцијарног нивоа у АП Војводини. Поред осталих права оснивача, они су задужени за обезбеђење средстава за инвестиције и инвестиционо одржавање здравствених установа.

### *Кључни фактори интерних пословних процеса установе*

Перспектива унутрашњих пословних процеса је темељ пословања болнице и управљачки је најзахтевнији сегмент који је тесно међусобно повезан и испреплетен са преостале три перспективе УСП. Бројни су фактори који детерминишу интерне процесе, као што су: остваривање вредности у процесу лечења, квалитет лечења, сигурност на раду и радног окружења, квалитет продуктивност рада, учешће непотребних активности у процесима, време реаговања на захтеве између различитих тимова, продуктивност, рандман основних средстава, документована проце-

дура и клинички водичи за обезбеђење квалитета, квалитет примене технологије за побољшање комуникације и скраћење радних циклуса, ниво квалитета пружених услуга, укључујући администрацију и не клиничку подршку, итд.

За анализу процеса здравствене неге нужно је сагледати кључне процесе и циљеве које желимо постићи, како би се повећало задовољство странака и истовремено достигли адекватни финансијски ефекти, при чему ће се користити метод тзв. ланца вредности, који се за овај сегмент анализе и најчешће користи у привредној пословној пракси. Ланац вредности здравствене неге болесника (слика 1) приказује процес специјалистичке обраде болесника у болници, анализира га и тражи критичне тачке које знатно утичу на задовољство странака и на финансијску страну пословања.



Слика 1 – Ланац вредности здравствене неге болесника

Квалитет извођења сваке од ових активности отвара могућност за иновацију, постизање конкурентске предности и диференцијацију од конкуренције, што је важно како за унапређење клиничких перформанси, тако и за ефикасно економско пословање. Постоје два главна начина како организација може да оствари предност у трошковима пословања: да контролише основне генераторе трошкова или да измени конфигурацију свог ланца вредности. Организације које су оствариле и смањиле трошкове пословања, мењајући свој ланац вредности, морале су да измене многе ствари у њему. Свака карика мора се анализирати по критеријуму додатне вредности, односно свака активност мора бити анализирана са циљем да се елиминише или бар смањи активност која не додаје вредност. Због тога за поједине процесе следи једноставни приказ (табела 1) који приказује како протичу фазе у појединачном процесу на примеру секундарне здравствене установе ОБ Суботица. Процеси, код којих је назначен одговор НЕ, критични су процеси, јер активности не протичу на начин који обезбеђује несметан проток конкретног, али и других процеса.

Табела 1 – Приказ критичних процеса у ланцу здравствене неге болесника – пример ОБ Суботица

		ДА	НЕ
Пријем болесника	За први преглед потребно је чекати више од 7 дана	X	
	Болесник је за пријем наручен у тачно време	X	
	Пријем је текао преко пријемне канцеларије		X
Специјалистички преглед	Болесници чекају на преглед мање од једног сата		X
	Лекари у просеку прегледају једнаки број болесника		X
	За први преглед болесници користе више времена, него за поновне	X	
	Налази су потпуни и не понављају се анализе		X

		ДА	НЕ
<b>Дијагностички процеси</b>	Лабораторијска дијагностика је извршена исти дан када је наручена	X	
	Налази су послати ординирајућем лекару у року краћем од 7 дана	X	
	Рендгенска дијагностика нема листа чекања дужих од 7 дана		X
	Опремљеност дијагностичких јединица је примерена		X
	Искоришћеност опреме је мерљива са водећим регионалним-европским центрима		X
Лечење	Хируршко лечење нема листе чекања дуже од 30 дана		X
	Операционе сале користе се дуже од 12 сати		X
	Број операција по хирурзима је једнакомерно распоређен		X
	Израђени су количински и стандарди квалитета за употребу материјала		X
	Брзина извођења нових лечења и терапија је примерена референтним центрима	X	
	Нега болесника је обезбеђена на посебним одељењима и организационим јединицама		X
<b>Рехабилитација</b>	Болесници имају могућност адекватне психосоцијалне подршке и рехабилитације	X	
<b>Контролни прегледи</b>	Контролне прегледе увек води исти лекар	X	

(Извор: Чавлин [11])

Из наведеног приказа уочавамо да од 21 фазе процеса постоји 12 фаза које представљају критичне процесе које је неопходно побољшати или модификовати. Значајно је да се унутрашњи процеси сагледавају и из перспективе корисника, јер се само на тај начин може бити довољно критичан. У сваком процесу потребно је дефинисати кориснике и њихова очекивања, одредити кључне процесе и активности, успоставити ефикасне радне тимове за побољшање процеса и поставити мерила према којима се може мерити напредак.

При анализи унутрашњих процеса циљ је да се спроведу одређена побољшања и да се решавају проблеми, мада често погрешно мислимо да решавањем проблема побољшавамо процесе. Искуства говоре да у великим компанијама се 80% радног времена отклањају тешкоће, а да се 20% времена побољшавају процеси. Отклањање тешкоћа у неком процесу обично је ограничено на поједине сегменте, док побољшање процеса подразумева да се процеси обрађују целовито и усредсређено на резултате. Побољшање процеса је превентивно и проактивно, док је отклањање специфичних тешкоћа реактивно. Побољшање процеса стреми ка отклањању непотребних активности, па се у решавању проблема често концентришу активности како би се најефикасније решио проблем, уз употребу аналитичко-статистичког инструментарија.

Клинички и финансијски процеси не протичу паралелним путем, већ су, напротив, међусобно испреплетени и зависни. У традиционалном приступу финансијски ниво је био усредсређен на економичност, а клинички на придобијање активности и прописивање смерница лекарима. Клинички процеси који се одвијају опредељују приходе и расходе, коришћење ресурса, на новчани ток и на остварење финансијског резулта-

та. Што су више финансијске и клиничке активности повезане, тиме већи утицај имају на планирање и извођење ефикасне здравствене неге. Бољу здравствену негу, која има за последицу бољи економски резултат болнице, могуће је остварити уколико су у побољшање процеса активно укључени сви запослени, пре свега лекари.

Стандарди и клинички водичи установе у којима се промене инкорпорирају у организацију такође су веома важни приликом анализе побољшања и промена интерних пословних процеса. Веома је значајно да процеси болеснику гарантују квалитет здравствене неге, а највеће и најзначајније димензије квалитета здравствене неге подразумевају [10]: адекватност неге (болеснику је потребно пружити само оне услуге које му користе), квалитет неге (свака услуга се извршава на начин да максимализује користи насупрот степена ризика) и хуманост (свака извршена услуга мора бити у складу са важећим друштвеним нормама). Клинички водичи су стандарди за негу болесника, који лекару служе као основа како да одлучује и води негу и односе се на болест, а не на болесника као особу. Они се темеље на доктрини и смањују несигурност лекара услед ефикасности потребних мера, и тако смањују број сувишних и непотребних услуга, односно гарантују рационалнију употребу расположивих извора.

Клинички водич је нека врста стандарда клиничке заштите и неге болесника који уважава локалне специфичности, финансијске могућности и добру клиничку праксу, те су дефинисана одређена одступања која се карактеришу као дозвољена. Главни разлози зашто је потребно израдити клинички водич за појединачне активности су [12]: напредна технологија, са различитим начинима лечења и са ограниченим доказима о ефикасности, ризик око ефикасности клиничких захвата на побољшање здравственог стања, настојања у погледу смањења непотребних и штетних интервенција; настојање да се ефикасније користе расположиви ресурси и смањење неоправдане разлике у клиничкој пракси у једнаким примерима. Наведени разлози су главни генератори многих неразјашњених узрока раста трошкова лечења. Очекивани резултати начина рада који се темеље на дефинисању клиничких путева су [12]: већину усклађивања међу различитим клиничким поступцима, препознавање одступања при конкретной здравственој мери која морају бити евидентирана, систем обезбеђује податке који омогућују анализу одступања и вредновање резултата, обезбеђује квалитетне податке за потребе здравствене статистике, лакше циркулисање информација путем болничког информационог система, већа прегледност рада и већа транспарентност трошкова, ефикасна контрола на свим подручјима и нивоима.

Сваки корак у клиничком водичу проузрокује трошкове који су саставни део здравственог производа, односно јединице аутпута. Стога, да би једна здравствена установа успешно опстала у пословању мора добро да дефинише ланац вредности, односно спозна трошкове, те да има јасну визију шта жели да оствари.

### *Кључни фактори димензије усавршавања, учења и раста установе*

Ако запослени жели одржати конкурентност сутра мора се усавршавати и образовати данас, а од мисије болнице зависи којим сегментима усавршавања и образовања ће се дати највеће тежиште при формулисању и реализацији целовите пословне стратегије. Да би реализовали визију болнице и развили нове активности,



мора се дефинисати целовита стратегија развоја инфраструктуре која би била подршка дугорочној конкурентности, на основу које је могуће обезбедити јачање кључних капацитета болнице. Фактори који опредељују одрживи развој болнице су: квалитет мултидисциплинарног приступа у дијагностици и лечењу, организованост истраживачког рада са факултетима и другим истраживачким установама, перманентност усклађивања формалног и неформалног образовања запослених, развој здравствених и информационих технологија, развој кључних знања и вештина, ниво посвећености запослених циљевима организације, од који се као кључни истичу:

– **истраживачко-научна делатност**, која обухвата истраживање настанка болести, дијагностику и лечење и предупредивање компликација. Институти су носиоци, референтне установе за истраживачки, који се у свом раду повезују са Медицинским факултетом и његовим истраживачким центрима, клиникама и клиничким центрима, као и осталим сродним установама. Истраживачки капацитети болнице се могу развијати у правцу вршења основних истраживања за дијагностику и прогностику, предклиничка истраживања, клиничке и епидемиолошке студије. Важни су и билатерални пројекти (кроз разне клиничке студије, ИПА и предприсутне европске фондове, итд) са признатим иностраним установама које омогућавају унапређење знања и технологије. У болницама је научни рад неодвојиво повезан са образовним радом, а подразумева менторство над приправницима и специјализантима;

– **доктрина дијагностике и лечења**, као главни водич стручног рада. Медицинска доктрина је збир систематично припремљених констатација на основу евалуације података о лечењу, који указују на најадекватнији начин заштите болесника. Доктрине се усавршавају, односно допуњују на основу истраживања и нових научних сазнања, и оне се не мењају услед локалних посебности, различитих погледа на здравствену негу или због финансијских могућности поједине државе. Медицинска доктрина је глобални струковни оквир деловања сваке здравствене установе [12]. Резултат лечења пацијената у болницама је комплексан за мерење, јер је осим оздрављења, преживљавања, од значаја је и бољи квалитет живљења. Преживљавање је најлакше мерити, док су квалитет живљења и смањење субјективних тешкоћа теже мерљиви. Доктрина дијагностике и лечења је веома важна при усвајању нових метода дијагностике и лечења, јер омогућавају примену резултата лечења и планиран пренос иновација из окружења. Оно што је посебно значајно јесте редовно осавремењавање доктрина које се морају заснивати на побољшавању лечења и на доказима. Значајно је да се све ретке болести упућују специјалистичким установама, тако је могуће сабрати на једном месту довољно знања и искуства, те пацијенту обезбедити примерен ниво здравствене неге, јер су искуства показала да је већи степен преживљавања пацијената у специјалистичким установама за лечење у односу на болнице;

– **образовање и усавршавање запослених**, што је императив и кључни фактор развоја, а знање запослених је основна конкурентска предност, без обзира на делатност коју нека организација врши. Знање није водећа конкурентска предност само у привредним гранама, већ и у школама, на универзитетима, болницама и другим услужним делатностима. Са формалним образовањем људи се оспособљавају за рад, али високообразовани запослени, поготову требају континуирано образовање кроз цео радни век, и да могу своје знање осавремењавати. Зато је данас у здравству, нужно перманентно образовање са високим степеном формалног образовања, што се код на

примењује кроз програме континуиране медицинске едукације и обавезу периодичне обнове лиценци за рад. Стратегија установе треба да моделира оптималну комбинацију између следећих начина усавршавања: конгреси као класичан сусрет учесника на којима се представљају најновија научна догађања; курсеви као облик усавршавања код којих је пажња посвећена употреби научних догађаја са практичним примерима и промптном разменом информација и знања; самообразовање је начин усавршавања путем праћења стручне литературе, научних публикација и ревија; практично усавршавање је најефикаснији начин усавршавања којим учесници продубљују знања и допуњују вештине, те размењују информације и искуства. У болници не сме бити нагласак на учењу због допуњавања медицинског знања, већ се код запослених мора подстицати сарадња и комуникација, ради стварања конкурентска предност установе и могућности да њени запослени уче брже него запослени конкуренције.

### *Кључни фактори димензије финансијских перформанси установе*

Усмереност менаџмента болнице искључиво на обезбеђивање додатних новчаних средстава је критична тачка процеса управљања. Наиме, када менаџери верују да је све могуће решити помоћу новца, догађа се да обезбеђење додатних средстава постаје њихова једина мисија. Услед нарастајућих трошкова у здравству долази до кризних ситуација, које поспешује и чињеница да је заједница здравству омогућила недовољно новчаних средстава. Државе се међусобно све више разликују према својим финансијским и медицинским могућностима, па је у свету све чешће присутна расправа о начину премошћавања овог раскорака. Макроекономисти заговарају тезу да је лакше надзирати трошкове здравства када постоји један извор финансирања, нпр. порези и доприноси, него у случајевима када је финансирање фрагментирано из више извора.

Стратегијски циљ здравствених установа мора обезбедити пружање најбољих услуга, у складу са финансијским могућностима. Руководство болнице мора рационално одмерити циљеве, тако да се може заштитити од трошења средстава услед сопствене несигурности. Потребно је раздвојити и сагледати економске и моралне разлоге, а изворе употребити тамо где ће дати адекватне укупне резултате. Менаџмент болнице не сме приуштити да троши изворе за оно за што нема ефекте, уколико жели достићи постављене циљеве. Ипак, треба да нађе довољно моралних разлога за нешто што треба урадити, јер никада се не располаже са довољно ресурса [13].

Функција управљања финансијским перформансама треба да генерише релевантне информације за интерно доношење одлука и контролу, а која се нашој пракси ограничава на доминантно рачуноводствени фокус. Побољшање и нивелирање система финансијског управљања треба да има позитиван ефекат на следеће факторе: шансе за добијање нових пројеката, шансе за смањење трошкова на постојећим активностима, оптимално коришћење постојећих ресурса, економичност, ликвидност, солвентност, финансијски положај, профитабилност, рентабилност, репродукциона способност, нето новчани ток, итд. Као кључни фактори који опредељују управљање финансијским перформансама јавне здравствене установе, истичу се:

– **ЕКОНОМИЧНОСТ**, кроз тежњу да раст прихода и смањење трошкова по пацијенту треба да буде основ стратешке оријентације установе. Међутим, запажа се да у јавном сектору, који се ослања на јавни извор финансирања, по правилу доминира

релативно пасивна улога руководства. Систем јавног финансирања код нас подразумева да је обим и структура редовних прихода болница дефинисана уговором о финансирању са РФЗО, и на приближно истом нивоу у протеклих неколико година. Једини фактор који може значајније да утиче на обим прихода јесте укључивање нових начине дијагностике и лечења, пре свега увођење нових услуга, односно лекова за лечење болести. Значајно је истаћи да обим уговорених услуга које покрива обавезно здравствено осигурање није у директној сразмери са обимом уговорених новчаних средства, већ је обим новчаних средства ограничен, уз обавезе установа да пружају нужне услуге, па и већи обим здравствених услуга. Знатан део сопствених прихода болнице могу имати и од услуга које не плаћа РФЗО, односно од комерцијалних пацијената који желе услугу лечења на основу сопственог плаћања;

– **трошкови по болеснику** који оптерећују и усложњавају активности лекара као кључних фактора у процесу дијагностике и лечења. Уз то, менаџери болнице, који нису лекари, оријентисани су искључиво на смањење трошкова, и показују премало занимања за дневне тешкоће и целовито вредновање резултата рада лекара. Поготово, лекар није онај који сам одлучује како ће се понашати у конкретном случају и користи индивидуални приступ болеснику ако у свом раду користи прописан клинички водич. Руководство болнице мора знати са каквим трошковима може створити производ одређеног квалитета и каква је његова вредност. У већини здравствених установа је сложено описати, дефинисати и измерити здравствени производ, па се као производ може схватити свако појединачно догађање у процесу здравственог третмана болесника [12];

– **ликвидност**, која је усмерена на ажурно измирење обавеза установе, односно за остварење стабилног финансијског положаја. Домаћим јавним здравственим установама РФЗО новчана средства дозначује са унапред одређеном динамиком и структуром, што је основа на којој се темељи дневно планирање и обезбеђивање средстава за плаћање доспелих обавеза из текућег пословања. Услед фактурисање, а неплаћене реализације од стране РФЗО, дошло је до вишегодишње нарушене ликвидности установа, која је делом побољшана претварањем обавеза установа у јавни дуг државе. У којој мери је ликвидност домаћих здравствених установа угрожена сведочи и податак за 2014. годину, да више од 85% установа не измирује своје обавезе према добављачима у законом прописаном року (120 дана) [5]. Посебан проблем ликвидности представља финансирање набавке опреме и инвестиционо одржавање од стране оснивача, које не би смело стварати додатне трошкове и угрозити измиревање обавеза од добављача роба и услуга за текуће пословање. У делу управљања ликвидности посебно важан сегмент је управљање залихама лекова и медицинских средстава, јер је важно оптимизирати залихе са аспекта финансирања, али пре свега са аспекта потреба лечења;

– **финансирање усвајања нових технологија**, односно нових начина дијагностике и лечења, представља највећи притисак на расходе болнице. За реализацију иновација треба обезбедити сагласност Здравственог савета при Министарству здравља и додатна новчана средства. На пример, процес увођења лека је релативно дуг, годину-две од регистрације лека, што доводи до изузетно великог притиска лекара и болесника.

При дефинисању фактора модела УСП, у пракси постоје бројни изазови и проблеми, јер поред максималне посвећености руководства, истовремено нема фокуса на синхронизацију и обједињавању оперативних и стратегијских мера, а на топ

менаџерском нивоу фокус је усмерен на разумевање кључних операција и активности. Неке студије указују на потребу подстицања одређених људских ресурса, не журећи са увођењем УСП, желећи на тај начин креирати пријемчиве организационе културе ради интеграције показатеља у постојећи систем управљања [14]. У домаћој теорији и пракси не посвећује се довољно пажње систему мултидимензионалног мерења перформанси, поред осталог, јер:

- код здравствених установа једно мерило ефикасности, односно циљ пословања, није једноставно дефинисати (код предузећа је много лакше, јер је циљ по правилу профит);
- здравствене установе имају више циљева, који су, по правилу, у међусобном конфликту;
- здравствене установе су комплексне за схватање друштвеног доприноса (како их наградити ако су оцењене као успешне, односно како их казнити ако су неуспешне);
- компромис као принцип решења није афирмисан на релацији друштво-здравствене установе, а поготово кроз могућност кроз имплементације модела УСП.

## Модел УСП за управљања перформансама јавне болнице у Србији

Ефикасна анализа је претпоставка доброг руковођења, а организације које су водеће у грани, по правилу боље препознају пословно окружење. Пажња је, како на финансијским показатељима и оперативној ефикасности, тако и на неким факторима – задовољству странака, људима и иновативности. Треба бити свестан да организације у комплексном окружењу захтевају ефикасно деловање и рационалан избор показатеља успешности. Праћење превише показатеља слаби организацију, па је важно да се мере оне категорије чији су резултати информационо употребљиви [15]. Систематизација показатеља модела УСП за мерење ефикасности здравствене установе подразумева [16]:

- да се морају обезбедити подаци помоћу којих је могуће поуздано и тачно изразити вредност показатеља;
- да се у једном моделу кроз више група показатеља омогући интегралан преглед пословања;
- да је модел кратак и сажет, да не захтева пуно времена и знања да га менаџери апсолвирају;
- да се конкретизује, на начин да показатељи систематизовани у четири групе мере ефикасност сваки на свом подручју, а треба да су у релацији са визијом и стратегијом установе.

У овом раду аутори су користили резултате спроведеног истраживања у покрајинским јавним болницама [16], као и резултате модела УСП [11] за здравствену делатност, те на резултате истраживања из осталих доступних извора у литератури и пракси. На основу спроведеног додатног истраживања за потребе овог чланка, модификован је и креиран следећи мултидимензионални систем УСП (табела 2):

Табела 2 – Мултидимензионални систем показатеља за управљање перформансама јавне здравствене установе у Републици Србији

Показатељи перспективе странака		
Циљ	Показатељ	Мерна јединица
Корисници су задовољни услугама	Евиденција задовољних Број притужби	% Број
Лекар пружа болеснику све потребне информације	Извршени дијагностички поступци и примерена здравствена документација	% оцена – примерено
Пружање услуга у складу са прописима платиоца услуга	Уочене неправилности Теже неправилности	Број неправилности Одштетни захтеви – у динарима
Извршење препорука за обликовање политике надзора здравствене заштите у нивоу државе	Извршење препорука	%
Показатељи финансијске перспективе		
Раст прихода из пословања	Приходи по пацијенту у текућем према претходном периоду	%
Смањење трошкова стандардног лечења болесника	Трошкови лечења по пацијенту у текућем према претходном периоду	%
Смањење укупних трошкова	Укупни расходи/укупни приходи	%
Обавезе према добављачима извршавају у законском року	Износ неплаћених доспелих обавеза	у дин
Залихе медицинског материјала износе највише 25% потребне месечне потребе	Стање залиха/месечна потреба	%
Нови начини терапије не угрожавају финансијску стабилност	Трошкови новости/ вредност додатна обезбеђених средства Трошкови новости/вредност	% у дин
Показатељи интерних процеса		
Скраћење времена од првог доласка до краја оздрављења	Време чекања до краја оздрављења	Број дана
Кључна опрема и операционе сале се користе у две смене	Број часова ефективног коришћења	Часови
Лекари су једнакомерно оптерећени	Број прегледа по лекару Број захтева за лекара	Број Број
Рад дијагностички служби је поуздан	Број правовремених дијагностика /укупном број дијагностика	%
Смањење болничких инфекција	Број болничких инфекција/број операција	%
Опоровак болесника је у складу са усвојеном клиничким водичима	Недопуштена одступања	Број
Показатељи перспективе учења и раста		
Увођење новости да буде унапред планирано, темељно на бази строгих стандарда	Уведене новости/планиране новости	%
Привлачење развојних пројеката, програма, клиничких студија	Број нових програма, пројеката, клиничких студија	Број
Резултати опоравка у болници да буду примерени референтним болницама	Смртност пацијената у болници према просеку референтних болница	%
Едукација лекара у референтним центрима	Трајање едукације	Број дана

(Извор: приказ аутора)

Приказани модел УСП у јавним болницама пружа основу за добро дефинисање стратегија, одговарајућу везу између узрока и последице, односно баланс између интерних и екстерних фактора и између успоравајућих и водећих показатеља перформанси пословања. Најкомплекснији менаџерски задатак је превођење пословне стратегије у резултате кроз мерење као инструмент вођења. У приказаном моделу за мерење стратешке успешности значајно је да постоји консензус о оцењивању, који сви разумеју и којег се придржавају сви менаџери – да су финансијски и нефинансијски показатељи уравнотежени, да показатеље редовно осавременавају и да запосленима достављају јасне податке о мерама и резултатима. При оцењивању и мерењу важно је да не трошимо енергију на ствари на које не можемо утицати; енергију треба уложити у прилагођавање променама, али у суштини оне треба да се предухитре [15].

На основу опсервација из праксе домаћих здравствених установа уочава се да системи за мерење перформанси (иницијално конципирани на побољшање перформанси) нису „магични меци” који ће увек погодити у мету, већ напротив, морају бити адаптирани како би одражавали контекст узрочно-последичних појава у организацији. Стога, чини се да би добра почетна тачка могла бити након дефинисања предметног модела који одражава стратегијску основу да се у оперативној димензији примени модел и то, пре свега, са организационим јединицима које пружају услуге корисницима које су временски ограничене, као што су одељења ургентне медицине, радиологије, анестезије, ОП блока и дневне хирургије. Наравно, неопходна је интеграција, и то на различитим нивоима као што су: водећа одељења установе, руководство, управни одбор и оснивач.

У процесу имплементације модела УСП присутан је отпор на оперативном нивоу који полази, пре свега, од чињенице да се јасно не препознају користи за појединца и организацију, а у вези са, пре свега, факторима окружења. Држава као фактор окружења, најчешће, врши притисак да се одржи поуздана клиничка активност без обзира на обим финансирања од стране јавног здравственог фонда, а са друге стране захтева од руководства да одржи равнотежу активности и финансија. Уједно, у процесу кристализације модела УСП водило се рачуна о следећим факторима: могућност прибављања релевантних података – показатеља, потребним буџетским средствима, лако разумљив језик, комуникацији са препрекама и посвећеност организацији, прекидима услед промена у менаџменту, организационој култури и стратешке оријентацији установе, као о и могућности задобијање консензуса о релевантним стратешким информацијама на свим организационим нивоима.

Конкретно, основне импликације које проистичу из процеса израде модела УСП су:

- да треба бити проактиван у преузимању мултидимензионалног приступа и преиспитати водеће нефинансијске показатеље,
- придобити разумевање „унутар куће” за модел УСП који би развили менаџери и који би задовољио њихове потребе.

## Закључак

Истраживања досадашње ситуације у здравственом систему Србије указују на следеће проблеме:

- у екстерном окружењу: тежња за краћим останком у болници, опадајући број пријема пацијената, слаба искоришћеност одређених медицинских одељења, сезонске вари-

јације у пријемима, нове форме конкуренције које привлаче лекаре и пацијенте, повећање трошкови одржавања капиталне опреме, повећање трошкова лечења пацијената;

– у интерном окружењу: неефикасан одговор регулаторним ограничењима, тешкоће у интеграцији стварне маркетинг оријентације у целу организацију, одсуство „cost-benefit” оријентације у селекцији услуга које се нуде, екстензивне инвестиције у објекте и скупу опрему, закаснили одговор на претње и шансе у окружењу.

У оваквом окружењу болница се дневно суочава са проблемима који афирмишу потребу примене система балансираних показатеља, као водећег алата управљања. Успркос свему, на оперативном нивоу потреба за континуираним побољшањима мултидимензионалног система за мерење перформанси је оправдана. При томе, такав систем може да пружи:

– помоћ у искоришћењу прећутног знања лекара и осталог особља у развоју мултидимензионалног приступа управљању перформансама који ће задовољити потребе свих заинтересованих страна;

– обезбеђење основе контролингу у праћењу стратешких иновација, мера перформанси и клиничких исхода пацијента;

– снабдевање додатним информацијама о финансијским перформансама које су исказане у званичним извештајима, односно пружање релевантних информација које могу модификовати понашање лекара и повећати самосвест о трошковима међу запосленима;

– афирмацију и подршку спознаји релација између показатеља у функцији управљања и развоја;

– ублажавање моћног утицаја оснивача на управу болница, осигуравајући да захтеви за информацијама не буду запостављени у систему мерења перформанси у јавном сектору;

– подршку развоју приступа управљању „bottom-up” уместо „top-down”;

– афирмацију балансираног фокуса, а не само фокуса према финансијама или оснивачу; односно развити клиничко знање како би се обезбедила идентификација финансијских и нефинансијских фактора, који су кључни за успех установе.

На крају, важно је истаћи да улога модела УСП мора бити развијена како би постала више од краткорочне оријентације у току кризе – да се фокусира на специфичност управљања у јавном здравству, континуитет обезбеђивања информацијама за решавање виталних проблема и афирмацију тимског приступа управљању.

## Литература

[1] Kaplan R. S., Norton D. P. *The Balance scorecard-translating Strategy into Action*, Boston; Harward Business School Press, 1996.

[2] Kaplan R. S., Norton D. P. *The strategy focused organization: Know Balance scoracard company Thrive in the New Business Enviroment*, Boston; Harward Business School Press, 2000.

[3] Castaneda M. K. et al: The role and Aplication of the Balnced Scorecard in Healthcare Quality managment, *Journal of Healthcare Quality*, 1/2- 1998.

[4]Чавлин, М. и Игњатијевић, С. *Изазови и перспективе медицинског туризма и свету у Републици Србији*, II Internacional scientific-practical conference "Sustainable development of tourism market: Internacional practice an Rusian experience, Stavropol, Russia, 2014.

- [5] Билтен број 2- 3/2014, Комора здравствених установа Србије, Београд, 2014.
- [6] Inaamdar, N., Kaplan, R. S. and Bower, M. Applying balance scorecard in the helthcare provider organizations, *Journal of Helthcare management*, 2002.
- [7] Zelman, V. N., Pink, G. H. and Mathias, G. B. Use balance scorecard in the helthcare organizations, *Journal of Helthcare Finanace*, 2003.
- [8] Braam, G. J. M. and Nijsen, E. J. Perfomance *effect of using balancescorecard:a note on the Dutch expirince*, Long Range Planning, 2004.
- [9] Shutt, J. Balancing the Health Care Scorecard. *Managed Care*, 2003.
- [10] Wu, A. W. Johansen Kirsten Staehr: Lessons from Europe on Quality Improvement: Report WHO Meeting, *Journal od Quality Improvement*, 1999.
- [11] Чавлин М. *Контролинг као експертска подршка управљању компанија са освртом на могућност имплементације у здравственој делатности*, Привредна академија Нови Сад, 2009.
- [12] Hindle, D. *Background notes for Inception Workshop: Health Sector Managment project*, Ljubljana, 2002.
- [13] Drucker, P. *Managin the Non-Profit Organization*, Oxford, 1990.
- [14] Schalm, C. Implemnting balancescorecard as strategic managment tool in a long-term care organization, *Journal of Health Service and Research and Policy*, 2008.
- [15] Ling H. J., Schiemann, A. W. From Balaced Scorecard to Is Measurment, *AMA*, 1996.
- [16] Чавлин, М. Испитивање ефикасности система здравствене заштите АП Војводине, Пројекат 107-401-00130/2010-01/01 Покрајински секретаријат за здравство АП Војводине, Нови Сад, 2010.