



У Н И В Е Р З И Т Е Т У Н И Ш У
Е К О Н О М С К И Ф А К У Л Т Е Т

мр Наталија Боровић

У П Р А В Љ А Ч К О – Р А Ч У Н О В О Д С Т В Е Н А М Е Р Е Њ А И
У Н А П Р Е Ћ Е Њ А П Е Р Ф О Р М А Н С И У З Д Р А В С Т В Е Н И М
О Р Г А Н И З А Ц И Ј А М А

докторска дисертација

Ментор:
Проф. др Благоје Новићевић

НИШ, 2014.

Аутор:

- мр Наталија Боровић, рођена 1975. године у Мостару. Дипломирала (1999.) и магистрирала (2007.) на Економском факултету у Београду.

Чланови комисије:

- др Благоје Новићевић, редовни професор, Економски факултет, Ниш
– ментор
- др Дејан Малинић, редовни професор, Економски факултет, Београд
– први члан комисије
- др Љиља Антић, ванредни професор, Економски факултет, Ниш
– други члан комисије

Датум одбране: _____

НАУЧНИ РЕЗУЛТАТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Научни резултати треба да омогуће јасније и потпуније сагледавање успешности пословања здравствених организација, као и стварање информационе, методолошке, инструменталне и техничке основе, у делу управљачког рачуноводства, за њено унапређење. Дакле, циљ рада је да се обезбеди потпуно и егзактно праћење, исказивање и тумачење индикатора успешности обављања постојећих активности, а затим и разматрање могућег унапређења по основу алтернативног деловања. У том циљу резултати истраживања требало би да обезбеде:

- одређење концептуалног оквира за мерење и унапређење перформанси здравствених организација;
- идентификовање система мера перформанси здравствених организација који уважава мере перформанси сектора здравства, заједничке мере перформанси здравствених организација, као и мере перформанси значајне за сваку здравствену организацију;
- детерминисање управљачко–рачуноводствене информационе основе за идентификовање и мерење изабраних перформанси на нивоу здравствене организације и њиховим стратешким и оперативним управљањем;
- анализу примене савремених управљачко–рачуноводствених метода имплементације стратегије здравствене организације;
- анализу примене савремених управљачко–рачуноводствених метода унапређења стратегије здравствене организације;
- анализу примене савремених управљачко–рачуноводствених метода имплементације и унапређења стратегије здравствених организација у Србији;

С обзиром на оскудна теоријска истраживања ове области код нас, сматрамо да би резултати у овом раду могли пружити теоријски основ за унапређење пословања здравствених организација и то кроз унапређење процеса управљања. То је значајно обзиром на потребу ефикаснијег коришћења расположивих средстава и све евидентније продирање тржишних критеријума успешности. Агресивније прибављање средстава, као и за њихово одговорније и ефикасније трошење захтева професионализацију менаџмента за шта је информациона, методолошка, инструментална и техничка основа управљачког рачуноводства кључни предуслов.

SCIENTIFIC RESULTS OF THE DOCTORAL DISSERTATION

Scientific results should provide a clearer and more complete overview of healthcare organizations' performances as well as the creation of informational, methodological, instrumental and technical basis of management, aiming for the overall performance improvement. Therefore, the objective is to ensure the full and exact tracking, reporting and interpretation of indicators for the performance of existing activities, and the consideration of possible improvements on the basis of alternative actions. Ultimate goal is for the results of research to provide following:

- definition of a conceptual framework for measuring and improving performance of health care organizations;
- identification of performance measures for healthcare organization that recognizes the health sector performance measures which can be performances common to all healthcare organizations and important performance measures for each healthcare organization;
- determination of management-accounting information base for identifying and measuring the performance of selected levels of healthcare organization and their strategic and operational management;
- analyzing the application of modern managerial-accounting methods for implementation and improvement of healthcare organization strategies;
- analyzing the application of modern managerial-accounting methods for implementation and improvement of healthcare organization strategies in Serbia

Given the scarce theoretical research in this area here, we believe that the results in this dissertation can provide theoretical basis for improving the health care organizations and to improve the management process. This is important given the need for more efficient use of available resources and market penetration of more and more evident success criteria. More aggressive fundraising, as well as more efficient spending requires professionalization of management for which the informational, methodological, instrumental and technical basis of management accounting is the key prerequisite.

ИЗЈАВА МЕНТОРА О САГЛАСНОСТИ ЗА ПРЕДАЈУ УРАЂЕНЕ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Овим изјављујем да сам сагласан-на да кандидат **Наталија (Обрена) Боровић** може да преда Служби за наставна и студентска питања Факултета урађену докторску дисертацију под називом **Управљачко – рачуноводствена мерења и унапређења перформанси у здравственим организацијама**, ради организације његове оцене и одбране.

(Потпис ментора)

STATEMENT OF TUTOR FOR SUBMISSION OF COMPLETED DOCTORAL DISSERTATION

Hereby I declare that I agree that the candidate **Natalija (Obren) Borović** can submit completed Doctoral dissertation to the officer for the postgraduate education of the Faculty under the name of , *“Management – accounting measurement and improvement performance for health organizations”*, for the purpose of its organization and evaluation.

(Mentor’s signature)

ИЗЈАВА

Под пуном материјалном и моралном одговорношћу изјављујем да је приложена докторска дисертација резултат сопственог научног истраживања и да је коришћена литература на адекватан начин цитирана, без преузимања идеја, резултата и текста других аутора на начин којим се прикрива оригиналност извора. У потпуности преузимам одговорност за спроведено истраживање, анализу, интерпретацију података и закључке.

Својеручни потпис:

У Нишу, дана _____ године

S T A T E M E N T

With due material and moral responsibility, hereby I declare that the Doctoral dissertation is the result of personal scientific research and that the references used are cited adequately without use of ideas, results and texts of other authors in the way that hides the source's originality. I take the full responsibility for conducted research, analysis, data interpretation and conclusions.

Signature:

Niš, _____

УПРАВЉАЧКО – РАЧУНОВОДСТВЕНА МЕРЕЊА И УНАПРЕЂЕЊА ПЕРФОРМАНСИ У ЗДРАВСТВЕНИМ ОРГАНИЗАЦИЈАМА

Кратко образложење теме

Тема под називом „*Управљачко–рачуноводствена мерења и унапређења перфо – рманси у здравственим организацијама*“, у пет издвојених тематских целина, бави се питањима успеха, као и могућностима унапређења успеха здравствених организација. Анализа и процена успешности наведених субјеката намеће доста озбиљна и сложена питања која се односе на проблеме дефинисања циљева, утврђивања приоритета, исказивања циљних индикатора, и повезано са тим, оцене вредности учинка здравља и његовог номиналног, односно вредносног израза. Наведене тешкоће посебно су наглашене уколико се здравље посматра шире од одсуства болести/неспособности, затим ако се учинак здравља тумачи сложеније од егзистенционалног, па и биолошког здравља, као и уколико се остварени ефекти прате обухватније од бенефита којег остварује непосредни корисник, односно пацијент. То су све елементи за сложу анализу успеха, која захтева примену интегралних система вредновања остварења, било на нивоу организације или појединих њених делова. У том циљу треба сагледати информационе, методолошке, инструменталне и техничке потребе менаџмента које обезбеђује управљачко рачуноводство.

Целовитост и вишедимензионалност пословних остварења у савременим условима пословања захтева истовремену примену више управљачко–рачуноводствених метода, инструмената и техника, односно њихов интегрални приступ. Јачање информационе основе посебно прилагођене потребама управљања, као и пружање потпуније представе, како о пословним остварењима, тако и о могућностима алтернативног деловања предуслов је за основана пословна преусмеравања која треба да доведу до унапређења успеха. Основни циљ је да се подстакне развој у процесу одлучивања ради рационалнијег трошења расположивих средстава, али на начин који не нарушава оквире непрофитабилности, доминацију хуманих вредности и значај очувања здравствене етике, што су заправо примарни, често и условни критеријуми реализације успеха уопште.

MANAGEMENT – ACCOUNTING MEASUREMENT AND IMPROVEMENT PERFORMANCE FOR HEALTH ORGANIZATIONS

Summary

Topic titled "Management and Accounting for measurement and improvement of performances in health care organizations," consists of five thematic parts, which are dealing with issues of successfulness, as well as the possibilities for improving the success rating of healthcare organizations. Analysis and evaluation of the success of such entities imposes quite serious and complex issues related to the problems of defining goals, establishing priorities, the expression of target indicators, and associated with it, the value assessments of healthcare and performance of its indicators. These difficulties are particularly evident when looking at assessing the healthcare in the absence of disease / disability, or if the health effects are more complex than purely existential and biological health, or if the effects achieved by comprehensive benefits are observed beyond the effects which are realized by the direct user or patient. These are the elements of success for complex analysis, which requires the application of integrated evaluation system works at level of the whole organization. Accounting management is a tool which enables organizational management to realize informational, methodological, instrumental and technical needs and to address them accordingly. This type of analysis requires evaluation of information primarily in the area of management accounting, as well as the ways of obtaining, viewing and professional interpretations of the data collected. It should help by displaying of the specific management - accounting techniques and instruments which are implemented into the integrated healthcare system's operations, and purpose of which are portraying the complete, usually multi-dimensional image of business achievements.

Strengthening the information base especially adapted to the needs of management, as well as providing a more complete scope of the performances, considering both, the business accomplishments and the possibilities of alternative activities, is a prerequisite which should lead the established organization to improved success. The main goal is to support the development of professionalism and accountability in the decision-making process, which should lead to more rational spending of available funds in a way that does not infringe on the principles of non-profitability and importance of maintaining the humanitarian values and preserving medical ethics, which are conditions for any measurement of success in field of health care.

СПИСАК ТАБЕЛА

- 1 Општи циљеви здравствене заштите
- 2 Оквир за дефинисање приоритета у складу са захтевом максимизације здравственог бенефита
- 3 Допринос економије у сектору здравства
- 4 Табеларни преглед (са алгоритмом) утицаја резултата претходних програма на остварење резултата текућих активности (ефекат кумулативности)
- 5 Преглед индекса квалитета живота и GDP по глави становника по земљама (2005.)
- 6 Хијерархија пословних остварења у здравству (уздужни приказ значаја/ приоритета извршења циљних учинака)
- 7 Извештај одељења гинекологије и акушерства
- 8 Извештај амбуланте за борбу против стерилитета
- 9 Планирање финансирања здравствене организације уважавајући категорије апропријација и квота на пројектној основи
- 10 Дневни финансијски извештај на дан 1.3.2012. године
- 11 Примена SWOT анализе на нивоу здравствене организације
- 12 Преглед стратешких циљева здравствене организације са програмима, активностима и индикаторима њихове реализације (учинака)
- 13 Индикатори циљног извршења према перспективама пословних унапређења и правцима развоја
- 14 Операционализација стратешког плана – израда Balanced Scorecard – Стратегијске мапе
- 15 Редифинисање приступа (правила) имплементације стратегије здравствене организације у складу са концептом креирања вредности
- 16 Преглед мера за унапређење стратешких планова груписаних по припадности одређеном стратешком циљу

СПИСАК СЛИКА

- 1 Примена Парето оптимума као основа за расподелу ресурса у здравству
- 2 Максимизација здравствене ефикасности ширењем доступности здравственог бенефита – хоризонтални критеријум
- 3 Максимизација здравствене ефикасности уз ширење доступности здравственог бенефита – вертикални критеријум
- 4 Утицај дисконтовања на вредност изгубљених година живота услед дејства фактора времена
- 5 Концептуални оквир примене економије у здравству
- 6 Различити аспекти посматрања учинка по основу здравствених активности
- 7 Фактори који детерминишу перформансе успеха
- 8 Крива добитка година живота
- 9 Крива добитка (одржања) живота
- 10 Поређење успешности две интервенције применом QALYs индикатора
- 11 Приказ међуусловљености индикатора здравствено кориговане године живота
- 12 Илустрација међуусловљености индикатора здравствено кориговане године живота
- 13 Концепт условне профитабилности
- 14 Организациона структура здравствене организације по службама, одељењима, здравственим станицама и амбулантама
- 15 Класификација болничких услуга у оквиру здравствене организације
- 16 Тумачење успешности у оквиру оперативног пословног одлучивања
- 17 Модели доприноса унапређењу пословних резултата у делу оперативног одлучивања
- 18 Фазе стратешког одлучивања
- 19 Елементи стратешког оквира за обављање функције јавног здравља
- 20 Фазе (процес) израде стратегијског плана пословања
- 21 Процес имплементације стратешког плана здравствене организације
- 22 Приказ стратегијских исхода у складу са интересним користима сваке од страна укључене у реализацију стратешких циљева здравствене организације
- 23 Приказ циљних индикатора према различитим интересним субјектима на које се реализација стратешких циљева односи
- 24 Графички приказ динамичког приступа примене BS концепта
- 25 Приказ система ланца вредности у функцији имплементације стратегије пословања здравствене организације применом концепта креирање вредности
- 26 Развијање система ланца вредности у циљу имплементације стратегије здравствене организације у складу са концептом креирања вредности

- 27 Субјекти који учествују у креирању вредности здравља као аутпута у складу са потребама корисника, односно пацијента
- 28 Примена сегментираних праћења трошења наменски одређених средстава према програмским/субпрограмским целинама применом буџетског принципа потрошње
- 29 Мапирање пословних процеса, процедура и активности стоматолошке организације у оквиру дома здравља
- 30 Иницијални модел индикатора укупних перформанси здравствене организације
- 31 Модел унапређења клиничке праксе применом benchmarking точка
- 32 Графички приказ пословних опција по основу мера активне политике менаџмента у циљу унапређења пословних процеса здравствених организација
- 33 Евалуација концепата који се базирају на програмима унапређења квалитета на временској оси
- 34 Систем унапређења здравствене организације заснован на праћењу и уважавању захтева пацијента – маркетиншки концепт унапређења пословне стратегије
- 35 Четири подручја/аспекта унапређења квалитета пословања здравствених организација
- 36 Ефекат диверсификације на смањење ризика изолованог пројекта (портфолио пословног програма/индивидуализација понуде)
- 37 Графичка интерпретација концепта теорије ограничења заснована на примени пет кључних корака у циљу идентификације фактора ограничења
- 38 Узрочници губитака и пропуста у процесу пружања здравствених услуга
- 39 Нивои стратешког оквира за обављање функције јавног здравља у делу стратешког, законодавног и професионалног регулисања као оквир за формулисање пословне стратегије здравствене организације

*„Први и најприроднији услов човековог напретка је
здравље. У њему је лепота, снага, дуговечност сваког
појединца, па тако и људских заједница, племена,
држава и целокупног човечанства“*

Милан Јовановић – Батут, 1847–1940

КОНЦЕПТУАЛНИ ОКВИР МЕРЕЊА И УНАПРЕЂЕЊА ПЕРФОРМАНСИ ЗДРАВСТВЕНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА

1. Циљеви здравствене заштите

Здрави грађани су темељ развоја сваке земље јер само здрави људи доприносе укупном социјалном и економском развоју друштва. То указује да је интерес, а и обавеза пре свих државе да се стара о очувању и унапређењу здравља популације чији достигнути ниво одређује, како општи квалитет, односно стандард живота, тако и начин и могућности функционисања осталих сектора друштва. Наиме, без обзира да ли се здравље посматра као предуслов за нормално одржање и функционисање биолошког, социјалног и производног капацитета/живота људи или као право гарантовано уставом¹ или као

¹ „Свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља. Деца, труднице, мајке током породилског одсуства, самохрани родитељи деце до седам година и стари остварују здравствену заштиту из јавних прихода“, члан 68. Устава Републике Србије ("Сл. гласник РС", бр. 98/2006);

цивилизацијска тековина² или пак као ресурс од националног, односно општег значаја³ сасвим је извесно да се реализација циљева здравља не може посматрати као потрошња, већ само као инвестиција и то инвестиција у функцији одржања друштва, а затим и његовог развоја.⁴

Полазећи од усвојених стратегија и националних програма, као и важеће државне политике, пре свих из домена здравственог сектора, а у складу са законом којим се уређује област здравства доноси се план развоја националног здравља становништва, као стручно–политички документ о циљевима и правцима развоја здравствене заштите и могућностима унапређења система јавног здравља. Овај план на свим нивоима система здравствене заштите (примарни, секундарни и терцијарни) успоставља и на дуги рок одржава равнотежу између, пре свега стручности и безбедности система здравствене заштите, а потом и ефективности и ефикасности спровођења послова везаних за извршење функције јавног здравља. То захтева разматрање, односно укључивање и процену медицинских, али и економских аспеката успешности, у мери и на начин да се задовољи специфичност тумачења захтева успеха прилагођено сектору здравства.

На основу показатеља актуелног здравственог стања нације (учешћа хроничних незаразних болести, заразних болести, као и врсте и интензитета фактора ризика), постојећих материјалних и кадровских капацитета (опрема, смештајни капацитета,

² „Доступност здравственој заштити високог квалитета је једно од кључних људских права које препознају и цене Европска унија, њене институције и грађани и грађанке Европе, “Patient Safety – Making it Happen”, Декларација у Луксембургу, 2005. године.

³ Ниво здравственог стања популације дефинише друштвене могућности у делу производних капацитета (ниво стања људских ресурса од којих зависи привредни/економски развој), али одређује, такође и структуру опште потрошње с обзиром да од квалитета и нивоа задовољења здравствених потреба зависи интензитет и структура других потреба, пре свих квалитет и стандард живота, систем вредности, врсте и структура потреба, односно тражња роба и услуга широке потрошње и сл.

⁴ Према патерналистичкој традицији (Winston Churchill (1951–1955), Anthony Eden (1955–1957), Harold Macmillan (1957–1963) и Alec Douglas-Home (1963–1964)) један од примарних задатака државе је заштита и унапређење здравља које је у Енглеској током 19. века повезивано и са борбом државе против сиромаштва. То је захтевало залагање државе за успостављањем социјалних мера у функцији, како здравствене, тако и социјалне сигурности становништва. Такође, „социјално мотивисани“ патернализам подржавао је, односно сматрао је легитимним социјално–политичке корекције тржишне привреде под надзором и контролом директно државе (Према извору: www.doiserbia.nb.rs/ft.aspx?id=0038-03180404327L). Доминантна улога државе и њена обавеза регулисања и заштите општих и професионалних интереса у сектору здравства у Немачкој је још у 18. веку потврђивана могућношћу државе да у име здравља делује као полиција („Medicinska policija“, Frank J. P. Public Health in Germany, 1776. године, према извору, Porter D., 1994., *The History of Public Health and the Modern State*, Лондон, стр. 120–131).

степен искоришћености здравствене заштите, стручност, знање и искуство запослених и сл.), социо–економских детерминанти здравља (БДП, просечна зарада, развијеност друштва, развијеност економских и привредних кретања), демографских прилика, амбијента у којем се здравље спроводи (нивоа здравствене културе и стечених здравствених навика, развијености свести о значају здравља), као и расположивих финансијских средстава државе предвиђа **сет општих (националних) циљева здравствене заштите** приказаних у *Табели бр.1.*⁵

Табела бр.1: Општи циљеви здравствене заштите

ЦИЉЕВИ	ИНТЕРМЕДИЈАРНИ ЦИЉЕВИ	ОЧЕКИВАНИ ИСХОДИ
Очување и унапређење здравственог стања становништва и јачање здравственог потенцијала нације	Квантитативни и/или квалитативни прогрес/бољитак	<ul style="list-style-type: none"> – Унапређење здравственог стања – Продужење/убрзање повољних исхода – Избегавање негативних утицаја/смањење фактора ризика
Једнак приступ здравственој заштити (за исте потребе), укључивање ризичних група у систем здравствене заштите	Доступност здравствених услуга (физичка, географска и економска)	<ul style="list-style-type: none"> – Поштовање принципа солидарности и једнакости (између здравих и болесних, сиромашних и богатих, старих и младих) – Физички, географски и економски доступне услуге лечења
Постављање корисника (пацијента) у центар система здравствене заштите	Заштита права и интереса пацијента	<ul style="list-style-type: none"> – Постизање задовољног пацијента – Развијање осећаја сигурности и поверења код пацијента – Повећање информисаности пацијента – Повећање права пацијента, као и права избора (нпр. изабрани лекар)
Одрживост здравственог система и стицање додатних извора и начина финансирања	Контрола ризика финансирања	<ul style="list-style-type: none"> – Континуитет и стабилност пословања – Раст инвестирања у здравство – Смањење трошкова – Очување ликвидности
Побољшање организованости, ефикасности и квалитета рада	Ефикасност здравственог деловања	<ul style="list-style-type: none"> – Повећање искоришћења капацитета – Смањење броја ангажованих радника – Скраћење процедура/поступака
Унапређење кадровске (професионалне) базе – хумани ресурси	Квалитет/ стручност рада	<ul style="list-style-type: none"> – Бржа дијагностика – Смањење броја грешака – Повећање продуктивности

⁵ (2000) The World Health Report 2000 – „Health systems:Improving performance“, World Health Organization, Geneva, Switzerland; <http://www.who.int/whr/previous/en/index.html>

Табеларни приказ циљева здравствене заштите поред примарног циља, а то је „очување и унапређење здравственог стања становништва и јачање здравственог потенцијала нације“, обухвата и остале циљеве, као што су: право на здравствену заштиту, заштита безбедности пацијента, ефикасност здравственог деловања, очување и увећање здравствених капацитета, унапређење стручности и професионалност кадрова и сл. Реч је о циљевима чијим се остварењем постижу одређени аспекти успеха, а који су у функцији примарног циља или се њима стварају предуслови за његову успешнију реализацију.

Међутим, дефинисање циљева и приоритета њиховог извршења зависи од потреба здравственог система, али и од расположивих кадровских, финансијских и техничких капацитета. Са економског становишта истиче се важност „очувања одрживог здравственог система и могућности стицања додатних извора (начина) финансирања“. Реч је о циљу чија је реализација значајна претпоставка или предуслов за извршење и сигурност извршења свих других циљева посматрано, пре свега из угла довољности и временске расположивости ресурса неопходних за стабилно функционисање здравственог система и извршење свих његових надлежности/обавеза. Усвојени циљеви одраз су политичке одговорности⁶ државе у области јавног здравља којима се штити стабилност и континуитет спровођења здравствене политике и стабилност функционисања здравственог система у интересу свих грађана, а и друштва у целини. Циљеви здравствене заштите остварују се кроз несметано и усклађено функционисање свих елемената система и адекватан одабир приоритетних програма, а то значи путем предметне и дистрибутивне опредељености здравственог деловања, као и постизањем циљне ефикасности активности које се предузимају.

Наиме, одговорно и рационално трошење расположивих фондова подразумева да се у оквиру буџетских могућности избор циљних програма врши у складу са општим

⁶ У многим земљама уређење функције здравља и здравственог система спада међу највише политичке приоритете имајући у виду да значајно доприноси успону или паду појединих политичких партија. Канада, на пример, има дугу традицију здравства као средишњег, односно кључног политичког питања, а који се односи на следеће правце деловања (1) утврђивање здравствених потреба и потенцијала њиховог задовољења, (2) давање иницијативе за побољшања и напредак у овој области (3) мониторинг, евалуација и контрола оствареног, као и корективне мере у будућности; Извор: <http://www.hc-sc.gc.ca/>

приоритетима (према степену ургентности здравствене тражње) уважавајући такође захтев ефикасности трошења, тачније ефикасности извршења претходно дефинисаних циљева.⁷ Тиме се „обезбеђују услови да влада испуни предизборна обећања, оправда поверење јавности, прикупи и заступа интересе грађана и одговори на постојеће и нове друштвене потребе и циљеве“.⁸ У оквиру спровођења интереса из области здравствене политике кључна одговорност државне власти односи се на:

- потпуну правну (нормативну) уређеност института из области здравља,
- одговорну и контролисану расподелу здравствених фондова,
- дефинисање субјеката извршења циљних програма и
- обелодањивање индикатора признатог успеха (уважавајући ставове струке).

Дугорочно посматрано усвојени циљеви треба да допринесу успешном пословању свих субјеката система здравствене заштите и да обезбеде ефикасно спровођење активности које се у оквиру система спроводе, а у интересу извршења функције здравља према потребама и захтевима корисника/пацијента. С тим у вези, функционисање система здравствене заштите треба посматрати у контексту спровођења концепта одрживог економског развоја. Економски развој, осим у делу јачања економских могућности, технолошког напретка, примене чистијих технологија, иновативности друштва и друштвено одговорног пословања, смањења сиромаштва, ефикаснијег коришћења ресурса, спречавања загађења животне средине и сл. процењује се и у односу на ниво и/или могућност унапређења система здравствене заштите, потом у односу на стање здравља и квалитет живота становника и стање заштите животне средине. У том смислу стабилно и поуздано функционисање система здравствене заштите је не само обавеза, већ и општи интерес државе, односно друштва у целини.⁹

⁷ Laxminarayan R., Chow J., Shahid-Salles S.A., 2006., *Disease Control Priorities in Developing Countries: Intervention Cost-Effectiveness: Overview of Main Messages*, Washington (DC): World Bank: 35–86.

⁸ Brinkerhoff, D.W., Goldsmith, A.A. 2004. *Good Governance, Clientelism, and Patrimonialism: New Perspectives on Old Problems*, International Public Management Journal 7.

⁹ За разлику од ранијих тумачења по којим је постојала једносмерна условљеност између економских могућности и нивоа, односно степена здравствене заштите („Здравље је основно људско право и судбина социјалног и економског развоја“ – декларација из Цакарте 1997.) новија истраживања потврдила су двосмерну условљеност наведених вредности, што значи да и ниво здравствене заштите, такође повратно утиче на ниво економских, односно привредних потенцијала.

2. Проблеми дефинисања приоритета у здравству

Проблеми дефинисања приоритета у здравству који су водила при одређењу алокативне ефикасности здравственог деловања и утврђивања критеријума за оцену здравствене ефикасности кључни су истраживачки проблем свих научних радова који се баве овом тематиком. Наиме, уколико је недвосмислено дефинисано шта је приоритет и везано са тим који се ефекти очекују у смислу квантитативног, квалитативног и временског испољавања здравственог бенефита проблем оцене успешности здравственог деловања и вредновања пословних резултата здравствене организације у великом делу свели би се у оквиру разматрања успешности пословања пословних субјеката уопште.

2.1. Ефикасност алокације здравственог деловања

Најзначајнији проблем у здравству, економски посматрано, није дефинисање циљева здравствене заштите, већ заправо редослед или значај њиховог извршења уважавајући опште правило односа између доминантности тражње за здрављем и могућности њеног задовољења. Наиме, ако се циљ здравственог сектора опште дефинише као „очување и унапређење здравственог стања становништва и јачање здравственог потенцијала нације“, о чему је у претходном делу било више речи, онда је неопходно утврдити које су то приоритетне области здравственог деловања које по својој улози, функцији и/или затеченом стању оправдавају улагања, а затим у оквиру њих које су то врсте и корисници здравствених услуга чијом реализацијом, односно задовољењем се постиже максимизација здравствених бенефита (интереса) у ширем смислу. При томе поступак прецизног исказивања и вредновања циљих бенефита, а тиме избор максималних вредности прилично је отежан с обзиром на то да се ради се о бенефитима/интересима који су између себе битно различити (на пример, смањење фактора ризика од настанка обољења, скраћење периода или смањење интензитета болести, избегавање смртог исхода, убрзање процеса или ефикасности лечења и сл), што отежава упоредивост, а тиме и рангирање пословних остварења.¹⁰

¹⁰ (March) 2008., *Using Cost-Effectiveness Analysis for Setting Health Priorities*, Fogarty International Center of the U.S., National Institutes of Health, The World Bank.

2.1.1. Суштина ефикасности алокације здравственог деловања

У условима оскудности или недовољности средстава, што је посебно случај у здравству најзначајније питање је питање избора, у смислу „шта производити“ или уважавајући здравствену терминологију „коју болест лечити“ односно „који фактор ризика сузбијати“, као и „коме пружати услуге“ да би се постигла и одржала оправданост трошења расположивих средстава. То заправо подразумева да се пре свега изаберу критичне (у економском смислу циљне) области/активности у које је оправдано и рационално улагати, а затим да се унутар њих врши даљи одабир врста болести и/или група пацијената чији је интензитет тражње по степену ургентности приоритетан.

У оба случаја дефинише се предметна опредељеност – економски речено алокативна ефикасност улагања која је у здравству, шире посматрано, дефинисана сама по себи и односи се на реализацију ефеката здравља. То произилази из чињенице да је здравље циљ сваког здравственог деловања, резултат рада сваке здравствене организације, исход сваке здравствене активности. Дакле, када се говори о алокативној ефикасности у здравству не поставља се питање да ли је циљ унапређење стања здравља или не, пошто је реализација здравственог бенефита предуслов постојања пословног успеха уопште, већ је неопходно утврдити које је то подручје/област здравља и унутар тога које је то здравље – по врсти, кориснику, времену и извесности настанка чије очување оправдава потрошњу опредељених ресурса¹¹. Другим речима, неопходно је утврдити који је то аутпут у здравству којим се по субјекту на који се односи и карактеристикама испољављања постиже максимизацију здравствених користи по основу извршених улагања – наменски опредељених фондова¹². То даље значи да се у оквиру алокативне ефикасности разматра и питање дистрибутивне ефикасности која унапређење по основу алтернативног деловања посматра са аспекта корисника здравственог бенефита, као непосредног субјекта коме су ефекти здравља намењени. Циљ алокативне ефикасности је да се кроз предметно дефинисање здравља – „које здравље“, али и његово корисничко опредељење

¹¹ Musgrove Ph, Zeramdini R, A, (June) 2001., *Summary Description of Health Financing in WHO Member States*, CMH Working Paper Series, Paper No. WG3:3, WHO;

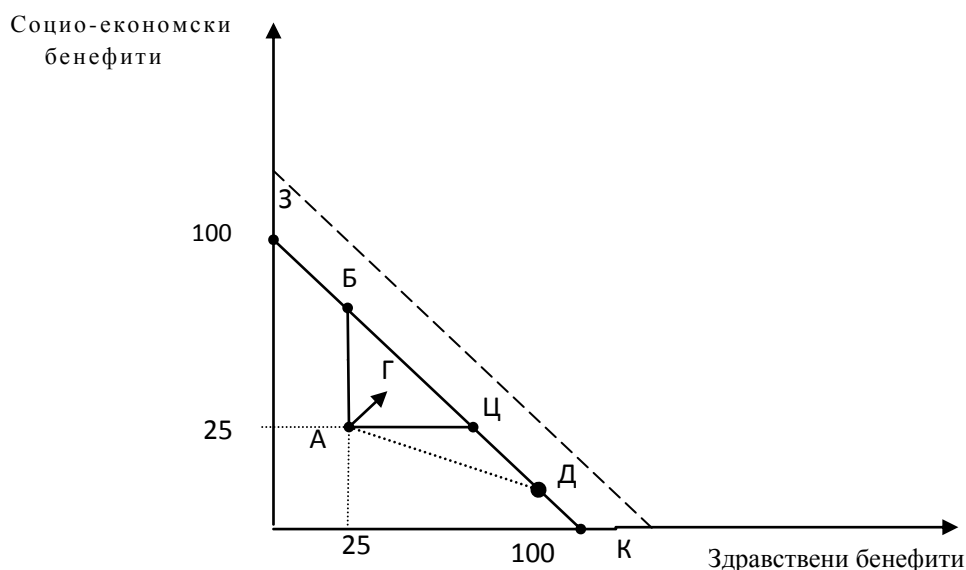
¹² Musgrove Ph, 2004., *Health economics in development*, Human Development Network, The World Bank, Washington;

– „коме је намењено“ постигне максимизација здравственог бенефита, што је потврда оправдане и одговорне потрошење расположивих здравствених фондова.¹³

2.1.2. Оптимизација ефикасности алокације здравственог деловања

Максимизација здравственог бенефита, сагласно алокативној ефикасности оствариће се реализацијом здравствених циљева највишег нивоа приоритетности – највише амплитуде проблема/значаја (у оквиру расположивих могућности), при чему су користи од унапређења здравственог стања дистрибуране тако да се било каква промена расподеле бенефита од једних ка другим корисницима не може постићи на начин да се унапреди здравствено стање једних, без већег или истог ускраћивања унапређења стања здравља другим корисницима. Овакво тумачење заснива се на примени концепта Парето оптимума на којем почива теорија друштвеног благостања. Суштина теорије друштвеног благостања у случају здравства испољава се кроз испуљење захтева **максимизације укупне (опште) корисности здравствених ефеката** на нивоу друштвене заједнице у целини. Наиме, максимизација здравствениг бенефита постиже у позицији највише тачке остварених корисности од реализације здравственог бенефита, као сумарна величине на нивоу популације (тачка сатурације здравственог бенефита. То је заправо позиција где би сваки јединични прираст здравствене корисности – прогрес здравља истовремено значао само унутрашњу прерасподелу користи између корисника, без утицаја на раст укупне вредности остварене реализацијом здравствених учинака што је приказано на *Слици бр.1*, на следећој страни.

¹³ “Није само битно колико трошимо на здравље, битно је шта радимо са средствима које трошимо“ (Gro Harlem Brundtland), што се у случају здравства посматра као одговор на питања **где трошимо, на кога трошимо**, а затим и **како трошимо** расположива средства.



Слика бр.1: Примена Парето оптимума као основа
за расподелу ресурса у здравству¹⁴

Графичка презентација оптималне расподеле расположивих средстава која почива на захтеву максимизације укупног здравственог бенефита (*координата X*) и максимизацији остварених општинских социо–економских користи (*координата Y*) представља све тачке унутар дужи БЦ. То упућује на закључак да дефинисање оптимума не значи избор само једне ситуације, у овом случају једне групе програмских активности, већ постоји више пословних комбинација (здравствених програма и унутар њених корисника здравственог бенефита) чији избор на нивоу друштвене заједнице представља оптимално решење.¹⁵ Наиме, свако померање од тачке А ка тачки Г је унапређење кумулативног бенефита здравља, али није истовремено и здравствени оптимум, с обзиром на то да се само ради о померању из стања које није најбоље у друго, истина нешто боље стање. У том смислу прогрес општег здравља (померање ка оптималном стању) оствариваће се увек када се

¹⁴ Garrett T.A., Leatherman J.C., 2000., *An Introduction to State and Local Public Finance*, Regional Research Institute, West Virginia University, Извор сајт: <http://www.rrl.wvu.edu/WebBook/Garrett/chapterfive.htm>;

¹⁵ Претходно разматрање заснивало се на претпоставци да је висина расположивих фондова дефинисана и да се максимизација учинка здравља настоји постићи из постојећих средстава. Међутим, уколико долази до прилива додатних средстава гранична линија укупног бенефита здравља помера се у десно чиме се на агрегатном нивоу постиже увећање корисности ефекта здравља по обе или по само једној димензији његовог прогреса, при чему померање по правилу није линеарно. Према извору: Buchanan J. M., Gordon Tullock *Majority Rule, Game Theory, and Pareto Optimality, The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*, University of Michigan Press;

променом пословних активности (садржаја) постиже већи раст корисности од пада здравствених ефеката по том основу. Дакле, принцип супституције циљних користи у здравству је повољан, примереније речено пожељан, увек када је њихов прираст позитиван у односу на изазавне губитке.

С друге стране, померање из тачке Г ка тачки Д сматраће се незадовољавајуће пошто је раст непосредних здравствених користи на агрегатном нивоу недовољан да надомести драстичан пад социо–економских корисности по основу напретка здравља. Здравствени програми у тачки Д уважавајући тумачења блиска медицинској професији представљају програме који имају значајне здравствене користи за оне којима су намењени – непосредне кориснике (у овом случају пацијенте), али занемарљиво мале користи за друштво у целини и то било по основу тога што је недовољан општи бенефит здравља или због тога што њихова реализација није обавеза, односно није интерес државе и као таква нема приоритет финансирања из јавних средстава. Наведени ефекти реализације здравља не могу се сматрати јавним добром и њихову реализацију треба препустити тржишту (сви програми у оквиру дужи ЦК). Типични примери ових програма су различите интервенције естетске хирургије, стоматологије или превентивне дијагностике.

Сви програми који се налазе на дужи БЗ представљају програме којима се остварују значајне социо–економске користи, а које нису непосредна последица прогреса здравља, што је случај на пример са: повећањем заштите на раду, скраћењем радног времена (или радне недеље), савременијим начином рада, унапређењем квалитета живота, растом животног стандарда и сл. Ради се о ефектима који, иако нису последица напретка стања здравља, на свој начин доприносе његовом очувању и унапређењу. На пример, ако се неким програмима имунизације обезбеђују мање индивидуалне користи очувања здравља, са аспекта заједнице избегавају се неповољне околности које могу настати услед епидемије и ефеката који по том основу проистичу, а где се учинак материјализује избегавањем негативних последица угрожености здравља или смањења ризика од могуће угрожености.

У општем случају сви програми који имају висок степен екстерналија, дакле чијом се реализацијом обезбеђују значајне опште користи за заједницу у целини, без обзира на износ непосредног бенефита здравља могу се сматрати програмима од значаја за финансирање из здравствених фондова. Такав је случај и финансирање програма који се односе на: сузбијање епидемија, смањење фактора ризика од значајних болести (кампање, акције и сл.), заштиту животне средине, контролу хране, воде, безбедности на раду и сл. За разлику од претходне групе програма, наведени програми по правилу представљају програме од општег интереса и као такви најчешће су обавеза предвиђена законом, чиме добијају обележје примарности извршења. Међутим, за разлику од типичних здравствених програма подручје њиховог деловања, односно извршења превазилази уско посматрано здравствене интересе и тичу се и других делатности друштва којима се унапређује опште добро и то пре свих из области прехранбене индустрије, водопривреде, комуналних делатности, екологије, социјалне заштите и сл.

2.1.3. Здравље као јавно добро у функцији ефикасности алокације здравственог деловања

Алокативна ефикасност здравственог деловања примарно се бави анализом стране бенефита, на начин да се кроз разматрање алтернативних остварења (где се варијетети сагледавају са различитих аспеката и/или карактеристика испољавања) настоји максимизирати њихова укупна вредност. Сходно томе, страна трошкова није предмет анализе због тога што:

- трошкови не утичу на избор (на пример када је исход здравственог деловања избегавање смртог исхода утицај трошкова битно је релативизован)
- трошкови су исти у свим разматраним алтернативама или
- трошкови имају секундарни значај, дакле разматрају се тек у другој – оперативној фази анализе здравственог успеха (у ситуацији алокативне неефикасности (не постизања циљног прогреса здравља други аспекти успеха се не разматрају јер није испуњен условни критеријум успешности).

Питање вредности бенефита у здравству непосредно се везује за значај очекиваних исхода у контексту ургентности или важности реализације циљних користи. При томе,

ургентност, односно важност реализације одређених перформанси оцењује се према интензитету тражње за здравственим услугама¹⁶ и/или према последицама изазваним постигнутим ефектима (односно последицама изазваним изостанком тих ефекта)¹⁷ и/или према стању појединих здравствених подручја/области у односу на референтне вредности изабраних здравствених критеријума. Ургентност/приоритет реализације појединих видова здравља, који опредељује њихов значај, односно вредност произилази из општег тумачења захтева успеха у здравству, а који гласи: уколико занемаримо друге аспекте у здравственом (али и у економском смислу) сматраће се „вреднијим“ успех оне интервенције којом се задовољава приоритетнија, односно ургентнија потреба за здрављем. То значи да се обележје приоритетности здравља утврђује, пре свега на основу очекиваног квантитативног и/или квалитативног прогреса здравља (без обзира да ли се прогрес здравља третира као прираст или очување стања здравља или као редукција оптерећења/терета насталог због болести),¹⁸ а који је у функцији достизања циљних вредности, уз уважавање законом уређених обавеза, надлежности и одговорности државе из домена здравствене заштите.

С тим у вези, ако се као критеријуми узму интензитет тражње за здравственим услугама и значај последица изазваних здравственим деловањем онда ће по ургентности/приоритетности (под осталим истим околностима) доминирати они облици здравственог деловања, односно корисници здравствених услуга који се сматрају јавним добром или добром од општег интереса. Под **јавним добром**¹⁹ у области здравства сматрају се активности чију тражњу тржиште не задовољава у мери или оквирима законом дефинисаних права. Наиме, ако постоји здравствена тражња коју није

¹⁶ Треба водити рачуна да се процена интензитета тражње за здравственим услугама може посматрати на нивоу непосредног корисника – пацијента, када је тражња дефинисана на преференцијалној, субјективној основи или на нивоу државе, када је тражња у функцији општег благостања, стабилности привреде и општих друштвених интереса.

¹⁷ Значај, а тиме и вредност учинака по основу здравственог деловања разматра се у односу на резултате, односно ефекте и/или последице предузетих активности, а везано за унапређење стања здравља, у најширем смислу.

¹⁸ Између наведених показатеља успеха иако у највећем броју постоји еквивалентност постоје и ситуације када није могуће ставити знак једнакости. На пример, ако се здравственом интервенцијом постигне продужење година живота ниског квалитативног садржаја јасно је да није дошло до редукције терета или интензитета обољења (присуство боли, патње, немоћи и сл.).

¹⁹ Musgrove Ph.,(July)1996., *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*, Discussion Paper No. 339, The World Bank Washington, D.C, p.15.

могуће реализовати на тржишту јер нема адекватну понуду, што је рецимо случај са здравственим збрињавањем трудница ради порођаја или лечења малигних или кардиоваскуларних болести које се само мањим делом задовољавају по тржишним условима (при чему је механизам тржишности значајно модификован) могуће је рећи да се ради о здравственим услугама који се сматрају јавним добром. Под јавним добром, такође сматрају се и сви облици здравственог збрињавања које је као систем примарне здравствене заштите уређен законом, дакле чија је реализација обавеза државе, као и потребе одређених група корисника/пацијената који су као посебан интерес издвојени и тиме имају обележје приоритетности.²⁰

Из наведеног закључује се да уважавање релације која гласи: раст здравствене тражње → раст приоритетности → раст корисности (успешности) здравственог деловања, заправо захтева реализацију оних активности, односно задовољење потреба оних корисника, где се ефекат, односно корист од реализације здравствених учинака третира као јавно добро у области здравља.

Међутим, шта се дешава ако стање оскудности и оправданости/рационалности трошења захтевају да избор врсте здравља (корисника) поред примарног критеријума, а то је да ли је учинак здравственог деловања јавно добро или не, уважава и допунске критеријуме на основу којих се даље разматра значај, односно вредност алтернативних могућности. Наиме, ако се неки облици или корисници здравствених услуга дефинишу као јавно добро (јавни интерес) без обзира на основ дефинисања, онда ће се разлике у функцији унапређења успеха унутар њих јавити или према висини/степену очекиваних здравствених користи или према нивоу општих користи проистеклих реализацијом здравља, што спада у групу социо–економских интереса. Овакво тумачење последица је схватања по којем користи од функционисања здравственог сектора немају само корисници, односно пацијенти, већ и држава, односно друштво у целини, у делу привредних, економских и социјалних могућности и ограничења. У општем смислу користи од реализације ефеката здравља могу се према критеријуму начина „везивања“

²⁰ Министарство здравља Републике Србије, *Боља примарна здравствена заштита за све нас – Смјернице здравствене политике за јачање система примарне здравствене заштите у Србији од 2010. до 2015. године.*

за непосредног корисника и начину испољавања циљних користи класификовати у две групе и то: **здравствени бенефити** – бенефити које корисник оствари у делу директног унапређења здравственог стања (смањење боли, продужење година живота и сл.) и **економско – социјални бенефити** као видови посредних или последичних бенефита од унапређења стања здравља. У зависности од врсте, односно природе бенефита критеријум за оцену здравствене ефикасности, у ужем смислу, као и корективни критеријуми здравствене ефикасности којима се утврђује оквир за дефинисање приоритета у циљу максимизације здравственог бенефита приказани су у *Табели бр.2*.

Табела бр.2: Оквир за дефинисање приоритета у складу са
захтевом максимизације здравственог бенефита

БЕНЕФИТИ	КРИТЕРИЈУМИ
<p>Здравствени бенефити</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Продужење година живота➤ Смањење бола и патњи➤ Раст задовољства➤ Смањење социјалне изолованости➤ Већа мотивисаност➤ Осећај благостања	<p>Критеријуми здравствене ефикасности у ужем смислу</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Примарност одржања живота➤ Унапређење квалитета живота➤ Ниво здравственог/економског стања➤ Ефекат екстерналија
<p>Социо–економски бенефити</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Дуже и интензивније радно ангажовање➤ Смањење издвајања за трошкове лечења➤ Смањење негативних ефеката социјалне изолованости➤ Смањење сиромаштва	<p>Критеријуми здравствене ефикасности у ширем смислу</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Висина трошкова лечења➤ Хоризонтална једнакост➤ Вертикална једнакост <p>Корективни критеријуми здравствене ефикасности</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Прихватљив степен ризика од неповољног исхода➤ Време испољавања и трајање здравственог бенефита➤ Прихватљив степен рационалности трошења

Из изнетог произилази да питање дефинисања приоритета у здравству захтева разматрање критеријума избора циљних активности и/или корисника здравствених услуга, а затим и процену значаја последица од реализације здравствених бенефита, правећи при томе разлику између интереса непосредног корисника и друштвене заједнице.

Анализом критеријума избора циљних активности, као и бенефита изазваних њиховом реализацијом врши се процена ургентности/приоритета реализације појединих ефеката здравственог деловања, односно процена значаја испољавања одређених карактеристика учинака у здравству на основу чега се дефинише хијерархијска позиционираност послова и задатака здравствене заштите унутар већ издвојених програма и пројеката од јавног интереса. Међутим, опште правило је да здравствена организација неће спроводити пројекте који немају јавни интерес, јер није основана као тржишна јединка, нити ће се бавити пројектима који имају штетне импликације на заједницу без обзира на њихову економску оправданост посматрано, такође из угла ентитета као самосталног привредног субјекта.²¹

2.2. Примарни и корективни критеријуми здравствене ефикасности

Критеријуми здравствене ефикасности се по врсти и карактеру испољавања бенефита остварених на бази здравствених активности могу посматрати према облику и значају реализације здравственог прогреса (циљног стања), али и према стицању могућности и/или права да се позитивни ефекти здравственог деловања заиста и обезбеде (пруже) онима којима су неопходни, у складу са заштитом принципа једнакости и опште доступности здравствених услуга. Ипак, чак и под претпоставком да се објективно дефинишу приоритети њих је неопходно анализирати и са аспекта деловања корективних фактора који битно утичу на дефинисање „правог избора“, а где спадају: ризик од настанка неповољног исхода, дужина чекања на ефекат побољшања, трајање (интензитет) побољшања, прихватљив ниво рационалности (оправданости) трошења ресурса и сл., о чему ће у наставку текста бити више речи.

2.2.1. Критеријуми мерења ефикасности здравственог деловања

Имајући у виду значај реализације здравственог бенефита, као условног учинка/аутпута здравствених услуга неопходно је пре свих сагледати критеријуме којима се процењује

²¹ Gapenski L.C., 2004., *Healthcare Finance—An Introduction To Accounting And Financial Management*, Health Administration Press, Chicago p.287

допринос оних аспеката остварења/резултата који се односе на унапређење здравственог стања, у ужем смислу. Без обзира да ли се под појмом здравственог бенефита сматра унапређење постојећег стања здравља или смањење фактора ризика од неповољних тенденција ниво потенцијалног прогреса здравља у основи ће зависити од задовољења следећих критеријума:

- Критеријум *очувања живота* (*rule of rescue efficient*), подразумева да ће већи приоритет, а тиме и већи ниво здравствене корисности, под осталим истим околностима, имати ефекат здравља који за исход има очување живота у егзистенцијалном смислу, у односу на ефекат здравља који не разликује та два међусобно искључива исхода (*life-or-death difference*).²² Међутим, очување живота иако кључни бенефит здравственог деловања треба допунити са два корективна бенефита, а то су ниво квалитативног побољшања здравља и време, односно трајање оствареног побољшања. Захваљујући овим критеријумима већи значај имаће оне здравствене активности које за исход имају очување живота, под претпоставком да дејство корективних фактора битно не умањује његово позитивно испољавање.
- Критеријум *екстерналија*²³ изазваних здравственим деловањем остварени учинци могу имати продужено и/или проширено испољавање бенефита у односу на бенефите које оствари пацијент (циљна група) као непосредни корисник здравствених услуга.²⁴ Уважавајући критеријум екстерналија избор ће ићи у корист оних врста/корисника здравља код којих је дејство екстерналија највеће, заправо оних којим се максимизирају индиректни (посредни) бенефити по основу здравственог деловања,

²² Musgrove P, (May) 1998., *Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related?*, The World Bank Institute, The World Bank, p.5.

²³ Екстерналије (engl. Externalities, појам потиче од А.С. Pigou и G.B. Shawa, више је у употреби од 1960–тих година) су додатни, спољни или споредни учинци. Ради се о дејству приватних (индивидуалних) активности, конкретно у случају здравства директних или личних користи, које имају своје позитивне/повољне утицаје и на трећа лица, као на пример на окружење, друштво и/или државу.

²⁴ На пример процес имунизације обезбеђује користи не само непосредном кориснику/пацијенту који је подвргнут систему превенције, већ и шире у делу спречавања ширења интензитета и/или обима болести, што значи да се остварује додатна општа (друштвена) корисност. У том смислу услуге имунизације делом су приватне јер појединац, као потрошач стиче корист због смањења ризика обољења, али су делом и јавне јер имају тзв. проширен ефекат, као последица позитивног дејства екстерналија на окружење коме појединац припада.

што је рецимо случај са социо–економским користима друштвене заједнице.²⁵ Овакав закључак произилази из опште прихваћеног става да је утицај екстерналија у здравству наглашен посебно ако се зна да се здравље, односно перформансе здравља шире посматрају у односу на остварење индивидуалних (личних) користи. Разматрањем критеријума екстерналија неопходно је одговорити на два питања, *прво* да ли је вредност екстерналија толика да се посматрана интервенција може сматрати као добро од општег интереса (јавно добро) и *друго*, да ли је укупни здравствени бенефит (збир индивидуалних и општих бенефита) толики да оправдава настала трошења.

- Критеријум „*оскудности или сиромаштва*“ фаворизоваће се они здравствени програми који су намењени лечењу сиромашнијих слојева становништва, што је истовремено најчешће случај лечења популације угроженог општег стања здравља. Процена приоритета према овом критеријуму полази од опште правилности унапређења алокативне ефикасности у здравству, а то је да се под осталим истим околностима са истим нивоом улагања „постиже значајније побољшање здравља уколико је затечени ниво здравственог стања нижи (нижи економски статус корисника) и/или ако се лечење односи на сузбијање примарних видова обољења када се остварују значаја здравствена побољшања уз скромна, односно релативно мала финансијска издвајања“.²⁶ На пример, ако се иста средстава улажу у лечење богатог и сиромашног слоја становништва, а то аналогно значи популације вишег и нижег општег здравственог стања, исправно је очекивати да ће остварени ефекти у првом случају бити мањи и то по два основа, *први* зато што је бенефит здравља код популације вишег здравственог стања мањи, с обзиром на то да је базни ниво здравља у општем случају на вишем нивоу и *други*, јер је мања вероватноћа настанка обољења популације вишег здравственог стања и тиме мања редукација потенцијалних

²⁵ На бази економије благостања функција друштвене корисности од реализације здравствених учинака представља агрегатну функцију свих индивидуалних здравствених користи и сагласно економским схватањима, укључујући и све користи које се реализацијом здравља остварују на нивоу заједнице, у ширем смислу, према извору: Gold M.R., Stevenson D., Fryback D.G., 2002., *HALYS and QALYS and DALYS, Oh My: similarities and differences in summary measures of population Health*, Annual Review of Public Health, Vol.: 23, p.117.

²⁶ Musgrove P, (May) 1998., *Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related?*, The World Bank Institute, The World Bank, p.12.

негативних ефеката изазваних настанком болести.²⁷ Међутим, наведена правилност није увек прихватљива. Рецимо ако лечење сиромашних пацијената захтева значајне трошкове улагања (због неразвијене инфраструктуре, недоступности здравља, лоших општих услова живота и сл.) да ли се у том случају значај трошења може (или мора) умањити имајући у виду позитивне последице од унапређења доступности здравља, у складу задовољењем принципа правичности, хуманости и једнакости права на здравствени ефекат. Такође поставља се питање, да ли је у савременим условима могуће или уопште оправдано са етичког и професионалног становишта правити разлике између богатих и сиромашних када су и разлике значајно мање по врстама обољења, односно узрочнику смртности посебно у делу примарне здравствене заштите.²⁸ Заговарање идеје разлика у правима на здравствену заштиту (*poor health care for poor people*)²⁹ неоправдано је и због неприхватљивости условљавања ових права висином пореских издвајања, у складу са принципом опште доступности здравља као јавног добра.

Критеријуми здравствене ефикасности, у ужем смислу треба посматрати у контексту потребе, тачније обавезе реализације прогреса здравља, као примарног/условног критеријума разматрања успеха у здравству, односно критеријума са највећим нивоом значаја/приоритета. Као последица наведеног, одсуство реализације здравственог аупута чини непотребним (материјално или садржински недовољним) сагледавање значаја, односно вредности реализације других видова успешности што је значајна специфичност у односу на профитно оријентисане субјекте.

²⁷ На пример, поступком превенције становништва од појединих болести (нпр. туберкулоза, хепатитис Б и сл.) којим су подвргнути пацијенти вишег општег стања здравља оствариће се слабији здравствени ефекти укључујући и мање ефекте од смањења ризика обољења јер се поступак имунизације спроводи на популацији која се већ налази у систему обавезне вакцинације и зато што општи ниво здравља и услови живљења значајно умањују вероватноћу настанака обољења које је предмет превенције.

²⁸ Пре би се могле правити разлике између региона и појединих области/држава по економској развијености и тиме издвајања у здравствени сектор, него у односу на непосредни економски статус оболелог.

²⁹ Musgrove P, (May) 1998., *Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related?*, The World Bank Institute, The World Bank, p.12;

2.2.2. Критеријуми према доступности здравственог бенефита

Општа доступност здравља, као достигнуће савременог друштва, захтева да се у функцији дефинисања приоритета здравственог деловања уваже начела хуманости и једнакости, као цивилизацијски утемељена права човека, без обзира на економске, верске, расне, националне, политичке и друге различитости.³⁰ Стицање и коришћење права на здравствену заштиту треба да је условљено степеном ургентности здравствених потреба на начин да се дејство других критеријума или занемари или сведе на професионално прихватљиву меру што подразумева уважавање следећих критеријума:

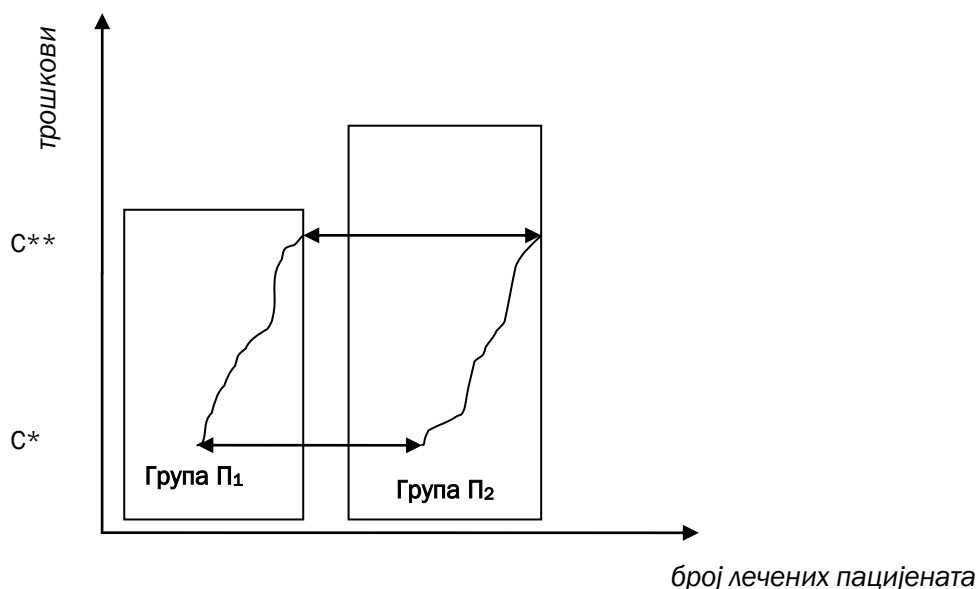
- Критеријум *потребан износ издвајања за лечење*, према коме се врши процена максимално подношљивог или прихватљивог износа плаћања пацијента за пружене услуге, како би се утврдило која је то висина издвајања која је превисока за финансирање на индивидуалном нивоу.³¹ Овакво тумачење заснива се на етичком схватању функције здравља према којем висина трошкова потребних за реализацију циљног здравља (у делу примарних здравствених потреба или угрожених/ризичних група) не треба да одређује право или могућност остваривања циљних бенефита оним корисницима којима је здравствена заштита неопходна. Утврђивање приоритета на бази „неподношљивог трошка“ (*Cost is Catastrophic*) значи да ће држава, као општи интерес, односно законску обавезу финансирати здравствене услуге чији су трошкови превисоки за покриће из приватних извора. Исти је случај уколико постоји оправдан ризик од накнадних компликација које, такође могу довести до превисоких трошкова за плаћања на индивидуалном нивоу.³²

³⁰ Концепт Светске здравствене организације „Здравље за све“ (*Health for All*) не треба тумачити да ће постојећа средства и кадрови задовољити здравствену тражњу у целини, већ значи да ће се тежи њиховој правичнијој расподели и дистрибуцији према ургентности потреба појединих корисника. Према извору: <http://www.medterms.com>;

³¹ Висина издвајања која се сматра превисоком утврђује се према износу којег није у могућности да плати онај ко је „прилично, или просечно имућан“, што је условљено нивоом животног стандарда и економским могућностима становништва.

³² У циљу избегавања „неподношљивог трошка“ могуће је предузимати мере заштите или смањења ризика од накнадним тежих обољења и/или последичних компликација, а тиме трошкова који захтевају њихово лечење. На пример, превенција малигних болести има огроман јавно–здравствени потенцијал и представља најефикаснији приступ лечења малигних болести. На више од 80% ових болести могуће је деловати смањењем фактора ризика, дакле спречавањем ширења и/или интензивирања болести. То значи да дијагностика у циљу раног откривања малигнитета треба да буде финансира из државне касе, као јавни интерес. Позитивни ефекти превентивног деловања у наведеном примеру испољавају се у виду успоравања прогреса болести и бржег и успешнијег опоравка (учинак здравствене ефикасности), али и у виду рационалнијег и економичнијег трошења расположивих средстава (учинак економске ефикасности).

- Критеријум *хоризонталне једнакости* везује се за принцип „исти третман за пацијенте са истим интензитетом здравственог проблема“ (*equal treatment to people with equal health problems*)³³ или посматрано у релацији: исто обољење → исто право на лечење → иста корисност (успешност) здравственог деловања.³⁴ На основу наведеног приоритет се утврђује у функцији максимизације дисперзије бенефита на начин да се постигне најшира дистрибуција потенцијалних користи по корисницима уз очување трошкова лечења на истом нивоу.³⁵ То значи да се настоји постићи једнака доступност, односно право на лечење свих оболелих од исте болести или болести истог нивоа ургентности, али само до тачке до које ширење доступности здравствених ефеката не угрожава постојећи ниво трошкова по јединичном третману/кориснику, што приказује *Слика бр.2*.



Слика бр.2: Максимизација здравствене ефикасности ширењем доступности здравственог бенефита – хоризонтални критеријум³⁶

³³ Musgrove Ph, 2004., *Health economics in development*, The World Bank Washington, D.C.;

³⁴ У циљу изолације утицаја „независних“ фактора на успешност здравствених активности (на пример, старост пацијента, генетски фактори, присуство других обољења, продужени ефекат ранијег лечења или превентивних активности, однос пацијената према здрављу и сл.) не треба узимати висину успеха у сваком појединачном случају, већ просечно реализовани ефекат здравља, по конкретним – уже диференцираним групама корисника или здравственим услугама.

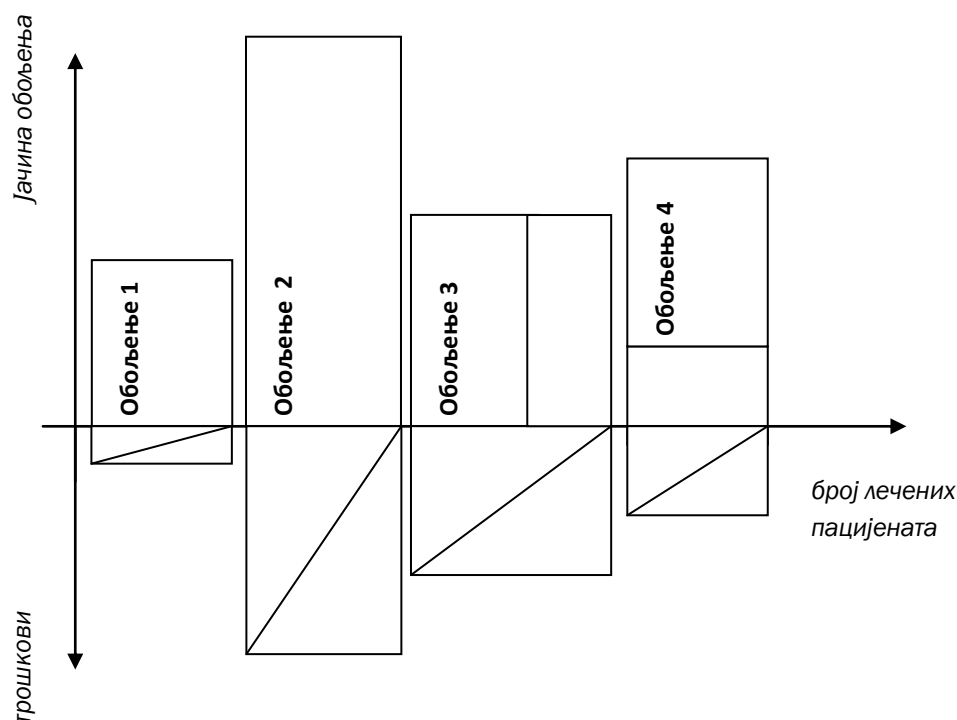
³⁵ Поред разлика у трошковима лечења што је овде случај, разлике се могу јавити и по другим основама (врста и значај секундарног обољења, платежна способност оболелих, степен ризика од накнадних компликација изазваних чекањем на интервенцију и сл.) по којима је могуће вршити груписање, односно диференцијацију корисника. Извор: Musgrove Ph, (May) 1998, *Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related?*, The World Bank Institute, The World Bank, страна 22.

³⁶ Musgrove Ph, 2004., *Health economics in development*, The World Bank Washington, D.C., p.175;

На слици су приказане две групе пацијената који болују од исте болести – Група Π_1 и Група Π_2 . У свакој од група налазе се пацијенти који због доступности, односно близине подручја живљења имају ниже трошкове лечења (C^*), као и пацијенти из удаљених места чије лечења изискује више трошкове (C^{**}). Уколико се не уважи критеријум хоризонталне једнакости фаворизоваће се лечење оне групе пацијената у којој је мањи број оболелих који живе у удаљеним подручјима с обзиром на ниже укупне трошкове њиховог лечења, а то је Група Π_2 . Графички посматрано величина осенчене површине у случају Групе Π_2 већа је од површине Групе Π_1 , где осенчене површине приказују ефикасност (вредност) реализације бенефита здравља (*броја лечених пацијената \times трошкови њиховог лечења*). Међутим, имајући у виду да су пацијенти из обе групе оболели од исте болести и да лечењем остварују исти здравствени прогрес, у складу са критеријумом хоризонталне једнакости исто право на лечење има сваки пацијент без обзира којој групи припада. Сагласно томе, фаворизовање пацијената групе два значило би неоправдано повећање трошкова лечења од нивоа C^* до C^{**} , пошто би се у програм лечења укључили и пацијенти из удаљених подручја из ове групе, а што би условило неоправдан и нерационалан начин трошења расположивих средстава. Наиме, захтев максимизације здравствене ефикасности према критеријуму хоризонталне једнакости захтева исто право на лечење пацијента без обзира којој групи припада све док њихово лечење не угрози ниво трошкова C^* . Када се задовоље здравствене потребе пацијента чије лечење подразумева трошење у висини C^* (из обе групе) у програм лечења укључују се и пацијенти којима су неопходне „скупље“ здравствене услуге, па чак и до нивоа C^{**} уколико за то постоје расположива средства, као и уколико је та потрошња оправдана уважавајући опште интересе државе и захтеве професије.

- Критеријум *вертикалне једнакости* захтева да се при дефинисању приоритета здравственог деловања, поред досадашњих елемената (трошкова и очекиваних учинака) уважи и ефекат „значаја здравља“ на бази којег се вредност аутпута здравља утврђује у односу на озбиљност или интензитет обољења. У складу са тим преферираће се болести и/или пацијенти чија је јачина обољења већа (интензивнија или комплекснија), што у општем случају значи потенцијално већи здравствени бенефит

(или већу редукцију негативних ефеката), а тиме и већу могућу реализацију унапређења здравственог стања. Могућа максимизација здравствене ефикасности уз ширење доступности здравствених бенефита по овом критеријуму приказана је на *Слици бр.3.*



Слика бр.3: Максимизација здравствене ефикасности уз ширење доступности здравственог бенефита – вертикални критеријум³⁷

На претходној слици представљене су четири врсте обољења (или четири групе пацијената) чији је интензитет болести, односно могући ниво ефеката по основу здравствених активности дефинисан правоугаоним површинама изнад X осе (број лечених пацијената (X координата) \times јачина обољења (Y координата)). Бела поље изнад X осе³⁸ приказују степен неефикасности лечења по свакој врсти болести (степен неизлечивости) док осенчене површине репрезентују ниво унапређења здравља – ниво постигнутог прогреса здравља. У складу са изнетим обољења 1 и 2

³⁷ Musgrove Ph, 2004., *Health economics in development*, The World Bank Washington, D.C., p.178;

³⁸ Бело поље изнад хоризонталне линије може се тумачити и као потенцијална опасност или ризик од неповољног исхода, дакле као степен ризичности интервенције.

су у потпуности излечива – имају 100% учинак док обољење 3 има поларизовани ефекат – код једне групе пацијената је потпуно излечиво, а код друге не остварује никакав напредак здравља и на крају, обољење 4 је делимично излечиво што значи да иако постоји напредак здравља, његов ниво је недовољан да санира штету изазвану губитком здравља (испод просека), с тим да је успех ма колики био равномерно распоређен на све оболеле. На основу изнетог, према критеријуму вертикалне једнакости избор би ишао у корист обољења 2 пошто се ради о болести највишег степена ургентности или графички посматрано ради се о највећој површини изнад X координате, уз 100% ефикасност лечења. Међутим, ограничавајући фактор за избор обољења 2 као приоритета у конкретном случају је висок ниво потребних улагања/трошкова што је на слици представљено правоугаоним површинама испод X осе. Однос висине трошкова и учинака здравља указује да се ради о улагању које има најнеповољнију ефикасност лечења у односу на остала решења. С друге стране, обољење 1 иако нема обележје „првог степена ургентности“ (мала површина изнад X осе) посматрано у контексту критеријума односа трошкова и користи је најефикасније, што потврђује оправданост улагања. Међутим, питање избора циљног здравља у наведеном случају зависиће искључиво од процене значаја оба обољења. Под претпоставком да је обољење 2 изабрано као приоритет, као и да има довољно средстава за његову реализацију избор ће ићи у његову корист. Између обољења 1 и 4 код којих су интензитет болести и висина улагања приближно исти (површина изнад и испод X осе) избор ће зависити од њиховог повољнијег односа у сваком од случајева, а што је у овом примеру лечење обољења 1 с обзиром на то да се исти ефекти постижу са мањим износом улагања. Укључивање и обољења 3 као опције могућег избора додатно компликује ситуацију пошто се ради о изразито поларизованим здравственим ефектима. Наиме, очекивани ефекат здравственог учинка диференцира се на оне који постижу потпуни ефекат прогреса здравља и оне код којих учинак здравља у потпуности изостаје. Овакви резултати на нивоу целине умањује реализовани учинак и то не само као његову збирну вредност математички посматрано, већ и са становишта здравствене професије, сагласно принципима правичности и хуманости. На крају, неопходно је указати и на потребу редефинисања критеријума вертикалне једнакости у складу са специфичном

природом и тумачењем вредности здравља као учинка. У складу са тим раније важећи принцип „учинити више оном чији је проблем већи“ (*do more for those with worse problem*) модификује и тумачи као “учинити више ономе чија је извесност помоћи већа“ (*do more for those who can be helped more*).³⁹ Тако озбиљност или ургентност обољења постаје мање битна варијабла уколико је потенцијални ниво излечења недовољан. То практично наводи на закључак да је коначан избор ипак опредељен повољнијим односом улагања и проистичућих користи у оквиру расположивих средстава. Међутим, на овај начин није решено „ривалство“ између „једнакости“ (правичности) и „ефикасности“ (финансијске исплативости) у смислу избора кључног критеријума. У пракси се овај проблем превазилази применом метода индексације (пондерације) појединачних компоненти које чине здравствени учинак, односно шире посматрано којима се исказује успешност здравственог деловања. На тај начин се економско тумачење успеха модификује и/или прилагођава специфичним захтевима успешности у складу са потребама здравственог сектора.

Утврђивање приоритета уважавањем критеријума доступности и правичности здравственог бенефита у највећој мери узрок је одступања тумачења, а затим и вредновања успеха у здравству у односу на економска гледишта. То је последица чињенице да непрофитни критеријуми успеха где доминирају хумани циљеви над максимизацијом профита захтевају другачије оквире и/или основе дефинисања, исказивања, праћења и вредновања перформанси успеха и то пре свега у делу дефинисања и оцене критеријума здравствене ефикасности, о чему ће у наставку бити више речи.

2.2.3. Корективни критеријуми здравствене ефикасности

Иако је за реализацију здравствених циљева примарно разматрање критеријума којима се дефинише очекивана висина здравственог бенефита и максимално могућа доступност учинка према интензитету здравствене тражње, у циљу реалне процене здравствене ефикасности неопходно је укључити и корективне критеријуме и то пре свих факторе

³⁹ Musgrove Ph.,2004., *Health Economics in Development*, Human Development Network, The World Bank, Washington;

ризика, времена реализације, односно период испољавања позитивних ефеката, као и степен рационалности трошења одређених средстава. Ово из разлога што се вредност, а тиме и значај, односно приоритет учинака у здравству креће у инверзном смеру у односу на висину ризика од настанка неповољног исхода, затим дужину чекања на манифестацију здравствених ефеката (побољшање стања здравља), као и прихваћени степен рационалности, односно ефикасности трошења расположивих средстава, што ће се детаљније објаснити у наставку рада.

2.2.3.1. Ризик од настанка неповољног исхода

Укључивање фактора ризика захтева да се претходно утврђена вредност циљног здравља, као основ дефинисања општих приоритета у здравству коригује, односно усклади са очекиваном вероватноћом настанка различитих варијетета могућих исхода уважавајући општу правилност да је вредност успеха у здравству у инверзном односу са вероватноћом настанка циљног здравља, као пожељног стања. Дејство фактора ризика, односно његов значај процењује се у односу на последице које могу настати уколико се неповољни исход догоди (уважавајући њихово трајање, учесталост и интензитет испољавања) и/или у односу на степен вероватноће да се неповољан исход заиста и деси, с тим да је најкритичније када се обе ситуације истовремено догоде.⁴⁰

За разлику од услова профитног привређивања где ризик и успех имају исти смер у здравству раст ризичности остварења циљног здравља умањује вредност здравственог успеха и то по два основа. Први који се везује за постојање опште аверзије здравственог успеха у односу на ризик од неповољног исхода, односно од последица које по том основу настају (фаворизовање принципа сигурности/извесности) и други који се везује за смањење вредности ефекта здравља у односу на процењени ризик од неповољног исхода, при чему оба директно умањују показатељ оправданости реализације

⁴⁰ Вероватноћа, односно степен вероватноће којим се исказују очекивања везана за реализацију циљног здравља практично служи да се представи и кад год је то могуће, квантитативно изрази присуство неизвесности и ризика. Извор: Salomon J.A., Mathers D., Murray CJL, 2001. *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*, Brodie Ferguson *Global Programme on Evidence for Health Policy Working Paper No. 10* World Health Organization;

циљних користи.⁴¹ С тим у вези, намеће се питање како у условима неизвесности, што је случај и у здравству, изабрати циљни учинак чија реализација значи максимизацију укупне корисности здравља уважавајући фактор ризика?

Према концепту *Von Neumann and Morgenstern (VNM)* максимизација здравствене корисности у основи представља само потенцијалну реализацију циљног здравља у максималном износу, с обзиром на то да се циљни исход исказује као проценат вероватноће да се он као такав и оствари, у смислу извесности постизања циљног бенефита (перформанси здравља).⁴² Свакако да се разматрање успешности здравственог деловања не може посматрати као догађај са сигурним исходом, посебно у ситуацији деловања егзогених фактора који су по природи ван контроле и утицаја непосредних актера. С тим у вези, дефинисање циљног здравља, као здравља чија реализација значи максимизацију здравственог бенефита подразумева избор не само здравља највећег нивоа приоритетности, већ такође **здравља прихватљивог, односно подношљивог нивоа ризика** везано за извесност његове коначне реализације.⁴³ По правилу, одустаје се од реализације приоритетних ефеката здравља који има занемарљиву вероватноћу да се циљни аутпут реално и оствари без обзира на висину потенцијалног и/или очекиваног прогреса здравља.

У том смислу концепт *VNM* који заговара теорију рационалног понашања у условима неизвесности треба да обезбеди дефинисање „златног стандарда“ за избор циљног бенефита уважавајући фактор ризика. Практично, фактор ризика треба посматрати као детерминантни фактор при вредновању категорије учинка здравствених активности, а који је као алтернатива предмет процене. Према наведеном концепту није циљ максимизација здравствене корисности већ заправо **максимизација што извесније**

⁴¹ Gapenski L.C., 2004., *Healthcare Finance – An Introduction To Accounting And Financial Management*, Health Administration Press, Chicago, p.287

⁴² Birnbaum M.H., *A Web-Based Program of Research on Decision Making (Expected Utility /EU)*, <http://psych.fullerton.edu/mbirnbaum/web/DIS3.pdf>

⁴³ У условима ризика, а што је случај и у здравству корисници (пацијенти) у основи добијају последице, односно ефекте здравственог деловања (people *really* get utility from is the outcome or consequence), а не могуће или очекиване исходе („не једемо вероватноћу већ након свега једемо јабуке“ – We do not eat "probabilities", after all, we eat apples! - Bernoulli's); *The von Neumann-Morgenstern Utility Function*, <http://homepage.newschool.edu/het/essays/uncert/vnmaxioms.htm>

здравствене корисности, а која је најближа циљном исходу. Наиме, претпоставимо крајње поједностављену ситуацију⁴⁴ да се расположива средства могу алтернативно употребити за лечење два пацијента (или две групе пацијената) чији фактор разлике (на пример: године живота, стадијум обољења, присуство секундарних болести и сл.) условљава разлике, како у очекиваним исходима, тако и у припадајућим вероватноћама реализације сваког исхода појединачно. Уважавајући професионалне оквире и искуствено потврђене нормативе очекивани варијатети исхода ($x_1, x_2, x_3, \dots, x_n$) са припадајућим вероватноћама ($p_1, p_2, p_3, \dots, p_n$) по алтернативама, односно случајевима лечења пацијента N_1 и N_2 могуће је приказати на следећи начин:

– лечење пацијента N_1 – алтернатива 1:

три могућа исхода $(x_1, x_2, x_3) = (0, 2, 1)$ са припадајућим распоредом вероватноће $(p_1, p_2, p_3) = (0.2, 0.3, 0.5)$

– лечење пацијента N_2 – алтернатива 2:

два могућа исхода $(y_1, y_2) = (2, 0)$ са припадајућим распоредом вероватноће $(q_1, q_2) = (0.6, 0.4)$.

У циљу максимизације здравствене корисности уважавајући фактор ризика од неповољног исхода неопходно је кориговати циљни учинак здравља процентуалним износом вероватноће, односно извесности његове стварне реализације. У том смислу настоји се **максимизирати ефекат циљног здравља у оквирима највероватнијег исхода.**⁴⁵ На тај начин добија се одговор на питање која висина ефекта здравља се сматра оправданим да би се прихватио припадајући ризик његовог настанка или другим речима колики треба да буде прогрес здравља у односу на његов сигуран исход да би ризик био оправдан и у здравственом смислу прихватљив, односно подношљив. Да би одговорили на ово питање неопходно је очекиване здравствене исходе по појединим алтернативама кориговати, тачније пондеристи фактором ризика (извесности) како би се исказао износ очекиваног прогреса здравља уважавајући ризичност настанка неповољних исхода. Практично, ако посматрамо алтернативе као функције могућих исхода и њима припадајућим

⁴⁴ Иако је овде реч о избору између две, прилично једноставне ситуације макроекономски посматрано логика алтернативног деловања и обавезности избора узрокована ограниченошћу расположивих средстава спроводи се и на националном нивоу, где се избор посматра у односу на врсту обољења, начин или интензитет лечења, кориснике здравствене заштите, степен и квалитет здравствене заштите и друге различитости везане за облик и/или карактеристике реализованог аутпута.

⁴⁵ Прилагођено према извору: *The von Neumann-Morgenstern Utility Function*, према извору: <http://homepage.newschool.edu/het/essays/uncert/vnmaxioms.htm>

износима вероватноће настанка сваког појединачног исхода онда се циљно здравље у оба случаја може исказати на следећи начин:

- Циљно Здравље 1 (ЦЗ₁) – алтернатива 1:

$$\text{ЦЗ}_1 = 0 \times 0,2 + 2 \times 0,3 + 1 \times 0,5 = 1,1$$

- Циљно Здравље 2 (ЦЗ₂) – алтернатива 2:

$$\text{ЦЗ}_2 = 0 \times 0,4 + 2 \times 0,6 = 1,2$$

С друге стране, када би се занемарио фактор ризика здравствена корисност у оба случаја била би индентична и износила би 1 (аритметичка средина очекиваних исхода). Међутим, укључивањем фактора ризика као корективног елемента који неповољно утиче на укупну вредност циљног здравља сагласно фаворизовању принципа сигурности учинка у здравству говори у прилог избора алтернативе у којој је **не само већа могућност повољног исхода** (потенцијално већи здравствених прогрес), **већ истовремено и већа извесност да се повољан исход заиста и оствари**, односно реализује у пракси.

Примена концепта *VNM* подразумева да избор циљног здравља треба да буде у функцији максимизације корисности која се у овом случају тумачи као максимизација здравственог бенефита исказаног као прираст, односно прогрес позитивних ефеката/ последица од претходно предузетих активности. У том случају циљ не може да буде максимизација здравственог бенефита где је бенефит сигурна или извесна величина, већ циљ, односно максимизација циља може да се посматра само као „максимизација циљног бенефита која је дефинисана сетом могућих исхода и њима припадајућим износима вероватноће“.⁴⁶ Тиме је и фактор ризика, као неминован чинилац здравственог деловања не само утврђен (квантификован) већ и уважен, односно укључен у процену захтева успешности процеса пружања услуга здравствене заштите.

⁴⁶ *The von Neumann-Morgenstern Utility Function*, према извору:
<http://homepage.newschool.edu/het/essays/uncert/vnmaxioms.htm>

2.2.3.2. Време испољавања здравственог бенефита

Избор приоритета здравственог деловања опредељен је такође и временом испољавања ефеката и/или последица изазваних здравственим деловањем. Сходно временској димензији приоритет реализације учинка у здравству одређен је тренутком, али и начином (трајањем и/или интензитетом) његовог испољавања. Наиме, битно је да ли је посматрани ефекат здравља привременог или трајног карактера, да ли има тренутно или одложено дејство, да ли се спроводи у оквиру превентивних активности или као лечење и сл.

Везано с тим, очекиване учинке треба разложити („развијати“) по временској оси њихове очекиване реализације (хронолошки посматрано), а затим их повезати са структуром и износима потребних улагања, према процењеној динамици настанка трошења, у складу са принципом узрочности. Ту долазимо до проблема дисконтовања ефеката здравља и процене висине дисконтне стопе, као и могућности финансирања и оправданости (сврсисходности) очекиваног аутпута здравља у циљу очувања ликвидности.

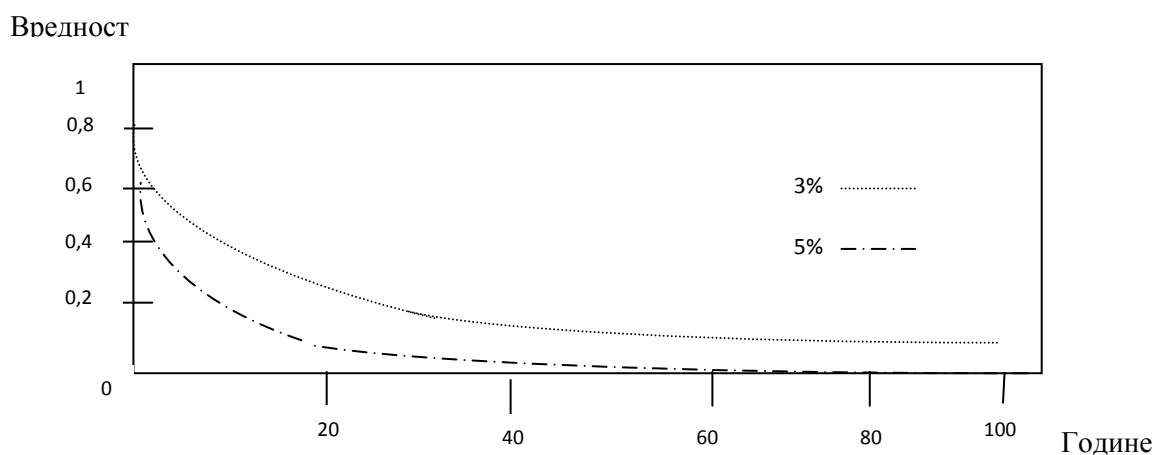
Полазећи од првог проблема, а то је да се циљни ефекти здравља временски не подударaju, како између себе, тако и са трошковима који су њима изазвани у циљу једнообразног исказивања и њихове упоредивости примењује се *процес дисконтовања*.⁴⁷ Циљ поступка је да се ефекти здравља настали у различитим периодима, а затим и трошкови њихове реализације сведу на исту временску тачку⁴⁸ како би се објективно проценила ефикасност улагања. Ово из разлога што учинак/аутпут у здравству карактерише ефекат тзв. одложеног дејства (*time lag effect*) или у општем случају временски раскорак који условљава суштинску (материјалну) неподударност величина које се пореде.⁴⁹ У том смислу поступком дисконтовања обезбеђује се објективна информациона основа за оправдан избор циљних активности у условима ограничених средстава, а што је даље

⁴⁷ Малинић Д., 1999., *Политика добити корпоративног предузећа*, Економски факултет, Београд, стр. 175–180;

⁴⁸ То је препорука стручног панела за јавно здравље (Public Health Service Panel U.S.), према извору: Musgrove Ph., Fox-Rushby J., 2006., *Disease Control Priorities in Developing Countries: Cost-Effectiveness Analysis for Priority Setting*, Washington (DC): World Bank: 271–286;

⁴⁹ Дисконтовање будућих, односно временски неусаглашених величина је стандардна техника у свим економским анализама и њена примена неопходна је и при анализирању остварења у здравству, сагласно задовољењу принципа садржинске (материјалне) једнообразности величина које се пореде.

предуслов и основ за максимизацију циљних користи (резултата). Осим тога, поступак дисконтовања треба очекивану вредност здравственог учинка да коригује фактором „времена“ који у ситуацији значајно одложеног или изразито дугорочног ефекта здравља умањује његову реалну вредност.⁵⁰ На пример, спречавање смрти новорођенчета није добитак од 60 до 80 година живота (зависно од просечног животног века) већ значајно мање и под претпоставком дисконтне стопе од 3% износи 30 дисконтних година, у случају дисконтне стопе од 5% чак непуних 20 дисконтних година,⁵¹ што је реалан показатељ здравственог добитка приказаног на *Слици бр.4*.



Слика бр.4: Утицај дисконтовања на вредност изгубљених година живота услед дејства фактора времена⁵²

Овако тумачење произилази из схватања које је могуће интерпретирати на следећи начин: ако је вредност исхода здравља која се реализује сада X , његова вредност уколико

⁵⁰ Процес дисконтовања у здравству реално се суочава са више озбиљних проблема, као што су: како дисконтовати очекивани аутпут када је он, не само временски, већ и предметно или квалитативно неизвесан (било због ризика реализације, било због тога што се односи на дуг, често и неограничен временски период (на пример, сузбијање фактора дуванског дима)); како оправдати значајно потцењивање вредности здравственог учинка услед дејства фактора времена. Одговор на други проблем често се оправдава чињеницом да се на ефекат интервенције у многим ситуацијама не може чекати или да је „заробљена“ средства корисније употребити у извесније активности и/или активности са скоријим позитивним последицама и сл.

⁵¹ Увећавање дисконтне стопе изнад стандарда са аспекта вредности учинка здравља значи већи утицај фактора времена у негативном смеру („*negative social time preference*“), према извору: ***(October) 2001., *National Burden Of Disease Studies: A Practical Guide*, Global Program on Evidence for Health Policy, WHO, Geneva., p. 12

⁵² (October) 2001., *National Burden Of Disease Studies: A Practical Guide*, Global Program on Evidence for Health Policy, WHO, Geneva., p. 12

се оствари годину дана касније је мања и износи $x/1,03$, после две године је $x/1,03^2$итд.⁵³ На тај начин време као мерна јединица губи своје суштинско (природно) значење и постаје изведени, тзв. синтетички показатељ пословних остварења. Логика супростављеног међуодноса на релацији: вредност учинка здравља – дужина чекања на ефекат у сектору здравства додатно је подржана и из следећих разлога:

- у многим ситуацијама по природи ствари на учинак здравља се не може чекати;
- одложено дејство ефекта здравља захтева додатна не мала издвајања у функцији одржања здравља или очувања живота (на пример трошкови лечења, број прегледа, губитак радне или животне способности и сл.), што у сумарном изразу може да неутралише позитиван ефекат од будућег здравственог унапређења;
- дуже чекање на ефекат здравља повећава ризик његове коначне реализације због дејства егзогених фактора и настанка непредвиђених околности.

2.2.3.3. Прихваћени степен рационалности трошења

Иако је при дефинисању алокативне ефикасности примарни акценат на страни аутпута здравља, дакле на страни ефеката здравствених активности свакако да одговорно и савесно управљање у општем смислу захтева разматрање и рационалности трошења, што подразумева уважавање фактора сврисиходности или оправданости улагања. Уколико одређени учинци здравља захтевају неоправдана, заправо неоправдано висока трошења (у поређењу са другим или са значајем проистичућег ефекта) или су посматрани ефекти у колизији са постојећим процесима и/или програмима рада за очекивати је да те активности или немају висок степен приоритетности извршења или се уопште не спроводе у оквиру организације. На нивоу здравствене заштите као система овај проблем се решава поступком преусмеравања пословних активности из једне у другу организацију (организациони део) и њиховом бољом међусобном синхронизацијом и координацијом, како између организација на истом нивоу здравствене заштите, тако и између организација које припадају различитим нивоима.

⁵³ (March) 2008., *Using Cost-Effectiveness Analysis for Setting Health Priorities*, Fogarty International Center of the U.S., National Institutes of Health, The World Bank;

Као пример унапређења ефикасности здравственог деловања по основу успешне синхронизације, координације и организације пословних активности на нивоу система здравствене заштите наводе се међународно признати стандарди у области примарне здравствене заштите према којима се до 80-85% здравствених проблема решава у првом контакту са изабраним лекаром. На тај начин повећава се не само здравствена, већ и економска ефикасност система здравствене заштите, с обзиром на то да се смањују трошкови и убрзава процес лечења, смањује потрошња ресурса, повећава вероватноћа пожељног исхода, смањује ризик од накнадних компликација и сл. Дакле, везано за конкретан случај неопходно је приликом улагања средстава опредељених за сектор здравства акценат ставити на унапређење вештина и знања кадрова у примарној здравственој заштити, као и на унапређење техничких и других услова њиховог рада.

3. Систем и субјекти здравствене заштите

Друштвена брига за здравље становништва, на свим нивоима власти успоставља интегрисани систем здравствене заштите који се спроводи у оквиру различитих типова здравствених организација, а које интеграцију и синхронизацију деловања остварују на принципима: хијерархијске повезаности (примарни, секундарни и терцијарни ниво), територијално–административне децентрализације (путем мреже установа и система финансирања њиховог функционисања), као и удруженог (усклађеног) деловања државног и приватног сектора. Функционисање система здравствене заштите обезбеђује се и спроводи путем регулаторних инструмената/механизма државне власти и то на основу:

- законодавне и професионалне уређености здравствене заштите и обезбеђења њеног доследног спровођења;
- успостављања, одржања, организације и координације свих елемената система са јасно дефинисаним надлежностима, улогом и обавезама сваког субјекта у систему;
- контроле јавне одговорности здравствених организација у делу поверених послова из области/подручја здравствене заштите, као и контроле наменског трошења опредељених средстава.

Држава ради извршења циљева из области здравља успоставља интегрисани систем здравствене заштите, као систем/мрежу здравствених организација са својством правних ентитета, на које преноси надлежности и одговорности из подручја јавног здравља и путем „продужене руке“ применом механизма **финансирања, надзора и контроле** усмерава и прати њихово пословање, а тиме индиректно функционисање и ефикасност функционисања система здравствене заштите, у целини. У том смислу улога здравствених ентитета своди се на извршење дефинисаних, екстерно опредељених програма и активности здравља (према нивоу и врсти здравствене заштите којој припада), а у складу са прихваћеним, професионално признатим индикаторима успеха. То значи да се процес управљања здравственим ентитетима заснива на принципима „одговорног и пажњивог менаџмента благостања становништва“ (извештај WHO 2000),⁵⁴ а његова функција – уважавајући пословни циљ „извршења“ мења, односно допуњује функцијом усмеравања трошења (по намени, висини и динамици улагања) везујући се непосредно за праћење реализације постављених циљева. На тај начин функцију здравственог менаџмента карактеришу три значајна аспекта и то: одговорност,⁵⁵ извршење и извештавање у вези реализације ефекта здравља укључујући и последице узроковане ефектом здравља.

Остваривање циљева (интереса) из области здравља треба да обезбеди максимизацију здравствених и економско–социјалних користи насталих реализацијом прогреса здравља у смислу његовог очувања и напретка, што обухвата и друге користи које су последица побољашња здравственог стања, као врста последичног бенефита. Ту се пре свега мисли на стабилност или унапређење производних и привредних токова, смањење издвајања за потребе здравства, одржање кључних показатеља по врстама обољења, раст општег квалитета здравља и сл.

⁵⁴ Министарство здравља Републике Србије, Боља примарна здравствена заштита за све нас – Смернице здравствене политике за јачање система примарне здравствене заштите у Србији од 2010. до 2015. године, стр. 19;

⁵⁵ Одговорност је важан фактор функције здравственог менаџмента која се посматра у делу финансијске одговорности, одговорности за учинак и политичке, односно опште одговорности (подобности), при чему се сам појам дефинише као „...постојање обавезе да се одговори на питања у вези одлука и/или поступака“ Schedler, 1999;

У циљу извршења функције здравља свака здравствена организација из свог подручја деловања спроводи или како је већ речено извршава дефинисане, екстерно одређене програме и активности здравља – тзв. поверене послове, у складу са врстом и нивоом здравствене заштите ради које је и основана. Екстерна дефинисаност пословања здравствене организације, такође подразумева и екстерно дефинисање појма успеха, где се појам успеха, без обзира на врсту субјекта, примарно своди на функцију извршења циљних вредности, а оцена његове висине посматра у контексту подударности задатих и постигнутих циљних показатеља. Дакле, док се у привреди појам успеха везује за појам профита, као монетарног прираста прилива средстава у односу на улагања, појам успеха у здравству примарно је немонетарног карактера и посматра се у функцији извршења, као и степена и/или интензитета извршења екстерно дефинисаних индикатора којима се захтев успеха дефинише.

Индикатори успеха систематизовани су по нивоима здравствене заштите, врстама здравствених организација, областима и подручјима здравља, као и појединим здравственим програмима/активностима прилагођено значају, карактеристикама и начину испољавања ефекта здравља чија успешност је предмет процене. Изражена бројност и различитост индикатора функције пословања оправдана је не само због значајне хетерогености здравственог деловања и различитог испољавања аутпута здравља, већ такође и због различитих интереса или циљних користи појединих субјеката које треба да обухвати по принципу потпуности репрезентовања, као и принципу релевантности. Овакав начин разматрања и евалуције пословних остварења здравствених ентитета уважава захтев примарне непрофитабилности, а затим и условне тржишности као њихову допуну или надградњу, о чему ће у наставку бити више речи.

4. Проблеми мерења успешности у здравственим организацијама

Тешкоће схватања и дефинисања појма здравља, као и учинка здравственог деловања посебно су наглашене при покушају утврђивања, односно мерења успешности здравствених организација. Ово из разлога што анализа успешности здравствених

организација као пословних субјеката значајно одступа од тумачења успешности пословања привредних субјеката сагласно економским принципа пословања. У том смислу пре сагледавања општих и специфичних мера перформанси здравствених организација неопходно је указати проблеме тумачења успешности здравственог деловања уопште, а што се директно одражава на могућности и ограничења примене економије у здравству.

4.1. Проблеми тумачења успешности здравственог деловања

Мерење успешности здравственог деловања претходи решавање низа питања од којих су најчешћа, како квантитативно исказати здравствени учинак, како утврдити компоненте од којих се састоји, која је основна јединица мере аутпута, како је идентификовати, јасно диференцирати и вредносно представити, како изоловати и поуздано измерити додатни прираст вредности здравља, који је и колики најмањи, јединични раст здравственог учинка и сл. Ова питања треба решавати у условима:

- ***Немогућности прецизне формулације и једнозначне квантификације стања здравља.*** Нејасно је шта заправо значи да је неко здрав, односно како егзактно оценити ниво здравственог стања. Да би било могуће пратити промене стања здравља потребно је дефинисати почетно стање, као полазну основу (базну вредност)⁵⁶ у односу на коју се мери ниво оствареног помака у смеру циљног оздрављења. У зависности од „гепа“ између базне и циљне вредности зависиће врста, интензитет и временско трајање предузетих активности, а такође и само схватање и тумачење ефеката здравља. Треба додати да је здравље временски дефинисана категорија подложна променама због утицаја различитих фактора са трајним или спорадичним дејство, што значи да се о здрављу као мерљивој величини може говорити само у контексту везивања за конкретну временску тачку. На тај начин уважава се кумулативни („таложни“) карактер прогреса

⁵⁶ Под појмом базног здравља или стања нулте (стартне) тачке сматра се ниво здравља које је постојало пре почетка спровођења здравствене интервенције, као активности и/или процеса који је предмет евалуације. У том смислу вредност базног стања има улогу референтне вредности у односу на коју се мери и вреднује ефекат позитивне промене, у смислу прираста/доприноса (Δ) вредности здравља.

здравља који настаје деловањем свих релевантних фактора до тренутка када се врши процена вредности стања здравља.

- **Неделивости појма здравља.** Ако се здравље посматра као временски кумулирана величина, поставља се питање како идентификовати и измерити степен додатног прогреса – тзв. прираст здравља, као новостворене вредности на основу које се врши идентификација и процена интензитета, брзине и квалитета оствареног побољшања. Овај проблем делимично се решава увођењем здравствених нивоа – лествице здравствених стања, као општих скала којима се приказују стандарди квалитета учинка здравља хијерархијски распоређених.
- **Хетерогености и испреплетаности здравственог деловања и фактора који на њега утичу.** Процес лечења често захтева различите, међусобно повезане и условљене третмана што отежава сагледавање изолованог доприноса на нивоу појединачне активности – здравствене услуге чији се резултат анализира. Последице ранијих интервенција, такође могу имати продужено или одложено дејство због чега се дешава да се временски подударе са ефектима текућих активности (подржавају их или неутралишу) онемогућавајући стицање јасне представе о висини непосредног ефекта здравља, али и процене његове стварне вредности у маси остварених учинака. Поред тога, сагледавање учинака предузетих третмана подразумева искључење дејства егзогених фактора чије је деловање независно од пословне активности организације и на које менаџмент не може да утиче као што су, на пример, биолошки, социјални, психолошки, демографски, климатски и економски фактор. Утицај наведених фактора треба искључити из анализе.

Утврђивање, односно тумачење успешности здравствених активности захтева да се приликом разматрања пословних остварења посебно уваже специфичности овог сектора.⁵⁷ Једна од њих је снажан државни интервенционализам који се испољава кроз већинско финансирање из јавних средстава и висок степен државног надзора и контроле. Потом, изражена је неизвесност у многим аспектима деловања и то, како у односу на

⁵⁷ Berenson R. A., Horvath J., 2003., *Confronting The Barriers To Chronic Care Management In Medicare*, Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.

учеснике здравствених активности (код пацијента – да у што краћем року добије одговарајући лек и стручну медицинску негу, а код лекара – да стручно и благовремено задовољи формирану здравствену потребу), тако и у односу на крајњи исход предузетих активности услед дејства егзогених фактора. На крају, присутан је значајан степен екстерналија које опредељују избор здравствених приоритета, што значи да ефекат екстерналија битно утиче на доношење пословних одлука, а такође и само схватање и тумачење здравственог успех.

4.2. Могућности и ограничења примене економије у здравству

Слично другим производним процесима и „производња здравља“ подразумева трошење расположивих ресурса – инпута који се у производном циклусу трансформишу у различите облике здравственог бенефита исказаног као унапређење, односно прираст стања здравља, а који је заправо аутпут или економски посматрано учинак предузетих активности. Дакле, принцип економије у сектору здравства, у општем смислу, идетичан је као и у другим секторима и односи се на подршку менаџменту у процесу доношења економски оправданих или са здравственог становишта – друштвено корисних и финансијски спроводљивих пословних одлука о врсти, количини, намени, начину и времену реализације здравља, што је основ за максимизацију успеха у здравству, најшире гледано. С тим у вези, основни принципи пословног одлучивања треба да допринесу избору „најпрофитабилнијих“ или здравственом терминологијом речено „најургентнијих“ потреба за здрављем, који ће путем ефикасне реализације циљног здравља обезбедити друштвено пожељну, а тиме и друштвено оправдану и одговорну алокацију ограничених, увек недовољних средстава.⁵⁸

⁵⁸ Појам недовољних средстава не треба тумачити да здравствени сектор троши мале суме новца и да се ради о безначајним издвајањима на нивоу појединих националних економија. Напротив, значајна средства се издвајају за финансирање ове делатности, посебно у високоразвијеним земљама, што је последица драстичног увећања здравствених потреба насталих због: раста животног и општег стандарда, демографских промена (већег учешћа старијег становишта), технолошког напретка, промена у односу према здрављу и здравственим навикама, промене схватања вредности и значаја здравља сл. У прилог томе Велика Британија у здравство инвестира око 50 милијарди фунти годишње, што је око 7% укупног националног производа, а што је опет дупло мање у односу САД које у сектор здравства улажу око 15% ГДП –а. Видети: Miller P, 2001., *Health Economic Evaluation*, Trent Institute for Health Services Research & Department of Economics, University of Nottingham, Trent Focus, p 3.

Улога економије у здравству⁵⁹ односи се на пружање поузданог и објективног основа за алокацију ограничених ресурса између различитих начина њихове употребе и то: **по врстама**, односно узрочницима обољења и/или **по корисницима** – пацијентима, као непосредним уживаоцима здравствених користи, а све у циљу реализације оптималне корисности здравља која се исказује кроз максимално унапређење одређеног сегмента или општег здравственог стања.⁶⁰ Примена економије могућа је модификацијом опште дефиниције економске науке, у складу са потребама и захтевима здравственог деловања уважавајући при томе специфичност и значај овог сектора, као и његов утицај на функционисање друштвене заједнице у целини.⁶¹ Наиме, допринос економије у здравству сагледава са аспекта унапређења функционисања система здравствене заштите у целини, а потом и са аспекта доприноса пре свих унапређења функције менаџмента здравствене организације. Преглед неких од најчешћих, односно најзначајних доприноса уљкучујући оба нивоа посматрања циљних користи примене економије у здравству представљен је у *Табели бр. 3* на следећој страни.

⁵⁹ Подручје истраживања економије, у почетној фази њене примене у здравству односило се на проблеме финансирања здравственог сектора и могућности превазилажења последица изазваних оскудношћу и сталним дефицитом средстава у односу на потребе. Међутим, чак и данас када према висини потрошње здравствена индустрија заузима високо место у општој потрошњи свих, а посебно развијених заједница проблем финансирања је и даље кључни проблем. Истраживања која су вршена 90 година прошлог века (*Murray, Govindaraj, Musgrove*) показала су да се чак 8% укупног светског дохотка троши на финансирање индустрије здравља, од чега се више од 60% финансира из јавних средстава, чиме она постаје једна од водећих индустрија глобалне економије. Видети: Musgrove Ph, 2004, *Health Economics in Development*, Human Development Network, The World Bank, Washington, p.35.

⁶⁰ Полазећи од чињенице да су средстава наменски опредељена за финансирање здравства, предмет истраживања овог рада неће бити питање оправданости улагања у здравство у односу на друге секторе, тзв. *међусекторска расподела*, већ ће се даља пажња усмерити на подручје алокативне опредељености унутар овог сектора, у смислу предметне, дистрибутивне и оперативне ефикасности, како би се постигао оптимални учинак на бази реализације изабраних активности и/или корисника здравља.

⁶¹ Сматра се да је у чланку “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*”, *American Economic Review*, 53:941-73, из 1963. године, нобеловац Kenneth Arrow концептуално утемељио здравствену економију као самосталну научну област истичући кључне факторе који ову науку диференцира, како од економије, тако и од здравства.

http://stevereads.com/papers_to_read/uncertainty_and_the_welfare_economics_of_medical_care.pdf

Табела бр.3: Допринос економије у сектору здравства

УЛОГА ЕКОНОМИЈЕ У ЗДРАВСТВУ	
На нивоу система здравствене заштите	На нивоу здравствене организације
Стабилност и континуитет функционисања система здравствене заштите	Избор пословних активности
Утврђивање приоритета здравственог деловања	Утврђивање циљног учинка
Задовољење елементарних потреба становништва	Дефинисање перформанси
Очување хуманих и професионалних начела	Избор метода/технике реализације циљних учинака
Одговорно и друштвено оправдано трошење расположивих средстава	Контрола пословних остварења и корективно деловање
Очување биолошког, а затим и производног, односно продуктивног потенцијала нације	Спровођења мера активне политике менаџмента

Према општој дефиницији економија је наука о избору начина употребе ограничених ресурса које је могуће алтернативно користити, у смислу производње различитих добара и услуга, односно дистрибуције реализованих учинака различитим корисницима или групама корисника, према утврђеним приоритетима, циљевима или интересима.⁶² Примењено на област здравства, основни принципи економије треба да унапреде ефекте здравственог деловања на начин да се анализом опција алтернативног деловања обезбеди адекватан избор циљних активности, као и њихова ефикасна реализација чиме ће се ублажити „геп“ и последице које присуство „гепа“ узрокује између сталног мањка расположивих средстава и обавезности благовременог задовољења потреба за здрављем (у квалитативном и квантитативном смислу), с друге стране, а све то у ситуацији изразито нееластичне тражње. С тим у вези, „вредност“ новца (Value For Money),⁶³ а тиме и значај пословног одлучивања додатно је наглашен због често присутног егзистенцијалног карактера здравствених потреба које имају низак степен

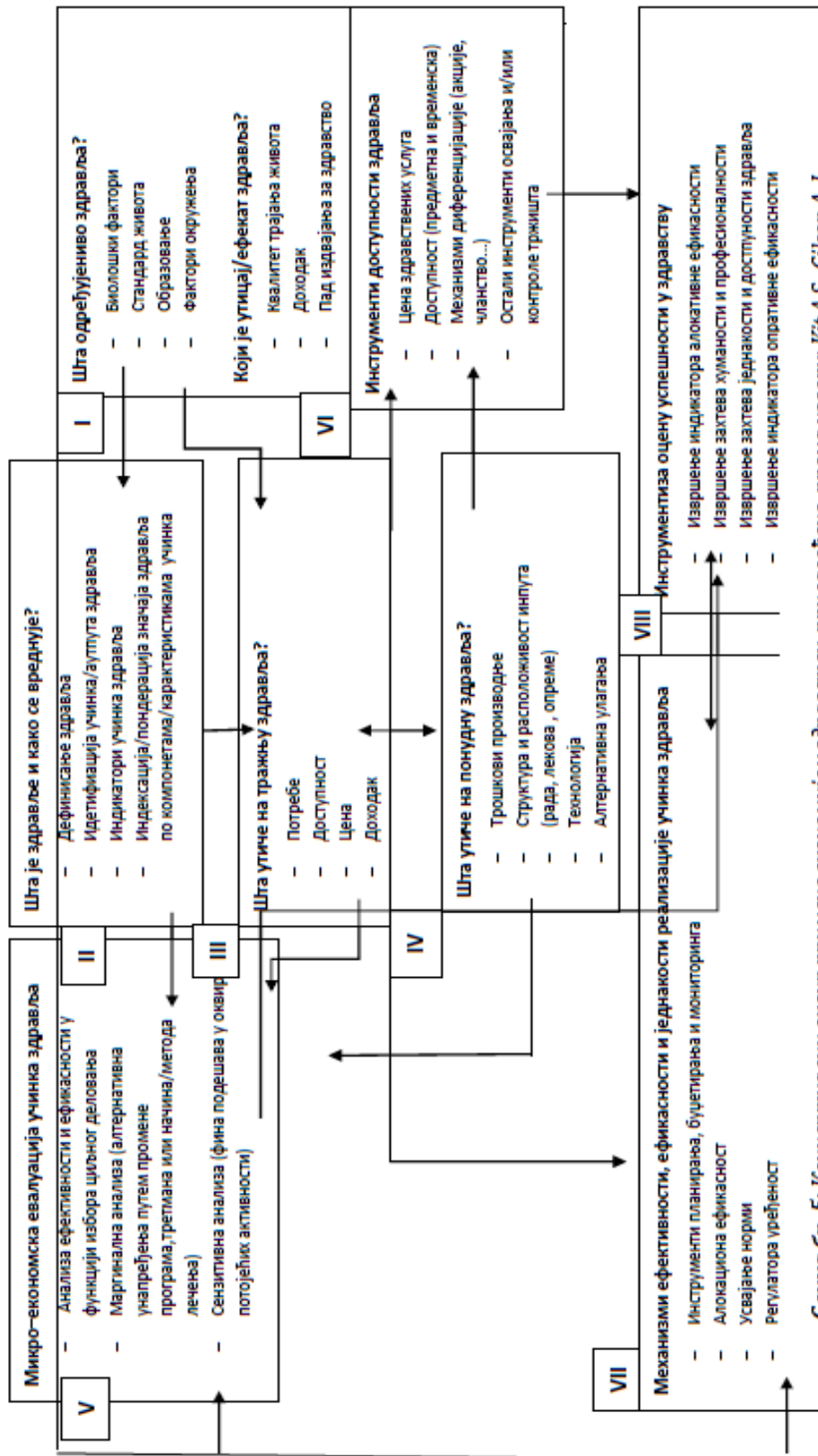
⁶² Samuelson, P.A., 1980, *Economics*, Mc Graw – Hill, 11th ed New York.

⁶³ Segal L., Jackson T., 1992., *An Approach to Economic Evaluation of Community Health Centres*, Centre for health, Program evaluation, Working paper 18, Australia, p.4;

супстититуције не само у односу на друге врсте потреба, већ и унутар исте потребе, у погледу адекватности, квалитативног садржаја, начина и/или брзине извршења.

Сходно томе, примена економије у здравству треба да обезбеди стручне и на научној основи утемељене одговоре на питања која су графички представљена на *Слици бр.5* на следећој страни. Најзначајнија од њих су:

- шта одређује стање, односно ниво здравља, на шта здравствено стање утиче и које су његове последице, како се здравље дефинише, који фактори утичу на вредност здравља и у ком обиму;
- од чега зависи понуда и тражња за здравственим услугама;
- којим инструментима и којим јединицама мере измерити, а потом и исказати здравствени аутпут, које анализе евалуације успешности здравственог деловања применити и у којим ситуацијама;
- како утврдити циљни микс здравствених услуга омогућавајући општу доступност здравственог аутпута и примену хуманих и професионалних начела;
- на који начин извршити здравствене услуге обезбеђујући прихватљив степен ефективности, ефикасности и правичности/једнакости циљних остварења и уколико је могуће постићи унапређење досадашњих резултата;
- којим инструментима вршити оцену успешности здравствених организација, који су то интегрални методи, инструменти и технике којима се врши оцена пословних остварења и који је допринос њиховом унапређењу (ефекат на успех);



Слика бр. 5: Концептуални оквир примене економије у здравству, прилагођено, према извору: Kit A.S., Gilson A. L., 1988, *Health Economics for Developing Countries, HEEP working paper 01/88, LSHTM, p. 3*

У циљу превазилажења изнетих недоумица примена економије треба да понуди решења везано за дефинисање циљева пословања, утврђивање њиховог међуодноса и хијерархије, вредносног исказивања потребе за здрављем (по врсти и обиму), степена њиховог задовољења (реализације) и праћења могућности финансирања и сл. Такође, економска анализа треба да обухвати и разматрање економичности извршења пословних активности (према начину, интензитету и времену реализације), а у циљу стицања предуслова за пословна побољшања и остваривање евентуалних уштеда и могућих пословних рационализација.

С друге стране, треба истаћи и значај примене економије у функцији унапређења пословног одлучивања, где су за разлику од тржишних делатности, ефекти пословних пропуста и грешака далеко погубнији и обухватнији, а што је посебно опасно с обзиром на карактеристичну ригидност функционисања здравствених организација. Наиме, није спорно да последице пословних грешака, у смислу погрешних пословних активности или њиховог погрешног спровођења у тржишним условима сноси искључиво ентитет, било кроз пад текућег резултата, било кроз губитак тржишта или потпуни пословни банкрот. Међутим, грешке у здравственом деловању носе сви појединци, друштво, па и привреда повратно, што је посебно погубно када се има у виду да се последице грешака по правилу протежу на дуг временски период, што захтева још дужи период њиховог кориговања.

Иако је неспорно да примена економије у здравству доноси значајне опште користи и да је као таква неминовна у условима савременог пословања јавила су се и опречна схватања да се ограничи, па чак и спречи примена економије у здравству и то из следећих разлога:

- примена економије у здравству је недовољно развијена, те као таква њене анализе нису у потпуности поуздане да би се примењивале у овако значајном сектору;
- евидентан је значајан простор за могуће грешке и погрешна тумачења здравствених показатеља због њиховог неегзактног карактера (индивидуалног, а тиме субјективног исказивања и вредновања) и непотпуности, али и недоследности и

непоузданости начина њиховог прикупљања.⁶⁴ Као потврда оскудности расположивих показатеља говори чињеница да се са праксом вођења евиденција о трошењима у здравству и ефектима који из тих трошења настају у развијеним земљама почело тек средином прошлог века, док неразвијене земље, као и земље у развоју ни данас немају установљен систем рачуноводствених евиденција – тзв. систем националних здравствених рачуна.⁶⁵ Само изградњом и применом потпуног система националних здравствених рачуна могуће је да здравствена економије пружи поуздане и основане одговоре на питања: где, како, за шта, када и на кога се троше расположиви здравствени фондови, а у циљу њихове оправдане, одговорне и рационалне потрошње.⁶⁶

- уважавајући медицинска гледишта, дакле становиште професије свакако треба уважити став да „здравље није бизнис“ (*“health is not a business”*) и да бизнис у здравству не сме да преовлада у односу да здравствену етику, хуманост, добročинство и друге принципе који здравство сврставају у примарно непрофитни сектор, али и сектор од фундаменталног значаја. Општа здравствена јавност, а и

⁶⁴ Исправно је тумачити да је приоритет, а тиме и значај, односно вредност здравственог аутопута који је усмерен на сузбијање узрочника са фаталним исходом одређен, између осталог и рангом тог узрочника на скали најчешћих узрочника смртности. Самим тим, поузданост оцене вредности посматраног аутопута условљена је поузданошћу података о стварном узрочнику смртности у сваком појединачном случају. Међутим, постоваља се питање да ли се води поуздана статистика о узрочнику смртности сваког фаталног исхода и да ли се и колико поуздано утврђује узрочник смртности у ситуацији када пацијент болује од на пример две тешке болести, рецимо сиде и наркоманије; Lopez A.D, Mathers C.D., Ezzati M., Jamison D.T, Murray C. J. L., 2006., *Global Burden of Disease and Risk Factors*, A copublication of Oxford University Press and The World Bank;

⁶⁵ **Национални здравствени рачуни** (НЗР) представљају званичну здравствену статистику која мери укупне – јавне, приватне и дониране здравствене трошкове резидената одређене државе. Ови рачуни служе за дефинисање и праћење токова новчаних средстава у сектору, као и прикупљање података о финансирању и потрошњи финансијских средстава намењених за здравство на националном нивоу. У том смислу НЗР пружа основ да се сагледа колико земља троши на здравство, одакле је порекло средстава, као и где су средства усмерена. НЗР исказују се табеларним прегледима који су базирани на заједничким концептима, дефиницијама, класификацијама и правилима обрачуна Система здравствених рачуна. Рад на успостављању НЗР у Србији, отпочео је крајем 2004. године у оквиру пројекта Министарства здравља „Развој здравства Србије”, а завршио се у марту 2008. године, када је извршена институционализација НЗР-а у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.

⁶⁶ И у земљама где се и води здравствена статистика у највећем броју случајева ради се парцијалним или фрагментираним подацима, где на пример, праћење стопе смртности не прате подаци о узрочнику смрти или се уопште не води евиденција од узрочницима обољења која немају фатални исход. Парцијална статистика узрочника, односно учешћа појединих врста обољења не омогућава разматрање целине проблема, а тиме не пружа информациони основ за доношење објективних пословних одлука и то пре свега о предмету, а затим и начину здравственог деловања. Lopez A.D, Mathers C.D., Ezzati M., Jamison D.T, Murray C. J. L., 2006., *Global Burden of Disease and Risk Factors*, A copublication of Oxford University Press and The World Bank;

професија сматра да је тешко очекивати да се здравство бави финансијама, производњом, пласманом и ценама као привредни сектори. У прилог томе је и чињеница да је здравствена заштита примарно право, гарантовано уставом и да је и те како значајно да би се препустило тржишту. Међутим, као контра став наводи се да је храна примарна животна потреба која је такође препуштена тржишту и да ту нема ништа лоше, али да свакако мора постојати контрола и/или корекција тржишности пре свих од стране државе и то посебно у делу примарне здравствене заштите и социјалне сигурности водећи рачуна о социјално угроженим категоријама становништва.

Свакако да економија ослањањем на принципе тржишта, односно привредног деловања треба да унапреди функционисање делатности здравства и то у друштвено корисном и социјално прихватљивом смеру. Позитивна сазнања прилагођена потребама здравства треба применити у области утврђивања пословних приоритета, дефинисања и вредносног представљања циљева, праћења ефикасности извршења кључних вредности (посебно у делу управљања трошковима, политике цена, пласмана и дистрибуције) правећи при томе јасну разлику између условног или примарног успеха реализације здравља и додатног тзв. модификовано–тржишног успеха. Посебно у овом последњем сегменту успеха примена општих сазнања економије и тржишног пословања може бити од користи с обзиром на простор за активније ангажовање менаџмента на нивоу организације, као самосталног пословно–економског ентитета. Дакле, циљ економије је да унапреди функционисање сектора здравства на начин да допринесе максимизацији здравственог успеха, уз очување појединачних интереса свих грађана, али истовремено у оквирима општих, односно друштвених интереса из области система здравствене и социјалне заштите.

*Да сам ја творац света прво бих поправио
значење речи прецизирајући недвосмислено
њихов садржински смисао јер свака акција
проиилази из дефиниције.*

Конфучије

ОПШТЕ И СПЕЦИФИЧНЕ МЕРЕ ПЕРФОРМАНСИ ЗДРАВСТВЕНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА

1. Опште мере перформанси

Једно од битних обележја здравствене делатности је изостанак јасне идентификације и материјализације пословних остварења због чега се јављају озбиљне тешкоће при покушају исказивања и вредновања категорије аутпута здравствених активности. По правилу, пословна остварења по основу реализације здравља исказују се кроз различите видове и нивое „оздрављења“, као облике унапређеног стања здравља, при чему је појам здравља сам по себи апстрактан и нејасан. Проблем је посебно очигледан уколико се настоји идентификовати, квантификовати и вредносно исказати стање и промене стања здравља на поуздан и егзактан начин уважавајући, између осталих и економске принципе успеха, што је циљ и једно од главних истраживачких подручја садржаних у овом раду.

1.1. Мере перформанси према перспективама посматрања учинка у здравству

Према статуту Светске здравствене организације (WHO) здравље је стање потпуног физичког, менталног и друштвено–социјалног благостања које превазилази директно одсуство болести и немоћи, укључујући и последице на „социјални и економско продуктиван живот.“⁶⁷ Из наведеног произилази да се захтев „бити здрав“, као примарни учинак здравственог деловања, заправо шире тумачи од непосредног захтева „не бити болестан“. Везано с тим „здравље“ се посматра као ресурс живљења који се приказује кроз напредак квалитета живота, а не само као просто „егзистирање“ живота самог по себи – „јесте или није жив“.⁶⁸ То значи да се поред физичког стања здравља, биолошки посматрано, у разматрање здравља као учинка укључују и други тзв. виши аспекти здравља који се односе на опште психо–физичко и социјално благостање појединца, као и његов субјективни став и/или свест о користима које здравље и његов напредак обезбеђује (лични доживљај или представа о вредностима здравља).⁶⁹

То значи да се схватање и тумачење општих мера перформанси шире посматра у односу на потребу реализације напретка здравља, у биолошком, физиолошком или психолошком смислу што значи да потпуно разматрање перформанси у здравству подразумева укључивање и осталих аспеката унапређења по основу здравља, пре свих економских и социјалних.⁷⁰ Дакле, поред реализације унапређења здравља у смислу елиминисања или смањења интензитета, односно трајања болести или очувања постојећег стања (уже гледиште) здравствени учинак шире посматрано обухвата и тзв. последичне учинке који под учинцима обухватају и манифестације побољшања стања здравља од којих су најзначајнији раст производних (продуктивних) способности и напредак социјалне димензије живота и смањење или ублажавање ефеката функционалне

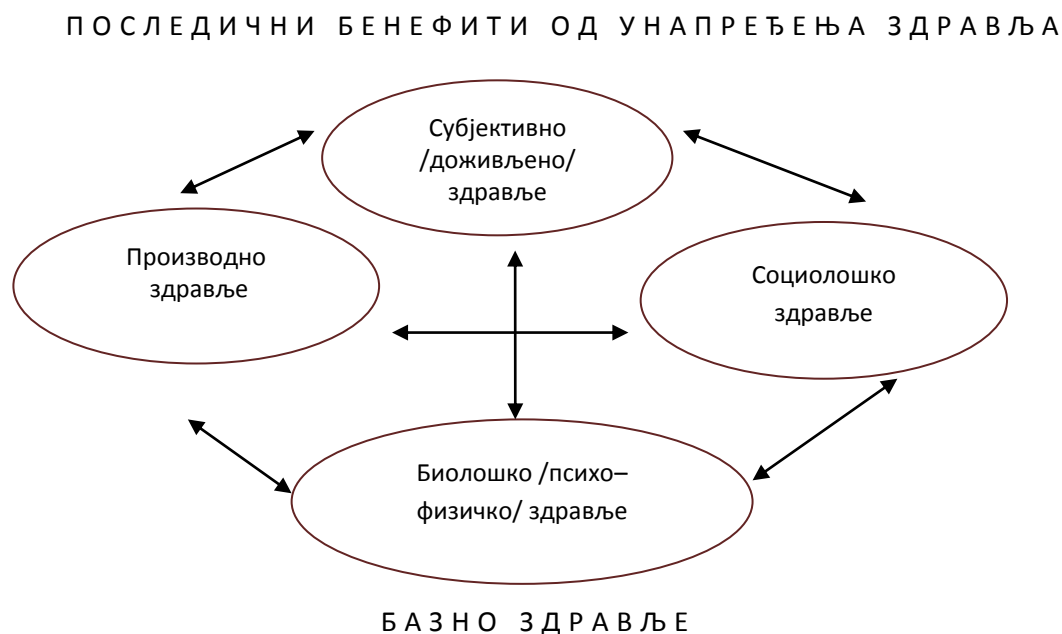
⁶⁷ Статут WHO из 1946. године, Извор сајт. <http://www.who.int>

⁶⁸ Према извештају WHO из 1986. године (Отавска декларација) извршења је допуна наведене дефинице која гласи: „здравље је извор свакодневног живота, а не само непосредни објекат живљења чије постојање, између осталих, истиче социјалне и личне ресурсе, као и физичке капацитете“.

⁶⁹ Testa M.A., Simonson D.C., 1996., *Assessment of Quality of Life Outcomes*, The New England Journal of Medicine, Number 13: 835-840;

⁷⁰ Мирковић М, Парлић М, Трајковић Г, Ћорац А, Вукотић М, Ђурић С, 2007., „Процена здравственог стања становништва“, Praxis Medica. Professional Reviews, стр. 101.

лимитираности и/или неприлагођености окружењу.⁷¹ Томе треба додати и учинке изазване доживљеним напретком здравља, односно субјективни аспект здравља који се исказује кроз личну сатисфакцију и осећај задовољства због стања здравља, а који такође повратно делује на квалитативни аспект живота, као једне од компоненти учинка настале по основу здравствених активности, што је приказано на *Слици број 6.*⁷²



Слика бр.6: Различити аспекти посматрања учинка по основу здравствених активности

Производни учинак као последица реализације здравља подразумева повећање продуктивности по основу повећања интензитета и континуитета рада (смањење времена

⁷¹ Према систематизацији ICF (WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health – Међународна функционална класификација СЗО), Извор: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

⁷² За разлику од ранијих теорија које су примарно почивале на индивидуалистичком концепту посматрања здравља као учинка, а то значи у односу на позитивне или негативне ефекте здравља код непосредног пацијента, новије теорије оцену остварења у здравству стављају у шире оквире, у смислу да стање здравља везују за опште – привредне, социјалне и економске користи/мањкавости заједнице. Такође, све су интензивнија настојања да се здравље (аупут здравствених активности) уместо до сада преовладавајућих негативних термина, као што су на пример смањење интензитета бола, скраћење трајања болести, смањење патње и сл., исказује појмовима са позитивним садржајем истичући тиме активну функцију „развоја“ здравља, како на појединца, тако и на заједницу у целини, где спадају појмови као што су: унапређење квалитета живота, повећање функционалне самосталности, раст физичке или психичке способности и сл.

проведеног у стању болести, немоћи, привремене неспособности, инвалидности и сл.), али и по основу продужења укупног радног века, као ефекат продужења живота уз очување прихватљивог квалитета здравља. Тако гледано, здравље се посматра у контексту могућности достизања циљног радног учинка или другим речима у односу на остварење дефинисане продуктивности или способности извршења пословних циљева и задатака. С друге стране, под **социолошким учинком** здравствених активности сматра се рецимо, промена понашања, усвајање „здравих“ навика, степен интеграције у друштву, самосталност живљења и обављања свакодневних активности, кориговање става или односа према здрављу, развој свести о значају очувања и унапређења здравља што за ефекат има, било избегавање настанка обољења, као облика превентивног деловања, било прихватање и прилагођавање стању болести у ситуацији већ насталог обољења – концепт „живети са обољењем“.

Међутим, претпоставимо да имамо биолошки учинак стања здравља исказан, као број година дужег живота, при чему индивидуа у периоду „додатих“ година није радно способна, захтева појачан медицински надзор и има низак квалитет живота, као последица патње и неспособности. У другом случају постигнут је мањи раст броја година живота, али пацијент је у периоду „екстра“ година радно способан, има висок квалитет живота и осећа благодање и задовољство. Поставља се питање шта чини учинак у првом, а шта у другом случају, колики су учинци, да ли су упоредиви и ако нису како обезбедити упоредивост. Томе треба додати и етичку димензију вредности учинка здравља која је посебно доминира у првом случају. Сврха анализе здравствених учинака је поуздана оцена о избору пожељног или прихватљивог аутпута здравља, као циљног стања узме ли се у обзир збирни учинак сачињен од свих последица изазваних здравственим деловањем. Проблем је нарочито очигледан када треба оценити и приказати ефикасност интервенција чији циљ није везан за избегавање смртног исхода већ се односи на процес смањења боли, патње, неспособности и сл., што захтева да се у разматрање укључи и доживљена, односно субјективна димензија ефеката изазваних здравственим стањем.

Различити аспекти здравственог учинка налазе се у односу међузависности, при чему је биолошко здравље позиционирано као примарно или базно док су остали аспекти његова надградња проистекла развојем медицинске науке и потребом све комплекснијих тумачења категорије „здравља“ као аутпута. Поред тога, различити аспекти здравља, односно различите врсте учинака у здравству последица су различитих субјеката према којима се посматра реализација здравља, а где се под субјектима сматрају професија (медицинско гледиште), затим непосредни корисници – у овом случају пацијенти и на крају заједница, односно друштво.

Проблем разматрања учинка у здравству додатно компликује и међуусловљеност појединих компоненти укупног учинка на нивоу збирне вредности пошто су компоненте често не само различитог смера или интензитета већ су по правилу и различитог узрочно–последичног односа. Наиме, иако је биолошки учинак по правилу примаран и као такав директно утиче на друга тзв. последична остварења, на пример, раст производне способности или раст степена социјализације свакако да веће радно ангажовање или квалитетнији социјални живот повратно – позитивно или негативно делују на биолошко стање здравља.

Такође, није спорно да стање здравља делује на квалитативну димензију живота, као на пример, на степен социјализације и друштвене интеграције појединца, начин његовог понашања, присуство осећаја задовољства, сигурности, испуњености, припадности, друштвене афирмације, корисности, личне сатисфакције и сл.,⁷³ али исто тако прогрес у социјалној сфери у смислу унапређења квалитета живљења или раста осећаја задовољства по том основу, такође повратно утиче на стање здравља, у ужем смислу. Наиме, социјални аспекти побољшања треба да обезбеде околности, односно услове који су у функцији, како биолошког напретка здравља, тако и већих производних способности и то пре свега кроз унапређење квалитативне димензије живота. Исто тако ниво здравља непосредно одређује ниво производних способности, али и повратно – контролисано и/или „дозирано“ радно ангажовање као радна терапија допринеће

⁷³ Woodward A., 1998., *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*, NIDA Research Monograph, Number 176;

позитивним променама, најчешће кроз лакше прихватање или превазилажење последица већ насталог обољења.

У зависности од тога шта се подразумева под учинком у здравству, односно који аспект или карактеристика учинка преовладава, као и са којим циљем се ефекат реализације здравља посматра зависиће дефинисање, исказивање и вредновање перформанси здравствених организација, а тиме и укупна анализа успешности њиховог пословања. Другим речима, да ли се под учинком примарно подразумева, (1) биолошки напредак здравља или (2) раст личне сатисфакције и осећаја задовољства (3) или раст производних могућности као последица дефинисана стањем здравља зависиће приступ и ниво разматрања учинка, облик и начин његовог испољавања, показатељи на основу којих се прати, као и методе исказивања и вредновања, о чему ће у наставку бити више речи.

1.2. Мере перформанси према примарном циљу здравственог деловања

Подела учинка може се вршити према примарној сврси обављања здравствених услуга према којој се услуге деле на:

- 1) услуге којима је циљ сузбијање негативног дејства узрочника обољења, а чије присуство угрожава постојеће или потенцијално здравље, било на индивидуалном или општем нивоу (на пример, елиминисање фактора гојазности који поред дијабетеса може да узрокује и друге врсте обољења); Под здравственим учинком у овом случају сматра се **сузбијање или елиминисање фактора ризика**, где се под учинком сматра или очување постојећег стања здравља, односно избегавање негативних тенденција кретања здравља – ефекат превентивних здравствених активности или смањење већ насталог обољења, када се смањење као учинак доводи у везу са смањењем интензитета и/или учесталости испољавања фактора ризика.
- 2) услуге којима се лечи конкретна болест, без обзира на карактеристике оболелог и његово опште здравствено стање (на пример, особе оболеле од дијабетеса без обзира на присуство других обољења, старосне и полне разлике и сл.). У овом случају здравствени учинак обухвата **процентуално смањење или елиминисање**

присуства обољења, што значи да циљни учинак представља излечење или смањење угрожености здравља услед третиране болести чак и када је квалитет живота или стање здравља и даље неповољно, због утицаја других фактора или других видова болести,

- 3) услуге прилагођене конкретној групи пацијената (на пример, гојазни пацијенти оболели од дијабетеса), а које под здравственим учинком сматрају *унапређење општег стања здравља*, што подразумева индивидуалистички приступ деловања и тиме посматрање ефеката здравља кроз унапређење општег здравственог стања исказаног као прогрес одређене врсте здравља (*уже гледиште*) или као унапређење квалитета и/или корисности живота оболелог (*шире гледиште*),

Без обзира како се здравствена услуга дефинише и сходно томе како се у појединим случајевима исход, односно последице предузетих активности тумаче очигледно је да је здравље не само кључни, већ и условни аутпут, у смислу да је оно предуслов постојања пословног успеха уопште. Наиме, уколико се каже да је поступак лечења основна услуга која се у здравству реализује, онда се може рећи и да је „производња здравља“, као допринос стању здравља – његовом очувању или увећању примарни учинак сваке здравствене активности, без обзира у ком облику се тај допринос испољава или у ком степену или временском тренутку се остварује.

Шта ће се у конкретном случају сматрати под учинком здравља, да ли „оздрављење“ привременог или трајног карактера или одржање, односно „очување“ постојећег стања здравља, зависи од нивоа затеченог (почетног) здравственог стања, утицаја интерни и екстерних детерминанти здравља, деловања нездравствених фактора, али и од ефикасности спровођења самог поступка лечења. По правилу одржање или очување здравља третира се као прихватљив исход у ситуацијама када је постојећи ниво здравља угрожен и/или када постоји тенденција његове даље угрожености. Међутим, под повољним учинком, у ширем смислу, сматрају се и резултати остварени на пољу промене понашања или промене односа према здрављу (промене навика, стила живота, прихватање и уважавање концепта „живети са болешћу“ и сл.), затим промене по основу смањења трошења лекова и коришћења медицинске помоћи, унапређења

општег квалитета живота (раст благостања, самосталности живљења и функционисања, задовољстава, осећаја среће, испуњености и сл.), као и друге манифестације које су последица стања здравља и/или на њега повратно утичу (feedback ефекат).

2. Финансијски извештаји као информациона основа за утврђивање општих мера перформанси

Захтеви финансијског извештавања које примењују ентитети јавног сектора (државни органи и други ентитети јавног сектора), а коме припадају и здравствене организације које се финансирају из јавних средстава уређени су Међународним рачуноводственим стандардима за јавни сектор (International Public Sector Accounting Standards – IPSAS), као најбољом међународном праксом финансијског извештавања.⁷⁴ Реч је о стандардима који се односе на финансијске извештаје опште намене или конкретно на захтеве везане за признавање, одмеравање, презентацију и обелодањивање трансакција и догађаја у финансијским извештајима опште намене.⁷⁵ Када се каже финансијски извештаји опште намене мисли се на финансијске извештаје „који се издају за кориснике који нису у могућности да захтевају финансијске информације које би задовољиле њихове специфичне информационе потребе“⁷⁶ као што су, на пример, грађани, синдикат, корисници услуга и шира јавност.

2.1. Утврђивање општих мера перформанси на основу финансијских извештаја опште намене

Примена IPSAS стандарда обезбеђује повећање квалитета и поузданости финансијског извештавања, што је предуслов добијања високо квалитетних информација о општим перформансама здравствених организација, у складу са принципима потпуности, релевантности, тачности и поузданости. Информације о мерама перформанси, односно

⁷⁴ IPSAS стандарди су високо квалитетни глобални (и општеприхваћени) стандарди финансијског извештавања за потребе јавног сектора, осим јавних предузећа. Према извору: 2007., *Предговор Међународним рачуноводственим стандардима за јавни сектор*, Међународни рачуноводствени стандарди за јавни сектор, СРПС, Београд (пар. 11.).

⁷⁵ 2007., *Предговор Међународним рачуноводственим стандардима за јавни сектор*, Међународни рачуноводствени стандарди за јавни сектор, СРПС, Београд (пар. 11.).

⁷⁶ Према МРС за јавни сектор 1 – „Презентација финансијских извештаја“, пар. 2;

показатељима остварења здравствених организација треба да допринесу реализацији, као и унапређењу реализације циљева пословања, у интересу очувања стабилности и континуитета функционисања, као и обезбеђења неопходног нивоа ликвидности. С тим у вези, финансијски извештаји опште намене, у складу са IPSAS стандардима приказују финансијско стање, финансијску успешност, промене у нето имовини/ капиталу, новчане токове, као и усвојене рачуноводствене политике и напомене уз финансијске извештаје.⁷⁷

На бази финансијских извештаја опште намене могуће је добити објективну и/или основану слику о нефинансијској и финансијској имовини, финансијском положају, стању и променама новчаних средстава, нивоу ликвидности, изворима финансирања и сл., а чији је информациони садржај основ доношења економски оправданих и историјски основаних пословних одлука. С друге стране, једнообразно приказивање наведених информационих садржаја, а тиме и општих мера перформанси здравствених организација на основу финансијских извештаја опште намене обезбеђује се јединственим буџетским класификацијама, високо стандардизованом обрадом рачуноводствених података и уједначеним приказивањем (представљањем) информационих садржаја према усвојеним билансним шемама. Ово произилази на основу принципа кохерентности који важи за укупан рачуноводствени процес, почев од обухватања, мерења, контроле и чувања, па до обраде, дистрибуције и контроле података, информација и перформанси, а што подразумева:

- примену јединствених начела, метода и поступака обухватања основних информација произашлих из пословно–финансијских догађаја и управљања ентитетом;
- аутоматско превођење тих догађаја према начелима, методама и поступцима на којима се заснива рачуноводствени система;
- агрегирање мерених вредности по принципу хијерархије што чини да рачуноводство постане везано ткиво ентитета и чувар његовог јединства;

⁷⁷ Према МРС за јавни сектор 1 – „Презентација финансијских извештаја“, пар.19;

- јасно дефинисање и формулисање метода и поступака контроле кроз процес дезагрегирања идући до обухватања основних информација уз поштовање принципа хомологије (сличноси).⁷⁸

Високим степеном уједначености – садржинске и формалне једнакости представљања података, информација и општих мера перформанси штити се јединство и интегритет система здравствене заштите, као и свих субјеката које га чине. У том смислу принципом кохерентности подржава се повезаност података и информација у јединствену информациону базу која служи за управљање пословним системом, при чему рачуноводство обухвата зајединичке елементе пословног субјекта по више различитих критеријума и функција (по врстама информација, корисницима и сл.).⁷⁹

У условима недовољности расположивих средстава и потребе сврсисходнијег коришћења, пре свих државних/буџетских извора логично је да расте обавеза за праћењем и контролом начина расподеле јавних прихода,⁸⁰ што подразумева не само дефинисање општих мера перформанси, већ и контролу њиховог извршења, а то значи контролу намене потрошње (предметне и дистрибутивне одређености), висине трошења, ефикасности извршења, као и динамике или временске усклађености потрошње расположивих ресурса. У том смислу, општи финансијски извештаји здравствених ентитета садржински су подробнији и правно уређенији (по врсти и структури односно детаљности приказивања) у односу на исте извештаје профитних ентитета, с обзиром на то да према IPSAS стандардима, као обавезне садрже и информације о:

- **Структури финансирања** – приказ информација о изворима средстава, као и дубље, према критеријуму условљености сваког појединог давања, прилагођено условима/интересима финансијера (јавни извори, тржишни приходи, донације, трансфери, дотације, субвенције и сл.);

⁷⁸ Новићевић Б., 1997., „Однос рачуноводства и система информисања“, XXVIII симпозијум, Рачуноводство, ревизија и пословне финансије у светлу нове законске регулативе, Златибор, стр. 36–49;

⁷⁹ Милојевић Р., Новићевић Б., 2009., Дивергентни информациони захтеви оперативног менаџмента и управљачког рачуноводства, Рачуноводство, вол 53, бр. 11–12 стр. 13– 20;

⁸⁰ 2007., *Предговор Међународним рачуноводственим стандардима за јавни сектор*, Међународни рачуноводствени стандарди за јавни сектор, СРПС, Београд, пар 27;

- **Динамици финансирања** – приказ усклађености прилива средства према периоду доспећа обавеза, посебно готовинских (по моделу планских квота (тзв. оброчна давања));
- **Предметној опредељености** – приказ предмета и/или узрока потрошње средстава, односно уважавање наменске опредељености датих средстава (по моделу пројектне припадности и планских апропријација);
- **Степену задовољења принципа ликвидности** – приказ могућности финансирања предузетих активности и благовременог измирења обавеза по том основу (синхронизација новчаних токова);
- **Стању ресурса и променама током времена** – приказ стања опреме, кадрова, инвестиционих улагања, залиха и слично;
- **Оцени успешности (ефикасности) пословања**, посебно у делу тржишног деловања – приказ индикатора пословних остварења као што су обим активности, трошкови по јединици учинка, ниво рационализација и сл.;

Уважавајући специфичности здравствених организација неспорно је да је за одговорно и савесно управљање јавним финансијама и с тим у вези ефикасно спровођење важеће политике неопходно обезбедити благовремене и релевантне показатеље, како о планираним, тако и о оствареним општим мерама перформанси. То је заправо основ за праћење захтева успеха, односно за накнадне корекције и могућа побољшања. Такође, одговорно управљање пружа могућности за постизање значајних уштеда и пословних рационализација чиме се стичу „интерни“ и не занемарљиви извори финансирања, те додатно поспешује финансијска позиција здравствених субјеката.

Финансијски извештаји опште намене, према IPSAS стандардима, такође омогућавају праћење усаглашености општих мера перформанси здравствених ентитета са општеприхваћеним и претходно дефинисаним стандардима, у смислу законских и професионалних норми. На тај начин омогућено је разматрање степена примењивости и прихваћености захтева професије, с једне стране и степена извршења законских захтева, с друге стране,

чиме држава као оснивач директно контролише и надгледа функционисање, односно успешност функционисања здравствених организација.

2.2. Циљеви финансијског извештавања

Полазећи од циљева финансијског извештавања профитних ентитета где се обавеза полагања рачуна о ефикасности трошења опредељених средстава и оствареном нивоу профитабилности издваја као примарна у случају непрофитног сектора коме припадају и здравствене организације полагање рачуна о пословним остварењима битно је другачије предметно и садржински уређено. С друге стране, као битни циљеви финансијског извештавања издвајају се и циљеви који се односе на праћење степена очувања имовине, континуитета и стабилности деловања, затим степена извршења буџета, као и остали информациони садржаји од значаја за управљање здравственим ентитетима. Уважавајући специфичност пословања здравствених организација и њихову улогу у укупном друштвеном окружењу праћење информација о континуитету, односно стабилности и квалитету здравственог деловања из којих проистиче потреба праћења степена извршења буџета и очувања имовине свакако су битна специфичност финансијског извештавања субјеката које обезбеђују добра и/или услуге од јавног значаја.

2.2.1. Полагање рачуна

Полагање рачуна као циљ финансијског извештавања здравствених организација битно се разликује од полагања рачуна тржишно оријентисаних ентитета. То је последица разлика у врстама и приоритету појединачних циљева из чега даље произилазе и разлике везане за полагање рачуна о начину, значају, као процени вредности њихове реализације. Под полагањем рачуна, сагласно схватању појма успеха здравствених ентитета, а уважавајући јавни интерес и друштвену одговорност, примарно се сматра извршење, односно степен извршења циљева из области, функције и/или нивоа здравствене заштите због које је здравствена организација основана. У том смислу полагање рачуна као циљ финансијског извештавања треба да омогући увид у задовољење захтева као што су: ниво и квалитет задовољења здравствених потреба, поштовање принципа наменског трошења, задовољење општих принципа непрофитабилности и повезано са тим остварење

друштвене улоге организације у окружењу коме припада. Економски показатељи успеха, као што су добит, рентабилност и сл. имају секундарни значај и битни су у делу праћења економичности, рационалности и оправданости потрошње, односно начина и/или економичности процеса располагања опредељених средстава.

Полазећи од принципа непрофитабилности и обавезности деловања за потребе полагања рачуна здравствених ентитета примарно је испуњење следећих захтева:

- очување континуитета и стабилности деловања,
- извршења опште/јавне функције из области којом се организација бави и
- задовољења хуманих начела и захтева професије.

Захтеви финансијских извештаја остварују се задовољењем принципа наменског трошења и то пре свих буџетских средстава, али и средстава финансираних из донација. За испуњење захтева наменског трошења, где је намена зависно од врсте средстава дефинисана или апропријацијама у буџету или донаторским уговором важан је захтев полагања рачуна. Од задовољења принципа наменског трошења зависи не само извршење јавне функције здравља којом се организација бави, већ такође и даљи прилив средстава, а тиме и континуитет задовољења здравствене тражње.⁸¹ У том смислу полагање рачуна као циљ финансијског извештавања, треба да прикаже кретање (употребу) економских ресурса према намени трошења и то аналитички по предмету и врстама трошења, а истовремено временски посматрано да омогући праћење трошкова током свих фаза и/или елемената реализације пројекта.

Наведени захтев односи се на обавезу праћења кретања економских ресурса сегментирано на бази узрочно–последичне везе на релацији: извор финансирања – предмет реализације. То значи да финансијски извештаји здравствених организација, треба да пруже увид о томе да ли је и у којој мери организација задовољила **начело доследности коришћења опредељених средстава**, према жељама донатора или

⁸¹ Овде се пре свега мисли на „оброчно условљена давања“ код којих је даљи прилив средстава условљен испуњењем претходно дефинисаних услова, што су по правилу захтеви финансијера (*purpose restrictions*).

потребама финансијера. Држава, донатори и остали финансијери дају средства за реализацију конкретног програма/активности здравствене заштите, а не за финансирање пословања организације саме по себи, па је логично да они на основу финансијских извештаја желе да сазнају да ли се дата средства наменски користе за финансирање циљног програма. Такође, њихове информационе потребе односе се на стицање увида у начин трошења одређених средстава, тачније у економичност и ефикасност трошења, као и у степен задовољења потреба (према врсти или кориснику) за које су средства дата.

У том циљу финансијски извештаји здравствених организација састављају се у форми финансијских прегледа из којих је могуће сагледати остварени резултат диференцирано, по сваком извору финансирања и по сваком програму појединачно на начин да се сваки извор финансирања, односно сваки програм третира као заокружена рачуноводствена јединица са строго разграниченим ресурсима и економским токовима. Потреба праћења оствареног резултата по изворима финансирања полази од захтева праћења наменске употребе примљених средстава, док праћење пословног успеха по програмској основи приказује реализацију захтева оперативне ефикасности пословних извршења. У прилог наведеном је и чињеница да су активности унутар здравствених организација толико различите, као и да обухватају широк распон различитих области и/или нивоа здравствене заштите да је неопходно приказати засебне финансијске и нефинансијске податке о појединим пословним сегментима унутра ентитета, како би се обезбедиле квалитетне информације за сврхе контроле извршења обавеза и за потребе пословног одлучивања.⁸²

Сегментација резултата, као суштина финансијског извештаја ентитета који се (су)финансирају из буџетских извора подразумева такође, формирање директне везе између структуре извештавања (у формалном и материјалном смислу) и буџетског планирања, као основа за праћење и контролу буџетског извршења. На пример, ако су у оквиру здравствене установе наменски одређена средства за финансирање едукативних програма здравствене заштите финансијски извештаји треба информационо да подрже

⁸² Према: МРС за јавни сектор 18 – „Извештавање по сегментима“, пар. 11;

диференцирано извештавање почев од планирања затим, организовања, па све до контроле и то на начин да се целим током реализације пројекта омогући приказивање и праћење пословних остварења, по пореклу финансирања, односно припадности пројекту. Ова специфичност посебно је важна у ситуацијама када постоји стриктна обавеза покрића насталих трошкова из осталих тзв. небуџетских средстава у циљу заштите државне имовине.

Није редак случај да држава законом уреди обавезу праћења и приказивања трошења средстава према намени односно пореклу сваког улагања. Тако, на пример, законом се може регулисати обавеза по којој финансијски извештаји здравствених организација, у случају остваривања добитка, треба рашчлањено да приказују реализовани добитак, према пореклу улагања односно пројектима из којих уштеде потичу и то нарочито правећи разлику између буџетских и осталих извора финансирања. Приказивање рашчлањеног добитка омогућава процентуално реинвестирање укупно остварене добити у послове из којих приливи потичу. Тако ће се добит остварена од коришћења савременог техничко–технолошког процеса усмерити за будућу модернизацију опреме на исти начин као што ће се профит остварен од ефеката економије обима уложити у проширење капацитета неопходних за раст услужних активности. Наведена сегментација посебно је изражена по врстама активности, односно пројектима који се реализују.

2.2.2. Приказивање степена очувања имовине

Специфично за здравствене организације чији је оснивач држава финансијски извештаји опште намене поред уобичајених треба да пруже и додатне информационе садржаје на бази којих се стиче увид у стање и промену стања државне/јавне имовине. Показатељи начина располагања и очувања државних средстава битни су информациони елементи за оцену сврсисходности трошења јавних средстава, а за шта су посебно заинтересовани оснивачи, порески обвезници и опште јавно мњење.

Потреба континуираног надзора односно очувања државне имовине произилази из чињенице да је укупна имовина здравствене организације само уступљена на коришћење ентитету без права располагања у правном смислу. То значи да организације основане од

стране државе нису правни власници имовине коју користе, већ је држава на њих пренела само права економског располагања имовином⁸³, задржавши сва права власништва, а то су права продаје, уступања и заложна права. Управо због тога здравствени ентитети при доношењу одлуке о одржавању постојећег капацитета, његовом повећању или продаји треба претходно да добију писмену сагласност, практично одобрење државе, као власника јер једино уз писмену сагласност (која се прилаже уз финансијске извештаје) предузете инвестиционе активности и капитална улагања су легитимна и реализују се у складу са законом.

Држава, такође обавезује здравствене организације чији је оснивач да најмање једном годишње доставе извештај о стању и променама стања на покретним и непокретним средствима у односу на претходни извештајни период. Овај тзв. имовински лист садржи списак нефинансијске имовине којом организација располаже у економском смислу и као такав представља обавезни додатак финансијским извештајима.

Држава може законом да обавезе здравствене организације чији је оснивач да део трошкова амортизације покривају из средстава тржишних прихода и да издвојено прикажу амортизационе фондове на конту капитала, у висини амортизационих трошкова. Приказом висине ослобођених амортизационих износа по основу непокретне имовине директно се средства опредељују за будућа улагања у нефинансијску имовину у складу са принципом наменског трошења. Издвојеним приказивањем амортизационих фондова држава као власник средстава, такође штити ресурсе за одржавање својих капацитета онемогућавајући тако да се она у сумарном износу у оквиру јединственог жиро рачуна прелију у друге видове потрошње.⁸⁴

⁸³ Према МРС–1 за јавни сектор под појмом економског располагања подразумевају се права уживања и присвајања свих облика користи насталих експлоатацијом односно употребом средстава.

⁸⁴ Wenzel F.J., Baker G.R., Carpenter C., Friedman L., McCaughrin W., McIlwain T., Porter J.E., 2005., *Health Finance*, Healthcare Executives, Chicago, USA;

2.2.3. Приказивање континуитета и стабилности деловања

Приказивање континуитета и стабилности деловања, у складу са улогом здравствених организација на нивоу друштвене заједнице је један од примарних информационих захтева већине корисника финансијских извештаја. У условима сталне и растуће тражње за здравственим услугама (по количини, квалитету и интензитету) функционисање непромењеног обима пословања је условни захтев чије се остварење најчешће исказује квантитативним показатељима успеха, где спадају показатељи као што су: обим извршених услуга (број прегледа, третмана или интервенција, време рада апарата за преглед и сл.), број запослених, процентуално искоришћење расположивих капацитета, број радних смена (радних сати) и сл.

Дакле, финансијски извештаји здравствених ентитета треба, поред осталих, да садрже квантитативне показатеље резултата груписаних по сродности и то у вези обима рада, степена искоришћености капацитета и интензитета њихове употребе, дужине односно времена ефективног рада, броја радних места, броја прековремених часова рада и сл. При томе, неопходно је испунити захтев сталности формалног и информационог садржаја (материјалне једнообразности), као услова упоредивости наведених параметара и то како унутар сектора, одељења или активности, тако и њиховог праћења и поређења у времену.

2.2.4. Приказивање степена извршења буџета

Према IPSAS стандардима посебно битан циљ финансијског извештавања здравствених организација је приказивање и обелодањивање показатеља извршења буџета, што је уједно и обавеза утврђена законом.⁸⁵ Под појмом извршења буџета, сагласно међународним стандардима сматра се **ниво постигнуте подударности** између резултата пословања и параметара дефинисаних усвојеним буџетом, односно планом буџетске потрошње. У том смислу циљ финансијског извештавања је да веродостојно прикаже

⁸⁵ Према MPC за јавни сектор 1 – „Презентација финансијских извештаја“, пар. број 22;

врсту и висину идентификованих одступања на начин да их доведе у непосредну везу са разлозима и/или узрочницима одступања.

Обавеза извршења буџета, као захтева карактеристичног за буџетски концепт пословања доминира у односу на остале захтеве финансијског извештавања непрофитног сектора. У циљу праћења буџетског извршења финансијски извештаји садрже одвојене, најчешће паралелне колоне за приказивање планираних и остварених вредности. Могуће је додати посебну колону за евиденцију насталих позитивних и негативних одступања према потребама буџетске анализе. Табеларна, строго формализована прегледност чини да финансијски извештаји здравствених организација у односу на извештаје тржишних ентитета имају све одлике извештајних информација, у тој мери да захваљујући законом уређеној формално–материјалној садржини, као и динамици достављања представљају пре свега извештајне приказе о реализацији, односно степену извршења планиранских вредности (по разделима, функцијама, пројектима, апропријацијама и квотама).

2.2.5. Приказивање додатних информација за потребе управљања

Садржај, форма и динамика финансијског извештавања треба да су усклађени и прилагођени захтевима унапређења ефикасности функције управљања здравственом организацијом. Ово је посебно важно у ситуацијама све израженије несташнице расположивих средстава, без обзира на њихово порекло, када је менаџмент слично као у привреди, приморан да развија и усавршава технике управљања и да ангажовањем интерних снага, а то значи ефикаснијим и рационалним коришћењем постојећих ресурса побољша пословање у циљу раста и развоја ентитета. Ради се о реализацији захтева максимизације ефикасности циљних извршења (метод „*еластичног метра*“) који је прихватљив за све непрофитне ентитете, с тим да код здравствених организација има посебну важност.

Осим тога, финансијски извештаји треба посебно детаљно и објективно да прикажу стање и функционисање пре свих генератора непрофитног успеха, као и функционисање интерних процеса чије унапређење доводи до раста производних, тачније услужних

могућности, а тиме и до пословног напретка. У случају здравствених организација пре свега се мисли на праћење степена извршења примарне функције здравља због које је организација основана, а затим и у зависности од стратегије пословања и на пословне функције (или аспекте пословања) које су према оцени менаџмента битне за очување и унапређење пословних процеса (на пример: праћење изабраних пословних програма – или фаза/сегмената програма; извршење посебних/диференцираних услуга; задовољење потреба посебних корисника и сл.).

Показатељи ефикасности извршења интерних процеса, у функцију су пре свих потреба менаџмента, што значи да су прво, примарно интерно усмерени, друго, много су аналитичнији и временски учесталији и треће имају потпуну садржинску и формалну индивидуалност/специфичност прилагођену потребама, времену и врсти посла на који се односе. По правилу састављају се у форми прилога, прегледа, допуна, белешки, интерних извештаја, изјава одговорних лица и сл.

3. Проблеми реалности финансијског извештавања у здравственим организацијама

Информациону вредност финансијског извештавања здравствених организација значајно угрожавају специфичне карактеристике мера перформанси здравствених учинака као што су немерљивост, индивидуалност испољавања и/или тумачења, односно вредновања ефекат одложеног и/или продуженог деловања и сл. С тим у вези, тумачење захтева успеха у здравству подразумева претходну, доста детаљну анализу схватања здравља као учинка, чиме се формира општи оквир за разматрање ове проблематике.

3.1. Проблеми дефинисања перформанси

Потреба за објективним и уједно потпуним дефинисањем перформанси реализације учинка здравља је кључни проблем који се јавља при сваком покушају процењивања стања здравља или његовог напретка, било на индивидуалном или општем нивоу.

Управо због тога први покушаји мерења перформанси здравља као учинка⁸⁶ сводили су се на праћење перформанси о смртности или о простом одржању живота који су имали циљ праћење и евидентирање два међусобно искључива исхода, јесте или није жив. То заправо значи да се здравље у почетку посматрало у чисто егзистенцијалном смислу, због чега су се и ефекти његове реализације исказивали у показатељима заснованим или на подацима о смртности или на подацима о стању живота самом по себи као, на пример, стопа морталитета, вероватноћа трајања живота, очекивани или просечни животни век, просечна старосна структура популације и слично.

Реч је о крајње поједностављеним перформансама здравствених активности где се успешност реализације здравља поистовећује са позитивним исходом „јесте жив“ не улазећи дубље нити у квалитативну страну живота, нити у субјективни осећај задовољства, као непосредног доживљаја које здравље, односно његов напредак постиже код пацијента као непосредног корисника. Схватање трајања, односно одржања живота као јединог исхода здравственог деловања, у овом случају сматра се довољним показатељем здравственог успеха који не захтева нити већу прецизност, нити било какву даљу верификацију. То упућује на закључак да се здравствени учинак у овом случају исказује као временски детерминисана величина приказана као број укупних или број додатих година живота – ефекат година „плус“ које појединац не би ни доживео да је посматрана интервенција изостала или да није спроведена довољно успешно (у мери и/или на начин) да се достигне ниво разматраног учинка.

Међутим, шта се дешава ако имамо интервенције које за учинак имају одржање живота, односно избегавање смртог исхода при чему се ради о крајње различитом аутпуту, а разлике се не односе само на број спасених година живота. Рецимо, имамо случај да се спаси живот детету од 2 године и човеку од 50 година иако је у оба случаја спасен људски живот (формално исто суштински различито), разматрани аутпути нису исти имајући у виду њихов квалитативни аспект. Чак и под претпоставком да је број

⁸⁶ Први озбиљни покушај процењивања здравља становништва приписују се Johann Peter Frank на крају 18. и почетком 19. века и William Farr у 19. веку, а који су се пре свега односили на оцену учешћа морталитета и/или нивоа преживљавања. Видети: (December) 2001, *Health Indicators: Building Blocks for Health Situation Analysis*, Pan American Health Organization, Vol 22, No. 4. p 1–5;

година „плус“ у оба случаја исти поставља се питање да ли је иста њихова садржинска вредност, где се пре свега мисли или на квалитет здравља (уже гледиште) или на квалитет, односно вредност живота (шире гледиште). По истом принципу поставља се питање да ли је остварен исти учинак, ако се пацијентима исте старосне доби продужи живот за исти број година, да ли постоје друге разлике (на пример: у почетном стању здравља; полу пацијента; повољном, односно неповољном деловању других фактора; ефикасности реализације аутпута и сл.) и колико су уочене разлике материјално значајне/битне.

Очување живота као перформанса предузетих активности је крајње једностран начин посматрања учинка који не уважава следећа два битна фактора, а који, такође делују на реализацију здравља и то његову квалитативну вредност, а то су: присуство болести, тачније последице које обољење собом носи (према врсти, карактеру, узрочнику, интензитету, дужини трајања, начину испољавања и сл.),⁸⁷ а затим и доживљај (субјективни осећај) задовољства достигнутим нивоом здравља. Значај анализе здравља, где се здравље сада посматра као диференцирана величина, у оквиру раније јединствене категорије „јесте жив“ додатно је наглашен из више разлога од којих су најзначајнији следећи.⁸⁸

- **Интензивирање потреба за унапређењем здравља са аспекта квалитативне стране живота** (аспекти хумане медицине). Потребе које се односе на просто одржање живота, у смислу дужине његовог трајања сматрају се превазиђене и недовољне с обзиром на то да се све већи значај реализације прогреса здравља у функцији побољшања квалитета преосталих година живота. На пример, сасвим је извесно да је након сазнања да је хируршком интервенцијом постигнута стабилизација виталних животних функција као кључног успеха неопходно

⁸⁷ Процена вредности ефеката „излечења“ представља основ упоредивости различитих здравствених активности чији се учинак мери степеном редукције година или периода живота проведених у стању субоптималног здравља. Математички посматрано учинак тзв. **нефаталног бенефита здравља** мери се нивоом смањења разлике између просечне вероватноће живота (LE) и година живота пуног здравственог капацитета (HALE).

⁸⁸ Према извору: Мирковић М, Парлић М, Трајковић Г, Ћорац А, Вукотић М и Ђурић С., 2007., *Процена здравственог стања становништва*, Praxis Medica, Professional Reviews, стр.100;

сагледати и остале факторе који такође доприносе успешности здравственог деловања као кумулативној (збирној) вредности, а где спадају показатељи: дужине опоравка, степена инвалидитета, нивоа радне способности, ризика поновних компликација, трошкова лечења и сл. Уколико се међусобно упоређују интервенције које обезбеђују очување живота, или у којима у оба случаја живот није угрожен њихов појединачни успех, а самим тим и разлика остварене успешности зависиће искључиво од реализације осталих ефеката који нису директно везани за одржање живота самог по себи.

- ***Промовисање здравствених активности превентивног карактера, као све значајнијег подручја здравственог деловања.*** Инсистирање на превентивним активностима подразумева периодично праћење успешности, где успех обухвата постигнуте ефекте у смислу избегавања или ублажавања очекиваних негативних ефеката и који се као такви дешавају искључиво у периоду живота, дакле током трајања исхода „јесте жив“. Дакле, ради се о учинку где је у циљу разматрања нивоа успешности неопходно сагледати перформансе које се односе само на квалитативну страну живота, а не његово просто одржање.
- ***Стални раст броја људи у старијем животном добу, као последица продужења општег животног века захтева анализирање негативних последица живљења са обољењем.*** Проблем продужења година живота оптерећених неком врстом болести (на индивидуалном или општем нивоу) условило је потребу разматрања последица присуства обољења, као негативних ефеката изазваних губитком времена током периода трајања болести. Негативне ефекте по том основу, крајње грубо са економског становишта могуће је сврстати у две опште групе и то: негативне последице изазване повећањем трошкова живота (раст трошкова лечења и медицинске неге због стања боли, патње и немоћи) и негативне последице настале због губитка радне способности, а који је еквивалентан нивоу изгубљеног производног потенцијала током трајања привремене или трајне неспособности.
- ***Здравље није само физичка добробит већ и сви облици психичког и социјалног благостања који такође опредељују општи ниво здравља.*** Концепт „пуног

нивоа здравља⁸⁹ заснива се на схватању да се под појмом здравља не подразумева само очување живота, у физичком или биолошком смислу, већ подразумева и психичку, социјалну и производну димензију живота које такође, на свој начин опредељују стање и квалитет живљења у целини, о чему је претходно било више речи.

Једна од прихваћених дефиниција која доста уопштено тумачи учинак у здравству указује да „позитиван учинак процеса лечења представља сваки исход који за последицу има продужење животног века или унапређење његовог квалитета.“⁹⁰ На основу изнетог произилази да се под учинком здравственог деловања подразумева, како димензија трајања живота, тако и његова садржинска вредност дефинисана као промена, односно прогрес здравља, у најширем смислу. У првом случају, ради се о продужењу година живота које појединац не би ни доживео да је посматрана здравствена интервенција изостала (quantity of life), док се други случај односи на раст квалитета живљења услед смањења боли, патње, немоћи и неспособности насталих као последица побољшања општег психо–физичког стања и/или осећаја задовољства (quality of life).⁹¹

3.2. Хетерогеност фактора који детерминишу перформансе

На перформансе здравствених активности утиче читав низ фактора који су груписани у оквиру три групе и то:⁹²

- **персонални фактори** (генетски фактори, старосна доб, елементи понашања, ниво физичких активности, стечене навике, степен здравствене културе, образовање, стил и темпо живота, врста посла, начин исхране и сл.),

⁸⁹ Према ширем концепту здравља сагласно дефиницији СЗО из 1948. године под појмом здравља не сматра се само физичко/биолошко стање здравља него и психичко и социјално благостање јединке. Према извору: Testa MA, Simonson DC., (March) 1996., *Assessment of Quality of Life Outcomes*, The New England Journal of Medicine, Number 13., 835-840;

⁹⁰ Woodward A., 1998., *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*, NIDA Research Monograph, Number 176, p.131;

⁹¹ Ceri Ph., Guy T., 2009., *What is a QALY?*, Hayward Medical Communications, Hayward Group, p.2

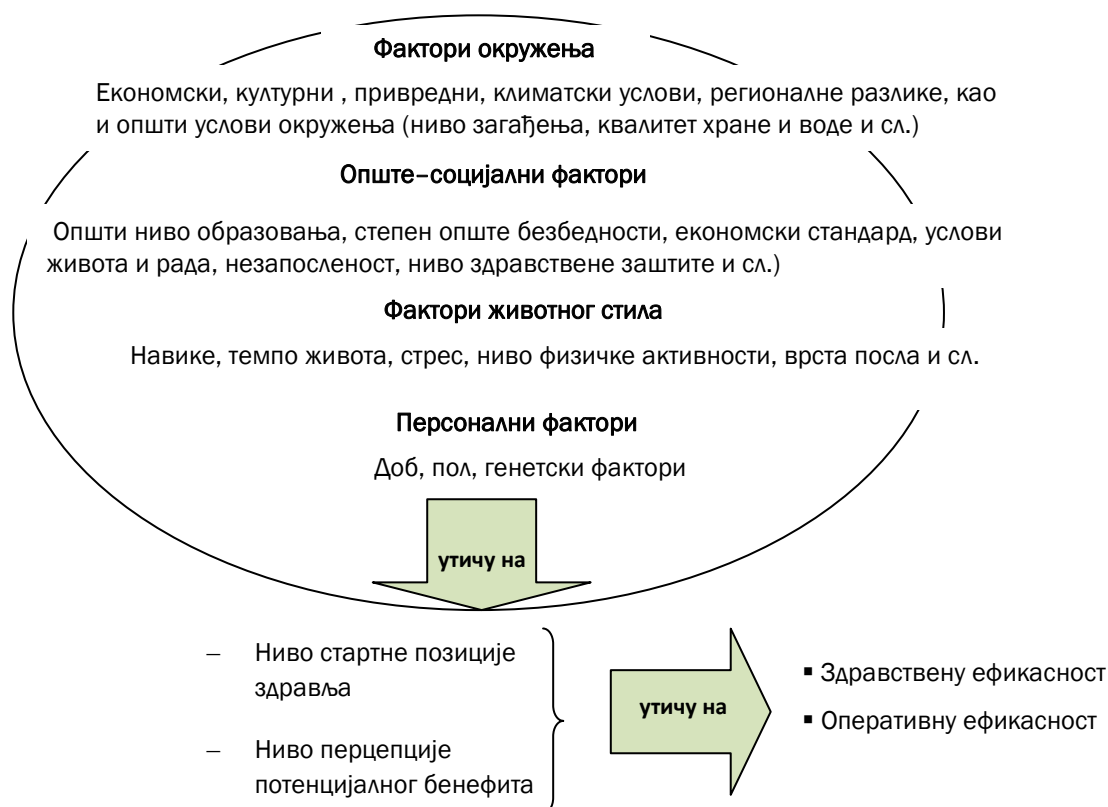
⁹² На ниво реализације аутопута здравља поред непосредне здравствене ефикасности утичу и други фактори (биолошки, психолошки и социјални фактори, као и фактори понашања, односно односа пацијента према оболењу (MacKinnon 1994), Извор: Woodward A., 1998., *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*, NIDA Research Monograph, Number 176, p. 137.

- **фактори окружења или фактори ван система здравствене заштите** (економски, културолошки, социолошки, демографски, климатски, регионалне разлике и сл.);
- **фактори који утичу на непосредну ефикасност реализације ефекта здравља** (у делу здравствене ефикасности – прилагођеност учинка здравља конкретном случају и то пре свега нивоу стартне позиције здравља и могућности перцепције потенцијалног бенефита и у делу оперативне ефикасности – рационалност и економичност трошења).

Свакако да су прве две групе фактора за здравствену организацију дате по правилу независно формиране категорије из чега произилази да се анализа успеха на нивоу здравствених програма или појединачних здравствених активности примарно посматра у односу на трећу групу фактора. То значи да се анализа успеха на нивоу предузетих активности посматра према реализацији „задатих“ (екстерно установљених) индикатора здравствене ефикасности, а затим унутар тога и у односу на реализацију „задатих“, најчешће искуствено потврђених индикатора оперативне ефикасности.

С тим у вези, ако факторе од значаја за остварење учинка здравља посматрамо у контексту деловања подржавајућих фактора и фактора ризика као непосредних изазова и претњи на путу остварења циљних вредности онда су они условљени утицајем окружења, биолошким карактеристикама корисника (пацијента), као и функционисањем система здравствене заштите, што је приказано на *Слици бр.7*,⁹³ на следећој страни.

⁹³ Видети: *Department of Human Services, Primary Care Partnerships, Draft Health Promotion Guideline, The Determinants of Health*, <http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/foundations/determinants.htm>;



Слика бр.7: Фактори који детерминишу перформансе успеха⁹⁴

Свака група фактора, као и сваки фактор појединачно делује различитим интензитетом, временом испољавања и смером утицаја при чему се њихове карактеристике и степен, али и смер утицаја на ефекат здравља током времена мења у мањој или већој мери. На пример, очигледно је да је утицај индивидуалног фактора као што је фактор животне доби у раним годинама живота у општем случају интензивно позитиван и да у том смислу доприноси остварењу већих резултата да би током старења његов ефекат слабио, а затим у каснијим годинама испољавао негативно дејство у почетку мањег, а касније све јачег интензитета.

Уколико се посматра ефикасност лечења различитих циљних група пацијената где се разлике јављају у битно другачијим социо-економским условима, условима окружења или индивидуалним карактеристикама (на пример, године живота, ниво стартне позиције здравља или перцепције потенцијалног бенефита здравља реализација различитих

⁹⁴ Модификовано према: D. Mont, M. Loeb, 2008., *Beyond DALYs: Developing Indicators to Assess the Impact of Public Health Interventions on the Lives of People with Disabilities*;

учинака не може се априори везивати за мању или већу ефикасност реализације здравствених програма. Ово је посебно значајно ако се зна да се ради о факторима који су за непосредне актере производње здравља дате претходно одређене вредности те су као такве неосноване за оцену пословних остварења. У прилог наведеном говори и чињеница да ће се као успешни оценити и они програми, односно активности које имају низак ниво остварења прогреса здравља уколико је утицај осталих, заправо егзогених фактора неповољан и обрнуто.

Претпоставимо, на пример, да се исти програм здравствене заштите реализује у ратним и мирнодопским условима или у богатијој и сиромашнијој заједници очекивано бољи резултати у првим варијантама нису последица веће ефикасности здравственог деловања, већ су пре последица повољних општих прилика узрокованих околностима на које ни менаџмент нити стручно особље не може да утиче. На исти начин ако су у исти здравствени програм укључена два пацијента различите старосне доби и/или различитог затеченог стања здравља, пола и генетских предиспозиција разлике у реализацији прогреса здравља нису узроковане различитим приступом, степеном професионалности или ефикасности рада већ искључиво разликама у испољавању егзогених фактора.⁹⁵ Проблем процене утицаја фактора на успех у здравству додатно компликује њихов међусобни утицај услед чега се ефекат појединих фактора или у потпуности неутралише или мења – по интензитету, смеру или времену испољавања. На пример, негативно деловање генетских фактора или услова живота може да се надомести позитивним утицајем других фактора, рецимо усвајањем позитивних навика, здравим стилем живота, повећаним превенцијама и сл.

Имајући у виду да је подручје истраживања овог рада мерење и унапређење перформанси здравствених организација неопходно је искључити и/или изоловати дејство оних фактора који су за менаџмент здравствене организације дате вредности, односно на

⁹⁵ Илустрације ради унапређење покретљивости код прелома бутне кости која се исказује процентом или степеном функционалне лимитираности условљена је, како успешношћу реализације здравствене интервенције, тако и индивидуалним разликама повређеног које посебно у случају телесних повреда значајно одређују квалитет и интензитет циљног оздрављења (на пример, године повређеног, присуство других обољења, генетски фактори и сл.).

које менаџмент не може да утиче. С тим у вези, у наставку излагања поћи ће се од претпоставке да су утицаји свих егзогених фактора на ефекат здравља, а и шире на успешност здравственог деловања ирелевантни те да се као такви искључују из анализе. То омогућава да се тежиште анализе усмери на оне факторе који су не само битни за реализацију успешности у здравству, већ на које менаџмент може и треба да утиче.

При томе битно је правити разлику између фактора који су значајни за реализацију здравља у циљу оцене ефикасности реализације здравственог аутпута – здравствена ефикасност и фактора који се односе на техничко извршење циљних вредности, а које се оцењује са аспекта рационалности трошења – оперативне ефикасности, што је такође детерминантни чинилац пословне успешности у целини посматрано. Међутим, без обзира на порекло настанка успешност пословања здравствених ентитета примарно се посматра у односу на степен извршења екстерно дефинисаних индикатора успеха (који могу имати и условни карактер), а затим и у односу на прекорачење граничних вредности, било по ширини или висини позитивног испољавања, а које су установљене на бази утицаја егзогених фактора у сваком конкретном случају.

3.3. Ефекат кумулативности здравственог деловања

Остварени учинци, односно аутпути по основу здравственог деловања у највећем броју случајева не могу се довести у искључиву везу са успешношћу реализације ефекта здравља у оквиру конкретне (одређене) здравствене интервенције. Наиме, учинак унапређења здравља на нивоу текућег деловања треба посматрати у контексту утицаја (позитивних или негативних ефеката) раније предузетих активности (истог или сличног циља), односно у контексту постигнутих резултата из прошлости који имају „одложено“ или „продужено“ дејство на ефекат здравља садашњих активности, на начин да појачавају, неутралишу или умањују вредност актуелног учинка (*time lag ефекат*).⁹⁶

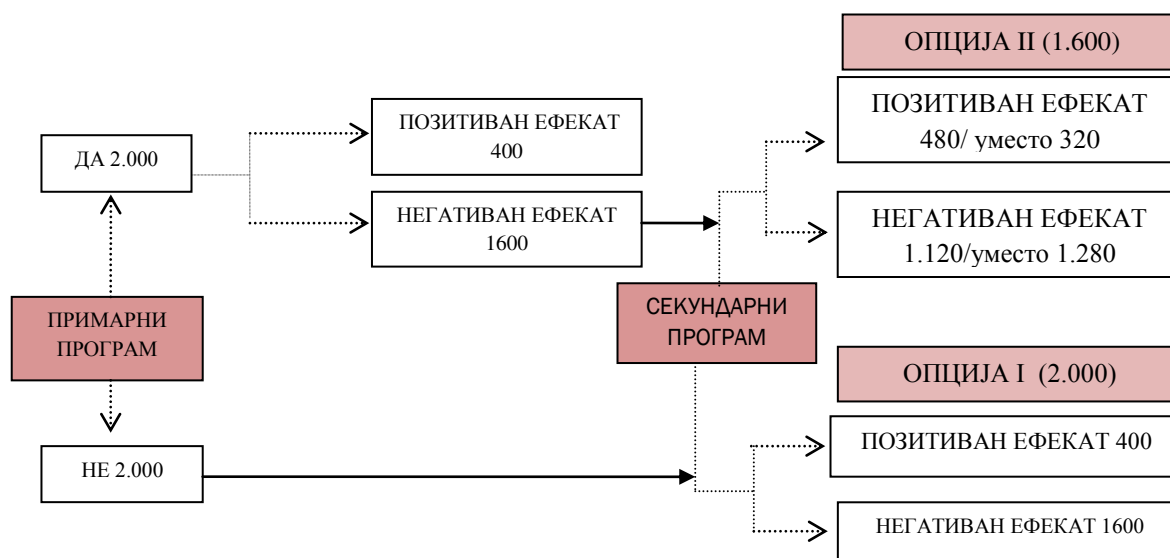
⁹⁶ Plotnick R. D., Young D. S, Catalano R. F., Haggerty K. P., 1998., *Benefits and Costs of a Family – Focused Methadone Treatment and Drug Abuse Prevention Program: Preliminary Findings.*, NIDA Research Monograph 176, National Institutes of Health p.164.

Програм одвикавања од пушења је добар пример који осликава деловање *time leg ефекта* имајући у виду да укупни резултати поред ефикасности непосредног програма зависе и од резултата из прошлости. С тим у вези, битно је установити да ли је полазник програма одвикавања од пушења раније учествовао у сличним програмима, какви су ефекти постигнути, да ли је током школовања едукован о штетности дуванског дима, колико интензивно се едукација спроводила (утиче на формирање убеђења), каква је и колико се стриктно поштује законска регулатива из ове области, да ли се и колико интензивно спроводе кампање против пушења, какав је став јавности о томе, колика је куповна моћ становништва и сл.⁹⁷ Утицај *time leg* ефекта приказаћемо на примеру програма за смањење и/или одвикавање зависника од дуванског дима. Циљ овог програма је смањење броја пушача у популацији старости од 12 до 18 година. Претпоставимо да се у циљу борбе против пушења организују два дела програма: у основној – примарни програм и у средњој школи – секундарни програм и да је ефикасност оба дела програма који се спроводе независно један од другог идентична и да износи 20% (дакле, 1/5 деце из ризичне групе трајно престају да конзумирају дувански дим). Сваки део програма организује се на узорку од 2.000 зависника. Уколико се у секундарни програм уместо нових полазника укључе учесници који су раније присуствовали у делу примарног програма, а који у првом кругу нису остварили позитиван исход ефикасност дела секундарног програма повећава се за додатних 10%. Посматрамо ли повезано дејство (кумулативни ефекат) оба сегмента програма очекиване резултате могуће је представити у *Табели бр.4* која је дата на следећој страни.

⁹⁷ Zarkin G.A., Hubbard R.L, 1998., *Analytic Issues for Estimating the Benefits and Costs of Substance Abuse Prevention*, NIDA Research Monograph, Number 176, p.144;

Табела бр. 4: Табеларни преглед (са алгоритмом) утицаја резултата претходних програма на остварење резултата текућих активности (ефекат кумулативности), према извору: G.A.Zarkin, Hubbard R. L., „Analytic Issues for Estimating the Benefits and Costs of Substance Abuse Prevention, p.144;

	УЧЕШЋЕ У ПРОГРАМУ			УЧЕШЋЕ У ПРОГРАМУ	
	ДА	НЕ		ДА	НЕ
Примарни програм	Број учесника је 2.000		Секундарни програм	Број учесника 2.000	Број учесника 1.600
	Ефикасност програма			Ефикасност секундарног програма	
				Опција I – нови учесници	Опција II – учесници из примарног програма
	позитиван/негативан ефекат 400/1.600			позитиван/негативан ефекат 400/1.600	позитиван/негативан ефекат 480/1.120
Ефекат продуженог дејства увећава ефикасност секундарног програма за 50%, у односу на изоловани учинак истог програма, што је у квантитативном изразу 160 додатно излечених					



Међутим, јасно је да се делотворност конкретног програма по природи учинка не може, нити прецизно изоловати, нити егзактно измерити. То наводи на закључак да се аутпут у здравству посматра као **временски кумулативна вредност**, односно као величина формирана под дејством реализованих учинака из ранијих периода који не

само да утичу на ниво затеченог (базног) стања здравља, већ такође остварују продужено дејство на реализацију пословних остварења текућег периода.⁹⁸

Све говори у прилог чињеници да је аутпут у здравству збирна величина формирана под дејством, како садашњих, тако и претходних активности. На основу тога примена економије треба да обезбеди поуздано и потпуно диференцирање свих фактора и квантификовање њиховог утицаја на текућа пословна остварења како би се издвојили и уважили само релевантни фактори успеха и стекла објективна и реална представа о висини пословног успеха. У том смислу, када се говори о резултатима одређеног здравственог програма треба искључити утицај „историјских“ фактора, на исти начин као и утицај егзогених, односно независно делујућих фактора. Уколико то није могуће наведене факторе, такође, треба сматрати или занемарљивим или прихватљиво сличним за различита алтернатива решења чиме се маргинализује њихов утицај на анализу успеха.⁹⁹

4. Специфичне мере перформанси здравствених организација

Разматрање специфичности мера перформанси здравствених организација захтева њихово индектификовање, потом утврђивање система претежно неекономског основа вредновања, оцену значаја односно учешћа сваке компоненте или карактеристике успеха у укупном резултату и на крају, могућност примене и/или степена неопходне модификације мера перформанси профитних организацијама потребама праћења успеха у здравству. Начин испољавања здравља као учинка и проблеми његовог поузданог вредновања, укључујући и економске захтеве успешности као додатне у циљу потпуности праћења пословних остварења посебно указују на значај ове теме.

⁹⁸ Zarkin G.A., Hubbard R.L., 1998., *Analytic Issues for Estimating the Benefits and Costs of Substance Abuse Prevention*, NIDA Research Monograph, Number 176, p.143;

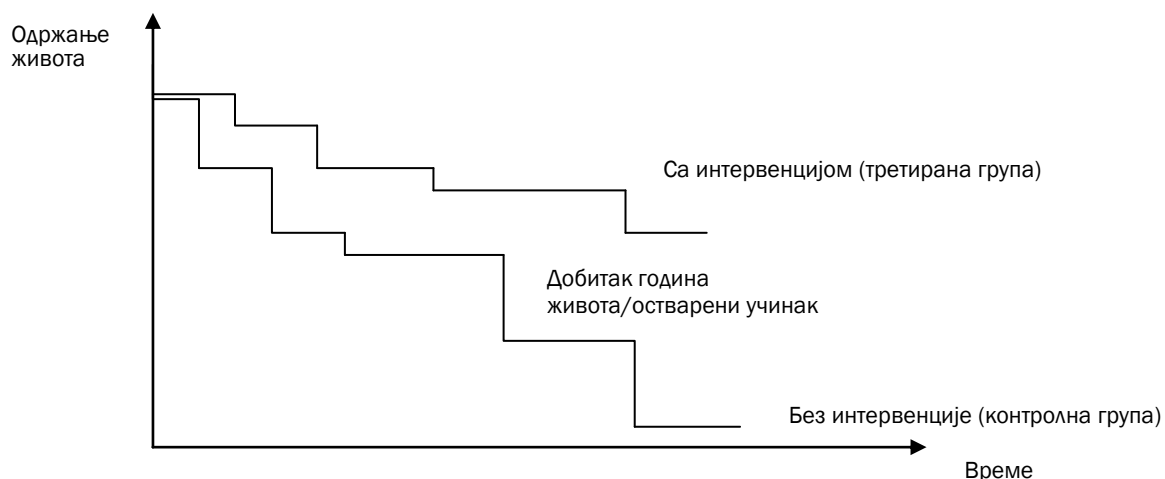
⁹⁹ Porter M.E., 2010., *What Is Value in Health Care?* N Engl J Med 2010; 363:2477-2481

4.1. Идентификовање специфичних мера перформанси

Идентификовање специфичних мера перформанси полази од чињенице да се аутпут здравствених активности испољава у виду претежно квантитативних показатеља циљног учинка. У зависности од начина испољавања прогреса здравља и његових карактеристика учинак по основу здравствених активности исказује се или годинама „дужег“ живота или посебно прилагођеним номиналним показатељима којима се квантификује ниво, односно квалитет пословних остварења. С друге стране, сложени показатељи циљног успеха ради потпуне димензије пословних остварења треба да укључују и економске захтеве успешности.

4.1.1. Квантитативна димензија мера перформанси

Квантитативни раст година живота, у смислу продужења животног века (*life expectancy*), приказује број „екстра“ година живота које пацијент доживи захваљујући или примени ефикасније здравствене интервенције или исте интервенције на ефикаснији начин. Такође, појам екстра година живота може да се посматра и као прираст година живота настао као последица пружања интервенције, односно одговарајућег медицинског третмана, што је приказано на *Слици бр.8*.



Слика бр.8: Крива добитка година живота¹⁰⁰

¹⁰⁰ Примена *Kaplan-Meier* криве преживљавања, прилагођено према: Veen N.D., Seltan J.P., Tweel I., Feller W.G., Hoek, H.W., Kahn, R.S., (2004), „*Cannabis Use and Age at Onset of Schizophrenia*“, 161:501-506., као и King K.B., Reis H.T., Jan 2012., *Health Psychology*, Vol 31(1), 55-62.

У сваком од наведених случајева појам екстра година, као прираст година живота указује на чињеницу да појединац те године не би ни доживео да је здравствена интервенција изостала или да је спроведена на мање успешан начин, у делу професионалности и стручности рада. Математички посматрано трошкови „реализације“ (економски посматрано „производње“) сваке године дужег живота могу се исказати следећом формулом:¹⁰¹

$CYLD_j = (C_w - C_{wo})/YLD$, где је:

$CYLD_j$ – трошкови по години продуженог живота (трошак по једници аутпута);

C_w и C_{wo} – трошкови са и без интервенције

YLD – прираст година живота (површина између кривих линија на слици)

Тако, на пример, за пацијента који болује од одређене болести предвиђа се да ће уз одговарајућу терапију чији трошкови на годишњем нивоу износе 500\$ доживети још око 8 година живота. Међутим, могуће је да се медицинском интервенцијом, чији трошкови износе 20.000\$ овом пацијенту продужи живот за око 10 година с тим да за годишње трошкове терапије и лекова треба издвојити око 300\$. Трошкови по години продуженог живота у конкретном случају применом наведене формуле износе 2.300\$.

Тако посматрано захтев реализације циљног успеха посматра се као праћење потребних улагања, заправо **трошкова по свакој години дужег (одржаног) живота** (*basis of costs per year of live saved*) уважавајући оквире упоредивих обољења или корисника здравља и сличне околности, односно услове у којима се здравствене активности спроводе. Типичан пример здравствених интервенција које за последицу имају повећање година живота су имплантације органа виталних за функционисање живота, мада се до истих резултата може доћи и применом интензивних превентивних активности.¹⁰²

¹⁰¹ (August) 2000., *Handbook for the Economic Analysis of Health Sector Projects – Valuation of Health Benefits and Identification of Beneficiary Impact*, Economics and Development Resource Center (Chapter 5–Cost-Effectiveness Analysis for Health Program, p. 46);

¹⁰² Применом нових метода лечења кардиоваскуларних обољења које се базирају на редукацији фактора ризика (спроведено у Енглеској и Велсу од 1981. до 2000. године) остарио се позитиван ефекат смањења кардиоваскуларних обољења за 50%. Нумерички посматрано редукација фактора ризика (пушење, ниво холестерола, крвни притисак, депресија, гојазност и физичке активности) спречила је у истом периоду око 70.000 смртних исхода, што је спасених милион година живота на збирном нивоу или повећање за 7,5 година живота по сваком ризичном случају који се на време лечи. Извор: Critchley J.A., Fidan D. Capewell S., 2000., *Life-Years Gained From Modern Cardiological Treatments and Population Risk Factor Changes in England and Wales, 1981–2000*, Belgien;

Међутим, прираст година живота као показатељ смањења јаза између постојећег и могућег трајања живота (на пример, у односу на просечан животни век) под позитивним исходом здравственог деловања подразумева сва здравствена стања током периода живљења, без обзира на квалитативну вредност живота самог по себи.¹⁰³ У том смислу иако се о годинама продуженог живота може говорити као о индикатору погодном за праћење и упоредивост учинака у здравству, чињеница је да његова примена не може задовољити информационе потребе преко реализације очувања живота, као егзистенцијалног минимума. То значи да „године дужег живота“ није погодан индикатор код праћења ефеката лечења обољења без фаталног исхода, као што је рецимо случај код повремених или хроничних обољења, смањења интензитета фактора ризика без фаталног исхода, различитих стадијума инвалидитета и неспособности и сл.

4.1.2. Квалитативна димензија мера перформанси

Док се квантитативна компонента учинка здравља просто исказује бројем година дужег живота, у смислу продужења периода живљења квалитативна димензија ефекта реализације здравља захтева дефинисање, мерење и вредновање **функционалне корисности оствареног учинка**. Зависно од тога шта се сматра под појмом функцио – налне корисности оствареног учинка, односно да ли се сматра унапређење квалитета здравља или унапређење квалитета живота у целини разликује се уже и шире гледиште квалитативне димензије мера перформанси.

4.1.2.1. Квалитативна димензија мера перформанси уважавајући унапређење квалитета здравља

Пођемо ли од ужег концепта здравствене корисности (*health utilities*) појам корисности учинка здравља доводи се у непосредну везу са **нивоом квалитета стања здравља – HRQL (Health Related Quality of Life)**,¹⁰⁴ што значи да се вредност оствареног учинка посматра у контексту праћења индикатора, као што су: смањење боли/

¹⁰³ Wilk MB, 1991. *Report of the National Task Force on Health Information*, National Health Information Council, Ottawa;

¹⁰⁴ Fayers P., Machin D., 2007. *Quality of Life, The assessment, analysis and interpretation of patient – reported outcomes*, second edition, England, p.5;

патње, трајање болести, степен неспособности, дужина опоравка и сл. Суштина овог концепта почива на чињеници да се евалуација здравствених резултата посматра у односу не само на квантитативни прогрес здравља, у смислу простог трајања живота, већ и у односу на његово квалитативно унапређење при чему се прогрес здравља оцењује са више аспеката или обележја здравља – **мултидимензионално вредновање корисности здравља**, што доприноси целовитости анализе реализованих ефеката.¹⁰⁵ У том смислу се процена корисности стања здравља, као ефекат, односно „производ“ здравственог деловања номинално приказује *Опитим индексом квалитета здравља – HU Index (Health Utilities Index)*¹⁰⁶ који вредност учинка здравља (здравственог стања) оцењује праћењем кључних здравствених аспеката – на пример: физичко, психичко, социјално и емотивно благостање, као и степен физичке активности.¹⁰⁷ Сваки аспект здравља оцењује се на скали вредности која садржи претходно утврђене нивое здравственог стања – од веома доброг до веома лошег. Добијени индекс номинално исказује опште или мултидимензионално стање здравља, а не његове поједине сегменте чиме се добија потпуна слика здравственог стања и постиже општа упоредивост реализације здравља, без обзира на начин посматрања учинка здравља.

Међутим, праћење аутпута здравствених интервенција као функције зависне од корисности стања здравља не значи само праћење појединих аспекта здравственог прогреса (физичког, психолошког, социолошког, као и субјективног доживља и личне перцепције појединца о стању здравља), већ и уважавање **временског трајања одређеног стања здравља и његове промене у времену**. Квалитативне и квантитативне димензије прогреса здравља прилагођено улози, начину и значају одређују **укупни капацитет здравственог помака** (прогреса здравља), што у коначном изразу чини збирни пословни резултат (ефекат/ учинак) или здравственом терминологијом речено

¹⁰⁵ Fayers P., Machin D., 2007. „Quality of Life, The assessment, analysis and interpretation of patient – reported outcomes”, second edition, England, p.409;

¹⁰⁶ Roberge R., Berthelot J.M, Wolfson M., (1995.), „The Health Utility Index: Measuring Health Differences in Ontario by Socioeconomic Status”, Health Reports, Vol. 7, No. 2, p.25–30

¹⁰⁷ EQ-5D (EuroQoL) приказује вредност стања здравља укључујући пет здравствених аспеката, где сваки аспект има три хијерархијска нивоа, чинећи тако 245 могућих оцена здравствених стања, према извору: Ceri Ph., (2009.), „What is a QALY?“, Hayward Medical Communications, Hayward Group Ltd., p.2;

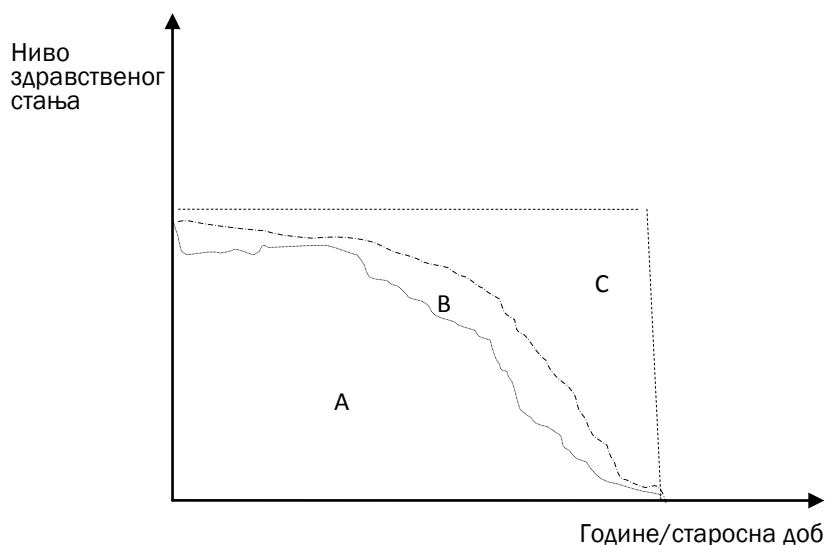
збирну меру здравственог стања (*Summary Measures of Population Health*)¹⁰⁸, а која се математички представља формулом:

$Y(Q,T)$, где је:

Q – квалитативни учинак здравља – унапређење нивоа здравља (повећање вредносног садржаја живота и његове испуњености задовољством и благостањем) без обзира дужину трајања живота временски посматрано;

T – квантитативни учинак здравља – продужење година живљења насталих као резултат здравствених активности без обзира на њихов квантитативни садржај;

Збирна мера здравственог стања графички приказано у координатном систему представља на X оси број година пацијента (старосну доб), а на Y оси ниво његовог здравственог стања, што је приказано на *Слици бр. 9*.



Слика бр.9: Крива добитка (одржања) живота¹⁰⁹

Површина ограничена вредностима по појединим координатама еквивалентна је збирној вредности здравственог стања уважавајући обе компоненте којима је ниво здравственог стања детерминисан, што представља функцију $A + f(B)$, где је:

¹⁰⁸ Murray C.J.L., Salomon J.A., Mathers C.D., Lopez A.D., 2002., *Summary Measures of Population Health*, World Health Organization, Geneva, p. 52;

¹⁰⁹ Wolfson M.C., 1996., *Health-Adjusted Life Expectancy*, Health Reports, Summer, Vol. 8, No. 1, Canada, p.42;

Површина А – време проведено у стању потпуног (оптималног) здравља које се вредносно исказује коефицијентом 1 (*disability – free life expectancy DFLE*).

Површина В – време проведено у стању угроженог (субоптималног) здравља, при чему вредност здравља утврђује као функција која узима вредности < 1 (*disability – adjusted life expectancy*).¹¹⁰

Површина С – изгубљене године живота настале као последица смртног исхода чија је вредност 0 (*mortality gaps*).

Збирна мера здравственог стања представља збир површине А – године живота „пуног здравља“ и површине Б – године живота нарушеног (угроженог) здравља, а која се у циљу упоредивости преводи (прерачунава) у износ година пуног здравственог капацитета. На тај начин збирна мера стања здравља исказује **број година здравог живота** током преосталог животног века, а не број година живота без обзира на његов квалитативни садржај, чиме се добија општа јединица мере аутпута здравља којом се исказују ефекти здравствених интервенција са фаталним и нефаталним исходом.¹¹¹

По истом принципу учинак здравља може се дефинисати и тумачити дијаметрално супротно од реализације здравственог прогреса, у смислу да се под учинком здравља подразумева смањење негативних последица изазваних губитком здравља, где се губитак исказује као функција $g(\cdot)$ која гласи: $C + g(B)$, где је вредност 1 стање са смртним исходом. У овом случају учинак здравственог деловања преводи се у „број потпуно изгубљених година живота“ (*fully lost years of life*), које се прерачунавају на исти начин као „број година пуног здравља“ само са супротним предзнаком, а тиме и супротним значењем.

¹¹⁰ Murray C.J.L., Salomon J.A., Colin M.D., 2000., *A Critical Examination Of Summary Measures Of Population Health*, World Health, vol. 78 No.8, Geneva;

¹¹¹ (October) 2001., *National Burden Of Disease Studies: A practical guide*, edition 2. World Health Organization Global Program on Evidence for Health Policy WHO, Geneva, p.5;

4.1.2.2. Квалитативна димензија мера перформанси уважавајући унапређење квалитета живота

Шири концепт, односно концепт унапређења квалитета живота (Quality Of Life) разматрање учинка здравља доводи у везу са општим квалитетом живљења који превазилази последице произашле само стањем здравља.¹¹² Квалитет живота у контексту квалитета здравља посматра учинак и последице здравственог деловања у односу на способност нормалног функционисања и обављања уобичајених животних активности, али исто тако и као лични доживљај, односно представу о вредностима живота – његовој садржинској пуноћи и осећају задовољства и благостања. Такође, на квалитет живота утиче вредносни систем проценитеља (циљеви, очекивања, могућности и интереси), као и читав низ фактора, где спадају финансијска самосталност, професионална афирмација, породични статус, безбедност и сл. У том смислу посматрани учинак захтева укључивање свих ефеката који се односе на ниво задовољења „среће и благостања“, а који нису последица само здравственог стања. На тај начин концепт унапређења квалитета живота базира се и на ефекту очекивања што је условљено, како нивоом стеченог искуства проценитеља, тако и његовим адаптивним способностима и могућностима прихватања и суочавања са реалношћу.¹¹³

Применом концепта корисности живота вредност учинка здравља посматра се у односу на директни напредак здравља (у смислу биолошког, физиолошког и психичког стања), затим у односу на унапређење субјективног доживљаја вредности здравља, као и у односу на остварење свих видова директног или индиректног бенефита здравља, шире посматрано.¹¹⁴ Везано са тим под здравственим бенефитом сматраће се и резултати који иду у прилог стицања здравих навика, развоја свести о значају очувања и унапређења здравља, као и постизању активнијег и самоиницијативнијег односа према здрављу, на пример, промене понашања (кориговање става) и односа/интензитета деловања у циљу

¹¹² Извор сајт: <http://www.investopedia.com/terms/q/quality-of-life.asp>

¹¹³ Извор сајт: <http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>

¹¹⁴ Концепт ЗП(В) – три домена оцене квалитета живота: *Постојање (Being)* – физичка, психичка и духовна егзистенција, *Припадност (Belonging)* – физичка и психичка припадност, као и припадност заједници, *Постојање (Becoming)* – могућност обављања свакодневних активности, самосталност и независност, као и унапређење и афирмација живота. Извор сајт: <http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>

очувања и унапређења здравља и сл.¹¹⁵ Истраживања из ове области¹¹⁶ потврдила су да на квалитет живота утичу фактори, као што су: економско стање – 18,8% (показатељ је ГДП по глави становника), здравље –19,0% (показатељ је очекивани просечни животни век), породични односи – 11,3% (показатељ је стопа развода), сигурност посла – 7,7% (показатељ је стопа незапослености), друштвене активности – 12,2%, (показатељ је степен социјализације друштва), политичка и општа сигурност и безбедност – 26,2% (показатељ је политички и сигурносни рејтинг земље), равноправности и једнакости – 4,7% (показатељ је просечни однос примања жене и мушкарца). Остале компоненте (на пример, географске, климатске и сл.) имају мањи утицај и споро се мењају.

Када се процена корисности ефекта здравља врши применом концепта квалитета живота, вредност оствареног учинка утврђује се општим индексом квалитета живота – *QOL индекс (Quality of Liveability Index)*, који вредност оствареног учинка дефинише оценом угодности или пријатности живљења. Као што је веће речено QOL индекс укључује и друге параметаре који одређују, односно утичу на квалитет живота, а нису непосредно везани за здравље, односно нису његова директна последица (на пример, економско стање, социјално благостање, физичка и психичка безбедност, самосталност и др.). Међутим, иако је неспорно да на квалитет живота значајним делом утиче економско стање и с тим у вези услови живота у табели која следи приказан је интензитет утицаја и других фактора (где спада и ниво здравственог стања) који доводе до одступања нивоа квалитета живота у односу на ниво економског стања становника по појединим земљама, што је приказано у *Табели бр.5* на следећој страни.

¹¹⁵ Woodward A., 1998., *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*, NIDA Research Monograph, Number 176;

¹¹⁶ Према извору:(2005.) „The Economist Intelligence Unit’s quality-of-life index“;

**Табела бр.5: Преглед индекса квалитета живота и
GDP по глави становника по земљама (2005.)**

Земља	Квалитет живота		GDP по глави		Разлика у нивоу
	Резултат	Ниво	\$	Ниво	
Ирска	8.333	1	36,790	4	3
Швајцарска	8.068	2	33,580	7	5
Норвешка	8.051	3	39,590	3	0
Луксембург	8.015	4	54,690	1	-3
УСА	7.615	13	41,529	2	-11
Велика Британија	6.917	29	31,150	13	-16
Бугарска	6.162	57	8,664	59	2
Рмунуја	6.105	58	8,252	60	2
Србија	5.428	84	6,079	75	-9
БиХ	5.218	94	7,020	70	-24

4.2. Одређење система мера перформанси

Одређивање система мера перформанси иако се примарно базира на разматрању неекономских мера у циљу потпуности анализе успеха неопходно је да обухватају и економске показатеље успешности. Ово из разлога што и поред тога што су неекономске мере перформанси као основа вредновања примереније и веродостојније у процесу сагледавања реализације здравља као учинка, ипак потпуност анализе захтева укључивање и економских мера перформанси. Све већи значај, односно уважавање економских мера последица је између осталог и већих здравствених потреба (у квантитативном и квалитативном смислу) које узрокују сталне несташице средстава, а тиме и могућности њиховог потпуног задовољења чиме приципи економичности и рационалности трошења постају све доминантнији.

4.2.1. Неекономске мере перформанси

Неекономске мере перформанси могуће је према сложености информационог садржаја поделити на просте и сложене. Међутим, класификација мера перформанси на просте и

сложене и с тим у вези на једнодимензионалне и вишедимензионалне индикаторе, априори не значи мању информациону вредност првих у односу на друге.

4.2.1.1. Просте неекономске мере перформанси

Прости индикатори здравственог учинка – у делу здравствене ефикасности су квантитативни показатељи реализације ефеката здравља који се исказују у апсолутним, релативним или временским јединицама и који се заснивају на постојању директне условљености на релацији: номинална вредност изабраног показатеља → степен реализације циљног здравља. Примена простих индикатора обезбеђује приказивање резултата избором једног, по правилу кључног обележја реализације учинка здравља, као обележја чија реализација доминира на начин да се постизање других аспеката учинака или подразумева или сматра секундарним (у неким случајевима и небитним) за остварење циљног успеха. Изабрани индикатор реализације „здравља“ треба да задовољи захтев „репрезентативности“, што значи да се ради о индикатору који:

- представља значајан аспект (значајно обележје) здравља које је предмет мерења,
- недвосмислено и разумљиво приказује оно на шта се односи и шта приказује,
- има висок ниво „осетљивости“ на промене вредности (величина) које репрезентује.

Међутим, свођењем реализације здравља на једну димензију, односно један аспект прогреса здравља, чак и када се ради о кључном обележју циљног учинка, може бити оспорено и то најмање из два разлога. Прво, да ли се тиме занемарује мултициљност здравственог деловања и неоправдано поједностављује анализа здравствених резултата и друго, да ли се тако ограничава упоредивост захтева успешности коју је могуће спроводити само везано за сличне или истородне здравствене пројекте, без могућности шире анализе. Једнострано схватање успеха подразумева да је прости индикатор информативно ограничен, те да се при тумачењу здравственог успеха узима крајње условно. На пример, ако се изабраном здравственом интервенцијом скраћује период лечења за одређени број дана та интервенција сматраће се бољом од алтернативне само уколико се испуни један од дисјунктивних услова: први, да су остале компоненте

успеха једнаке или други да су уочене разлике у компонентама успеха материјално безначајне и то пре свега са здравственог становишта.

Најчешћи **квантитативни индикатори учинака су**: број извршених стандардних прегледа/интервенција, број болничких третмана, број издатих лекарских рецепата, број датих доза неког лека и сл. Ради се о посредним или индиректним индикаторима здравственог учинка који се доводе у везу са претходно дефинисаним стандардизованим квалитативним садржајем здравља којег представљају. Стандардизација квалитативног садржаја сваког индикатора појединачно значи да је квантитет његове реализације заправо довољан (основан) показатељ пословних остварења, у смислу реализације ефекта или карактеристике здравља на коју се индикатор односи и/или коју представља. Свакако да квантификација аутпута здравља без обзира на начин на који се спроводи мора бити недвосмислена, јасно препознатљива, доследно примењена, садржински одржива и што је такође битно самерљива и дељива како би било могуће праћење и поређење резултата и идентификовање одступања у односу на циљне вредности.

Тако усвојена мерна јединица учинка здравља за потребе анализе има све карактеристике опште или стандардне вредности и може да се користи као заједнички именоватељ свих алтернативних решења. Применом стандардне мере учинка здравља могуће је изабрати алтернативу чија реализација у односу на остале значи остварење:

- истих или прихватљиво истих резултата уз ниже трошкове (реализација уштеда);
- увећања обима здравља из истих средстава (реализација квантума здравља);
- увећање учинка здравља уз раст трошкова мањег интензитета (реализација здравствене ефикасности).

На овај начин постиже се једноставност праћења и поређења успешности здравствених интервенција, али само у оквирима сличних здравствених активности. То је прво информационо ограничење простих индикатора. Уколико је у конкретном примеру одабрана интервенција ефикаснија од друге због краћег времена опоравка сматраће се да је време опоравка, као индикатор здравственог учинка објективан и довољан

показатељ само уколико је вредност реализације материјализованог здравља (садржаја или квалитета здравља) идентична у оба случаја. Ово је друго информационо ограничење простих индикатора.

У здравству се често користе **релативни индикатори учинка**, као на пример: учешће оболелих, степен оздрављења (прогреса здравља), учешће понољених интервенција, смањење стопе морталитета и сл., који се пореде са признатим, односно прихваћеним вредностима (стандардима) или у односу на претходно остварене резултате. У том смислу утврђивање одступања – у позитивном или негативном смеру довољан су показатељ успешности здравственог деловања под претпоставком, као и у претходном случају да је њихова садржинска вредност задовољена или очувана у прихватљивој, претходно дефинисаној мери и/или обиму.

У просте индикаторе здравственог прогреса спадају и **временске мерне јединице** здравственог учинка где је време основ исказивања (1) трајања здравствених интервенција (периода лечења), (2) очувања одређеног квалитета стања здравља или (3) дужине продужења живота самог по себи. У прва два случаја временски индикатори су, на пример: дужина трајања интервенције, дужина постоперативног опоравка, број дана лечења, број понављања и/или трајање обољења, време одржања одређеног стања здравља и сл., а који се у циљу оцене успеха пореде са досадашњим или референтним вредностима. Међутим, у трећем случају када се успешност посматра као циљна вредност зависна од дужине трајања живота „**добитак година живота**“ – YLG (*Years of Life Gained*)¹¹⁷ успех се исказује додатним годинама живота, односно годинама његовог продужења. Учинак продужених година живота (период одлагања смртног исхода) сматра се такође, једнодимензионалним индикатором реализације здравља с обзиром на то да се ради о индикатору који је неосетљив на промену вредности квалитета живота током остварених „екстра“ година (Δ *year of life*).¹¹⁸

¹¹⁷ (August) 2000., *Handbook for the Economic Analysis of Health Sector Projects – Valuation of Health Benefits and Identification of Beneficiary Impact*, Economics and Development Resource Center, p. 45;

¹¹⁸ Добитак година живота (*Years of Life Gained – YLG*) еквивалентан је годинама изгубљеног живота (*Years of Life Lost – JLL*), али у инверзном смеру.

Имајући у виду да се успешност односно вредност остварених резултата у општем случају, па и у здравству посматра у односу на стварно постигнута пословна остварења у овом случају очување и/или унапређење стања здравља, а не према обиму и количини рада (пословног ангажовања) сасвим је оправдано количинске показатеље успеха као критеријуме пословних резултата узети крајње условно.¹¹⁹ Наиме, количински показатељи успеха представљају поуздане репрезенте пословних остварења само уколико се иза тих номиналних показатеља „крије“ призната и садржински одржива материјална вредност.

4.2.1.2. Сложена неекономска мера перформанси

За разлику од вероватноће живота – LE (*life expectancy*) као простог временског индикатора који учинак реализације здравља посматра у односу на одлагање смртног исхода дајући исти вредносни значај свакој години продуженог живота индикатор **здравље примерено животним очекивањима**–HALE’s (*Health-Adjusted Life Expectancy*)¹²⁰ представља калкулативну јединицу реализације учинка здравља која временско трајање живота коригује према његовом квалитативном садржају. Другим речима, HALE’s индикатор врши исправку квантитативне компоненте здравственог успеха исказане као вероватноћа живота његовим квалитативним садржајем током периода продуженог живљења.¹²¹ На тај начин добија се сложена, односно обједињена мера перформанси здравственог успеха по обе димензије успеха, истовремено¹²² при чему се разлика између LE и HALE са здравственог становишта интерпретира као број година живота угроженог или субоптималног здравственог стања.

Здравље примерено животним очекивањима – HALE’s исказује се применом **QALY’s индикатора** (*Quality Adjusted Life Year*) и **DALY’s индикатора** (*Disability Adjusted Life*

¹¹⁹ Porter M.E. (2010.), *What Is Value in Health Care?* N Engl J Med 2010; 363:2477-248;

¹²⁰ HALE је први пут представљена унутар Health Expectancy Network (REVES), као сумарна мера здравственог стања којом се исказује број очекиваних година живота усклађеног, односно коригованог са стањем квалитета здравља. Baal P.HM, Hoesmans N., Hoogenveen R.T., G Wit A., Westert G.P, 2006., *Disability weights for comorbidity and their influence on Health-adjusted Life Expectancy*, Population Health Metrics;

¹²¹ Ceri Ph., 2009., *What is a QALY?*, Hayward Medical Communications, Hayward Group;

¹²² Sassi F., 2006., *Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations*, Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine, p. 403;

Years) који се сматрају међусобно компатибилним показатељима здравственог учинка с обзиром на следеће:

- „One QALY’s”¹²³ – „једна квалитативно уређена година живота“ је мера прогреса здравља у висини јединичног (једногодишњег) продужења живота дефинисаног квалитета здравља. Под дефинисаним квалитетом здравља сматра се ниво здравља „пуног“ капацитета. Ради се о индикатору који исказује добитак здравих година живота (*healthy years of life gained*) као периода дужег живота који није оптерећен болешћу, неспособношћу или инвалидитетом.
- One DALY’s¹²⁴ – представља меру реализације прогреса здравља која се у овом случају тумачи као спречавање потпуног губитка једне године „здравог“ живота, било због превремене смрти или због угроженог квалитета живота услед болести и/или неспособности.

QALYs индикатор је индивидуална, а то значи и субјективна мера вредности учинка здравља која обједињује елементе дужине трајања живота и његовог функционалног капацитета.¹²⁵ У том смислу QALYs индикатор је номинални деноминатор процењене (доживљене) вредности учинка здравља, а где се под појмом вредности подразумева ефекат корисности настао унапређењем здравственог стања. Овај начин исказивања реализованих учинака посебно је погодан у ситуацијама када:

- квалитативна страна унапређења здравља доминантна је у односу на просто одржање (трајање) живота самог по себи;

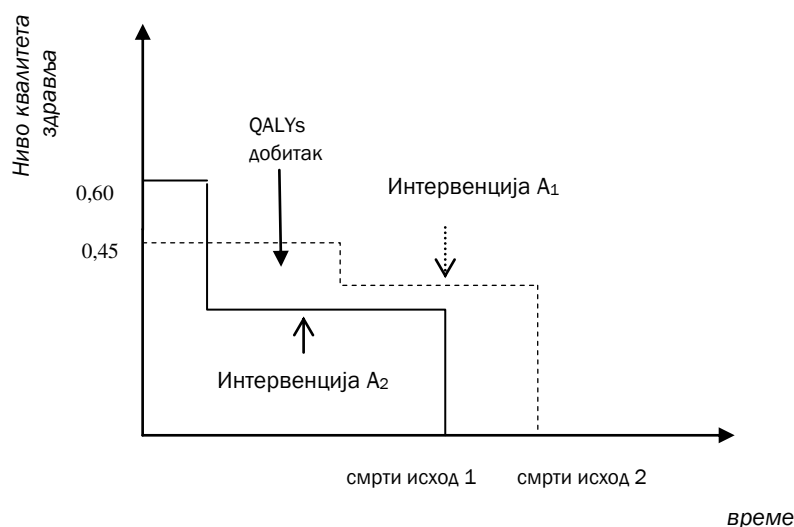
¹²³ Здравствено уређена/регулисана година живота (‘health status unit years’) установљена је 1976. године (Zeckhauser and Shepard 1976) на чијим основама је 70-тих година дефинисан концепт ‘health status index’ (Fanshel and Bush 1970; Torrance 1970; Torrance et al.1972) који почива на оцени стања здравља на бази субјективног вредновања, односно процене квалитета живота. Извор: Sassi F.,2006.,*Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations*, Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine, p. 403;

¹²⁴ Прилагођено према извору: <http://www.who.int/>;

¹²⁵ Захваљујући дводимензионалном садржају наведеног индикатора математички посматрано ради се о показатељу који је неосетљив на врсту потенцијалног прогреса здравља. Наиме, применом принципа симетричности са аспекта резултата сматраће се еквивалентним здравствени прогрес од 10 година пуног здравља и здравствени прогрес од 20 година где је квалитет здравља оцењен као половичан у односу на претходни.

- треба обезбедити упоредивост резултата (max. Δ QALYs) између различитих здравствених интервенција без обзира на врсту и/или кориснике обољења, као и упоредивост стања здравља са и без интервенције.¹²⁶

Уколико у координатном систему на X оси прикажемо временско трајање живота (период живљења), а на Y оси ниво квалитета здравља и његове промене томом времена¹²⁷ онда се одговарајућим квадратима омеђеним припадајућим координатама исказује QALYs индикатор, што је приказано на *Слици бр.10*.



Слика бр.10: Поређење успешности две интервенције применом QALYs индикатора¹²⁸

Претходну слику ради интерпретације могућих пословних решења, односно избора ефикасније здравствене опције, уважавајући здравствену ефикасност као примарни циљ, могуће је објасити и следећим примером. Претпоставимо да је пацијенту у затеченом

¹²⁶ Yfantopoulos J., 2001., *Quality of life and QALYs in measurement of health*, University of Athens, Greece: 114–130.

¹²⁷ QALYs индикатор је показатељ вредности здравља у прецизно дефинисаним временским тачкама где је вредност здравља подложна променама у јасно дефинисаним временским секвенцама – „раздобљима стабилног здравственог стања“. У том смислу примена QALYs индикатора мање је погодна настоји ли се приказати промена стања здравља као континуирана временска функција (Drummond et al. 2005). Извор: Sassi F., (July) 2006., *Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations*, Oxford University Press, Vol.21, Issue 5, p.403

¹²⁸ Ceri Ph., (2009.), „*What is a QALY?*“, Hayward Medical Communications, Hayward Group Ltd., p.4;

стању здравља, према процени преостало 3 године живота (смртни исход 1) и да се његов квалитет живота вреднује са 0,60 пуног здравственог капацитета. Процењена вредност његовог живота детерминисана квалитативном димензијом здравља износи 1,80 QALYs (3 x 0,60). У овом случају израчуната вредност представља референтну или базну величину у односу на коју се мери могући или потенцијални прираст корисности здравља. Као могућа опција пацијенту стоји на располагању интервенција А1 којом се очекује да се постигне 8 година (смртни исход 2) продужења живота са квалитативним садржајем од 0,45 чиме се обезбеђује прираст корисности здравља од 3,6 QALYs јединица. Иако је у овом случају извесност избора интервенције прилично велика, с обзиром на прираст од 1,80 QALYs јединица њен коначан избор опредељен је пацијентовим личним схватањима и трошковном димензијом интервенције.

Да би избор циљне интервенције у потпуности био основан, а то значи да уважи и економску оправданост (исплативост улагања) у разматрање треба укључити и фактор трошкова на начин да се сагледа међуоднос очекиваног бенефита здравља и трошкова узрокованих његовом реализацијом.¹²⁹ На тај начин долази се до поузданог критеријума рационалног избора, а то је рацио трошкови/корисност. Овај рацио приказује раст трошкова изазваних додатним прогресом учинка здравља или другим речима износ трошкова по добитку QALYs јединице (cost per QALY gained)¹³⁰ што се математички представља применом рација ефикасности који гласи:¹³¹

$$(T(A_1) - T(A_2)) / (QALYs(A_1) - QALYs(A_2))$$

Уколико су у већ започетом примеру трошкови интервенције А₁ као износ додатних улагања процењени у висини од 62.800 Е, као резултат анализе могуће је закључити следеће:

¹²⁹ Применом метода интернализације неопходно је сваком програму/активности приписати све припадајуће користи и трошкове како би се могли успоређивати са другим алтернативама у циљу избора оптималног решења. Како би се утврдили укупни трошковно–кориснички аспекти неопходно је утврдити ко је стварни корисник позитивних ефеката и ко учествује у подношењу негативних последица изазваних могућим избором. У ту сврху неопходно је износе идентификованих екстерналија социјализовати (друштвено препознати) како би се исправно приписали и вредновали.

¹³⁰ Yfantopoulos J., 2001., *Quality of life and QALYs in measurement of health*, University of Athens, Greece, p. 118.

¹³¹ Yfantopoulos J., 2001., *Quality of life and QALYs in measurement of health*, University of Athens, Greece, p. 118.

- Спровођење A_1 у односу на постојеће стање значи остварење додатних 1,8 година пуног здравственог капацитета уз процењено улагање од 62.800Е;
- Свака година пуног здравља (1 QALYs) кошта 34.889 Е (62.800 \$/1,8 QALYs);
- За доносиоца одлуке битно је проценити да ли постоји алтернатива A_3 којом ће се остварити прираст „једног QALYs“ за мањи износ средстава од 34,889 Е;
- Уколико не постоји алтернатива A_3 , а при томе расположив је потребан износ улагања произилази да се оправдан избор A_1 алтернативе (тзв. доминантна алтернатива).

На основу наведеног прилично је једноставно са високим степеном прецизности разликовати „штедљиве“ тзв. ниско трошковне интервенције (low cost per QALY) од оних које то нису. Томе треба додати и специфичност тзв. рационалног закључивања у здравству према којем ће избор циљног здравља пре зависити од очекиваног прогреса здравља у ближој будућности него од процењеног укупног прогреса током свих година на које се прогрес здравља односи (фаворизовање принципа сигурности).¹³²

Вратимо ли се на општу дефиницију здравља по којој се под стањем здравља подразумева пре свега одсуство болести (*absence of illness*)¹³³ DALYs индикатор, као индикатор година живота коригованих фактором обољења (*Disability Adjusted Life Years*) прати вредност реализације здравствених бенефита у односу на њихов допринос смањењу оптерећења (терета) живота због превремене смрти, али и због присуства болести и/или неспособности. Тумачење DALYs индикатора почива на чињеници да болест и неспособност умањује вредност живота у односу на идеално стање и то не само по основу скраћења периода живота због смрти, већ и по основу смањења његовог квалитета узрокованог обољењем (најчешће кроз смањење радне, емотивне и социјалне способности у односу на оптимални ниво).¹³⁴ Такво тумачење последица је схватања да

¹³² Sheldon T.A. (2002.), *Discounting in health care decision-making: time for a change?*, Academic Unit of Public Medicine, University of Leeds.;14(3):250-6

¹³³ (October) 2001., *National Burden Of Disease Studies: A Practical Guide*, Global Program on Evidence for Health Policy, WHO, Geneva, p.11;

¹³⁴ Arnesen T., Nord E.,(November) 1999., *The Value Of DALY Life: Problems with ethics and validity of disability adjusted life years*, Vol. 319: 1423–1425, National Institute of Public Health, Oslo, Norway;

смањење вредности живота не изазивају само узрочници са фаталним исходом, већ и тзв. нефатални узрочници чије деловање угрожава потенцијални ниво здравља, а везано са тим и потенцијални квалитет живота који се прати кроз седам здравствених аспеката и то: покретљивост, способност самосталног живота, обављање свакодневних активности, удобност живљења, депресија и степен социјализације.¹³⁵

Уколико DALYs индикатор номинално исказује меру здравственог јаза (*health gap*) између текућег и оптималног здравственог стања, у смислу живљења без болести и/или неспособности¹³⁶ онда се учинак реализације здравља посматра као ефекат у смеру минимизирања наведеног геча и/или минимизирања негативних последице које присуство геча изазива. То значи да се учинак реализације здравља, у случају сузбијања фаталног узрочника исказује бројем година дужег живота, док се у случају редукције дејства нефаталних узрочника посматра као ниво смањења оптерећења насталог због болести и ублажавања последица њеног присуства (на пример, ублажавање интензитета боли/патње, смањење функционалне лимитираности, смањење вероватноће понављања обољења, или његовог трајања и интензитета и сл.),¹³⁷ а који се рачунски преводи на број потпуно изгубљених година живота. При томе, значај неповољног „геча“ здравља, а тиме и значај (вредност) његовог сузбијања свакако уважава манифестације, односно непосредан начин његовог испољавања као што су трајне и хроничне или повремене и краткорочне болести.¹³⁸

Математички посматрано DALYs индикатор представља збир две врсте негативних последица угроженог здравља, а то су: губитак година живота због превремене смрти – YLL (*fatal outcomes*) и губитак година живота током периода обољења и/или неспособности –YLD (*non-fatal outcomes*), а који се у циљу садржинске једнообразности

¹³⁵ (October) 2001., *National Burden Of Disease Studies: A Practical Guide*, Global Program on Evidence for Health Policy, WHO, Geneva, p.11;

¹³⁶ <http://www.who.int/>

¹³⁷ (March) 2008., *Using Cost-Effectiveness Analysis for Setting Health Priorities*, Fogarty International Center of the U.S., National Institutes of Health, The World Bank.

¹³⁸ (August) 2000., *Handbook for the Economic Analysis of Health Sector Projects – Valuation of Health Benefits and Identification of Beneficiary Impact*, Economics and Development Resource Center, p. 48, 49;

прерачунавају у број потпуно изгубљених година живота.¹³⁹ Исказана формулација у свом основном облику (без уважавања узрочника обољења и година, односно пола оболелог и регионалних разлика) представља се као:

$DALY = YLL + YLD$, где је

– $YLL = N \times L$ (број смртних исхода \times просечна старосна доб у тренутку смрти)
губитак година живота због превремене смрти;

– $YLD = I \times DW \times L$ (број оболелих \times фактор јачине обољења (0–1) \times просечна
дужина трајања обољења) – губитак година живота због смањеног
квалитета живота услед присуства болести;

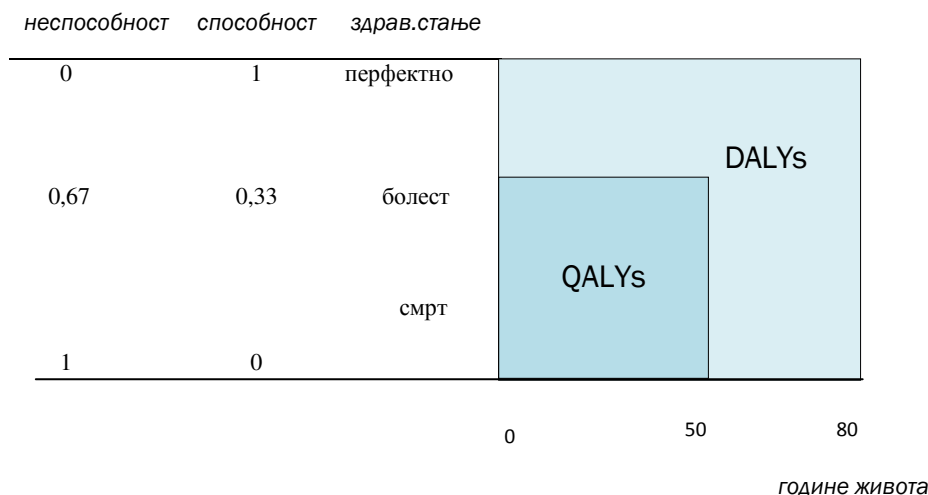
Међутим, битна карактеристика DALYs индикатора је да се вредновање учинка здравља заснива на општој мери терета обољења (The Global Burden of Disease and Injury – GBD) који је производ заједничке студије Светске банке (WB) и Светске здравствене институције (WHO).¹⁴⁰ Применом GBD показатеља, као основа DALYs индикатора омогућена је једнообразна и стручно оцењена вредност терета обољења (неспособности) по врстама, односно узрочницима обољења, а која вредност учинака здравља доводи у везу са бројем година, полом и регионалним разликама оболелог. На основу изнетог може се закључити да DALYs индикатор по неким обележјима има значајне предности у односу на QALYs индикатор.

Међузависност или међуусловљеност QALYs и DALYs индикатора као дијаметрално супротни приступи у посматрању HALE's индикатора, као некекономске мере перформанси здравствених остварења могуће је и графички приказати. Наиме, ако се јединицом мере квалитета здравља (X оса) исказе година пуног животног потенцијала – QALYs

¹³⁹ *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)*, Quantifying the Burden of Disease from mortality and morbidity, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/index.html;

¹⁴⁰ Почетна идеја пројекта је да се дефинише здравствени геп (степен „озбиљности“ стања здравља по врстама обољења) применом DALYs индикатора који се заснива на GBD показатељу и то за осам региона у свету. На тај начин је дефинисан општеприхваћени показатељи значаја/важности врсте и стадијума обољења који се исказују у општој јединици „неспособности прилагођене године живота“ – DALYs чиме се постиже упоредивост, како између различитих обољења, тако и резултата у различитим периодима процеса лечења. Према извору: (2003) *The Global Burden of Disease, Epidemiology and Burden of Disease* World Health Organization, Geneva;

индикатор и/или година проведена у стању потпуне неспособности – DALYs индикатор међуусловљеност наведених показатеља изгледаће као на *Слици бр.11*.



Слика бр.11: Приказ међуусловљености индикатора
здравствено кориговане године живота¹⁴¹

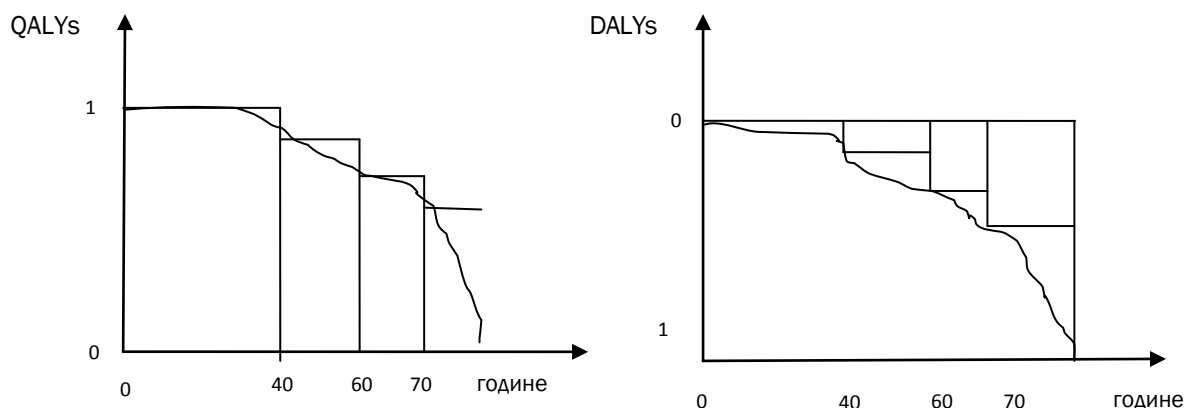
Упоредивост у наведеном случају је могућа с обзиром да се сва стања, односно нивои обољења рангирају на скали озбиљности обољења на којој су стања перфектног здравља номинално исказана са 0, а стања губитка живота са 1. Остала стања која се као предмет процене налазе између екстремних вредности исказују се њиховом линеарном комбинацијом.¹⁴² Коришћење алгебрне вредности засноване на принципу континуитета омогућава оцену „корисности“ свих здравствених стања која се исказују као степен одступања конкретних вредности у односу на екстремна стања. Овакаво тумачење почива на ставу да је добитак квалитетних година живота приказан QALYs јединицама еквивалентан нивоу губитка година живота због неспособности који се исказује у DALYs јединицама. То другим речима значи да је пад квалитета живота, математички једнак расту степена неспособности током трајања живота $(1 - Q = D)^{143}$,

¹⁴¹ Arnesen T., Nord E., (November) 1999., *The Value Of DALY Life: Problems with ethics and validity of disability adjusted life years*, Vol. 319: 1423–1425, National Institute of Public Health, Oslo, Norway;

¹⁴² Gold M.R., Stevenson D., Fryback D.G., 2002., *HALYS and QALYS and DALYS, Oh My: similarities and differences in summary measures of population Health*, Annual Review of Public Health, Vol.: 23, Issue: 1, p: 115-134.

¹⁴³ Према извору: Gold M.R.,Stevenson D.,Fryback D.G., 2002., *HALYS and QALYS and DALYS, Oh My: similarities and differences in summary measures of population Health*, Annual Review of Public Health, Vol.: 23, Issue:1, p. 116;

при чему димензије X_{\max} и Y_{\max} представљају идеалну стазу живота (perfect life path) дефинисану као стање перфектног здравља током година очекиваног (просечног) животног века, односно период изгубљених година живота,¹⁴⁴ а што је приказно на *Слици бр.12*.



Слика бр.12: Илустрација међуусловљености индикатора
здравствено кориговане године живота

Претходну илустрацију могуће је и рачунски потвдити. Наиме, ако пођемо од чињенице да је вероватноћа живота жене у Америци 79 година и да првих 40 година проведе у стању пуног здравља где се квалитет стања здравља (QALYs) вредује са 0.95 (неки истарживачи сматрају да је неосновано сматрати да постији чак и у младости стање пуног здравља – коефицијент 1,0), од 40 до 60 године QALYs износи 0.9, од 60 до 70 QALYs је 0.8, а последњих 12 година живота QALYs је 0.7 произилази да се кумулативни QALYs током укупног животног века утврђен у износу од **72.4 године** ($40 \times 0,95 + 20 \times 0,9 + 10 \times 0,8 + 12 \times 0,7$). То заправо упућује на закључак да и у случају да је временски посматрано процењен живот жене 82 године уважавајући квалитативну страну здравља њен животни век је заправо 72.4 године живота, као период живота тзв. квалитативно регулисаног здравља, у смислу пуног здравственог капацитета. Иста ситуација, само са супротним предзнаком добија се на основу израчунавања DALY показатеља, а који износи 9,6 година ($40 \times 0,05 + 20 \times 0,1 + 10 \times 0,2 + 12 \times 0,3$), односно 82-72,4.

¹⁴⁴ Као просек вероватноће живота (life-expectancy at birth) WHO узима 82.5 година за жене и 80 година за мушкарце. Извор сајт: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1617105/> У Србији просечна дужина живота износи 75,29 и то по половима – мушкарци – 72,7, жене – 78, 09 (est. 2008.).

И поред сличности између наведених индикатора (при чему се QALY индикатор тумачи као максимизација доброг (“good” to be maximized), а DALY као минимизирање лошег (“bad” to be minimized) свакако постоје и значајне разлике због којих се једначина $1 - Q = D$ прихвата крајње условно. Наведене разлике су: QALY индикатор је показатељ општег стања здравља, а DALY индикатор исказује степен неспособности узрокован једном врстом болести/неспособности искључујући ефекат више повезаних обољења и њихов синергетски утицај; QALY индикатор је индивидуална, а тиме и субјективна оцена вредности стања здравља, док DALY индикатор примењује оцену струке/професије о степену терета обољења (ГБД показатељ), као општу меру угрожености здравља узроковано одређеном врстом болести/неспособности; DALY индикатор уважава разлике према броју година и полу, док QALY индикатор их не укључује.

Међутим, без обзира на начин исказивања HALE’s индикатора праћење директних ефеката по основу реализације учинака здравља (здравствене ефикасности) где спадају остварења као што су: продужење периода живота, смањење интензитета бола или неспособности, скраћење периода трајања обољења, остварење прогреса здравља и/или унапређење функционалне способности, смањење ризика од настанка накнадних компликација и поновног обољења и сл., у пракси се спроводи директно преко ефеката и/или последица које унапређење здравља обезбеђује, а где спадају тзв. изведени показатељи реализације прогреса здравља као што су: смањење посета лекару, скраћење трајања прегледа, смањење издвајања за трошкове лечења, смањење социјалне изолације, скраћење коришћења боловања, већа примања појединца, виши квалитет живота и сл.

4.2.2. Економске мере перформанси

Економске мере перформанси здравствених активности за оцену успешности здравственог деловања и ефеката који по том основу настају примењују две технике монетарног израза пословних остварења, а то су: „уновчива“ вредност аутпута (учинка) здравља или спремност да се плати – WTP (*Willing To Pay*) и уновчивост људског капитала – HCA (*Human Capital Approach*).

Утврђивање уновчиве (контигентне) вредности аутпута – WTP за нетржишне услуге које немају непосредни монетарном израз (што је случај и здравствених услуга) подразумева утврђивање вредности циљних ефеката здравља путем оцене непосредних корисника. Практично, до вредности учинка здравља долази се тако што пацијент уважавајући сопствене преференције даје свој суд о вредности предмета процене, а то је у овом случају вредност очувања или унапређења здравља. Оцена вредности заснива се на личном ставу проценитеља, дакле пацијента о значају прираста (прогреса) здравља којим се постиже смањење боли, патње, немоћи и сл.

Посматрано са аспекта вредновања здравственог учинка његова вредност утврђује се као максимална количина новца коју је појединац спреман да плати да би остварио/достигао циљно стање здравље и/или избегао негативну тенденцију његовог кретања. У том смислу реч је количини новца којег је пацијент идентификовао, препознао и такође прихватио као монетарни еквивалент вредности циљног учинка који се манифестује као остварење бенефита од реализације унапређења здравственог стања. До овог износа долази се постављањем серије директних питања циљној групи о висини новца коју су спремни да издвоје за очекивани бенефит здравља, с тим да издвајање новца може бити хипотетичко (*hypothetical scenario*),¹⁴⁵ без реалне основе (могућности) плаћања или „*out-of-pocket*“ засновано на стварној намери проценитеља да издвоји „лицитирана“ средства.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Zarkin G.A., Hubbard R.L, 1998., *Analytic Issues for Estimating the Benefits and Costs of Substance Abuse Prevention*, NIDA Research Monograph, Number 176, p. 150.

¹⁴⁶ Међутим, примена принципа „лицитираног износа“ у случају здравствених услуга је ограничен основ вредновања и то из два разлога, први, највећи део здравствених услуга је бесплатан за непосредног корисника (изузев партиципације која по свом износу није објективан репрезент спремности плаћања) и други, у случају плаћања стварно издвајање средстава врши трећа страна на пример, осигуравајуће друштво, сродник и сл.

До процењене вредности учинка здравља долази се тако што се испитанику постављају формализована питања са два опциона одговора, на пример, да ли сте спремни да платите 10 долара да би ниво здравственог стања унапредио са Б на Б+. Уколико је одговор позитиван повећава се понуђени износ све док се не добије негативан одговор.¹⁴⁷ На тај начин долази се до одговора на питање колико корисник вреднује позитиван исход здравствене интервенције и/или колико је спреман да поднесе ризик од неповољног исхода. Примена метода лицитације при вредновању учинка здравља погодна је у ситуацији изостанка или мањкавости механизма тржишта.

Полазећи од преференцијалног избора свакако се ради о крајње субјективном начину вредновања циљног аутпута где је појам вредности примарно детерминисан постојећим здравственим стањем проценитеља, његовим вредносним ставовима и очекивањима, стеченим искуством, као и односом према ризику. С тим у вези, иако се ради о методу потпуног/целовитог сагледавања вредности разматраног аутпута који укључује и индиректну квантификацију немерљивих ефеката здравља (на пример, користи од смањења боли, патње, депресије, неспособности и сл.) и који обезбеђује процену „из прве руке“ што су предности наведеног метода треба указати и на негативне стране и то пре свих у делу необјективности (неупоузданости), међусобне неупоредивости и/или несамерљивости различитих процена између себе.¹⁴⁸

Критичари ове технике вредновања тврде да се по правилу увек прецени учинак здравља, што је најчешће последица: (1) лошег здравственог стања проценитеља и жеље да се из њега „побегне без обзира на цену“, (2) одсуства искуства и/или знања проценитеља или (3) коришћења хипотетичке основе плаћања која је увек виша у односу на реалну. Оспоравање WTP технике у стручним круговима врши се и по питању хуманости или другим речима оправданости вредновања људског живота у новчаном изразу (“*human lives valued in monetary units*”). На пример, ако се вреднује учинак реализације здравља којим се избегава смртни исход онда практично његова мања или већа вредност

¹⁴⁷ За разлику од серије затворених питања (*Closed-Ended Iterative Bidding*) која нуди конкретне новчане износе као еквивалент вредности учинка здравља могуће је да се испитанику пружи прилика отвореног лицитирања (*Open-Ended Questionnaires*) где он самостално уписује процењени износ новца којег је спреман да издвоји за размену за учинак.

¹⁴⁸ Извор сајт: http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/cost_of_injury/ch4-6.pdf

директно значи мању или већу вредност живота пацијента на којег се позитиван исход здравља односи. С тим у вези, с правом се поставља питање моралности и етичности вредновања живота било ког човека, у смислу давања већег или мањег права на живот.

С друге стране, исказивање учинка здравља у монетарном изразу може се заснивати и на техници **уновчивост људског капитала** – НСА по којој се вредност учинка здравља доводи у директну везу са проценом вредности „губитка зараде“. НСА техника уважава повезаност и/или условаљеност између учинка здравља и његове манифестације која се тумачи као ниво радне (продуктивне) способности људских ресурса.¹⁴⁹ То значи да се учинак здравља посматра различито од непосредног прогреса здравља, односно различито од квантитативног и/или квалитативног унапређења живота. Наиме, сасвим је извесно да је функционисање појединца значајно одређено здравственим могућностима (капацитетом здравља) из чега произилази да се унапређењем здравља индиректно остварују различите врсте/облици тзв. последичних бенефита, као на пример, унапређење производног капацитета, већа мотивисаност, ређе и/или краће одсуствовање са посла, боља и садржајнија интеграција у колективу и сл. Ради се о ефектима који се у свом коначном облику испољавају или као унапређење радних способности или као раст сатисфакције, задовољства и личног благостања изазваног прогресом здравља у најширем смислу, а што индиректно такође доводи до унапређења радних способности.

Посматрајући учинак здравља у функцији производних способности сасвим је логично да је детерминантни чинилац вредности очекиваног аутпута између осталих и број година корисника потенцијалног бенефита. Наиме, унапређење здравља пацијента у средњем животном добу, а што значи у продуктивно интензивним годинама живота

¹⁴⁹ Новија схватања која се баве разматрањем фактора привредног развоја показала су да је улога и/или утицај људског здравља примарна, најчешће критична компонента економског развоја због чега се све значајнија средства усмеравају ка унапређењу квалитета људских ресурса у делу здравствене заштите. Унапређен систем здравствене заштите доприноси развоју људског капитала, а људски капитал даље, као кључни покретач развоја покреће привредни развој што је нарочито случај у мање и средње развијеним земљама. Извор: Laxminarayan R., Chow J., Shahid-Salles S.A., 2006., *Disease Control Priorities in Developing Countries: Intervention Cost-Effectiveness: Overview of Main Messages*, Washington (DC): World Bank, p. 35;

сматра се ефикасније него лечење пацијента у раним или позним годинама.¹⁵⁰ Под претпоставком да су остали параметри две интервенције идентични уважавајући основе ове технике сматраће се да је ефикаснија она интервенција којом се побољшава здравствено стање пацијената који се налазе у радно интензивном периоду живота. То упућује на закључак да метод вредности људског капитала фаворизује дистрибутивни принцип унапређења здравствене ефикасности с обзиром на то да кроз таргетирана или циљна деловања на „изабране“ пацијенте настоји додатно унапредити корисност од реализације учинка здравља, а тиме последично обезбеди већи ефекат здравственог деловања. У пракси уважавање уновчивости људског капитала спроводи се дефинисањем права и/или обавезе запослених на здравствену заштиту путем пружања континуиране или додатне здравствене заштите (прилагођене начину и условима рада), контроле спровођења мера здравствене заштите на раду, прописивања обавезне заштитне опреме и здравствене заштите и сл.

Међутим, уважавање фактора година као елемента од којег зависи вредност аутпута здравља иако има своје објективно оправдање, посебно са аспекта друштвених интереса, често се оспорава и то из више разлога, а од којих неке наводимо у наставку;

- Вредновање живота, а тиме и права на здравствену заштиту према старости оболелог значајно одступа од принципа правичности, хуманости и етичких вредности. Ипак, оправдање за елемент „дискриминације“ произилази из објективног стања оскудности и по том основу неминовности утврђивања приоритета/избора;¹⁵¹
- Фактор „година“ као показатељ продуктивне способности појединца не мора нужно да се потврди у пракси. Неспорно је да су године живота само предуслов

¹⁵⁰ Истраживања која су вршена у циљу анализе међузависности година живота и његове вредности, као фактора који утичу на значај учинка здравља потврдила су већу вредност живота у средњем животном добу, у односу на период детинства и позних година (Muntau 1996). Наиме, максимална вредност живота постиже се у 25-тој години живота, што значи да је са аспекта продуктивности најефикасније и/или најисплативије лечење оболелих у том периоду живота. Извор: (October) 2001., *National Burden Of Disease Studies: A Practical Guide*, Global Program on Evidence for Health Policy, WHO, Geneva, p.50;

¹⁵¹ Потврда изнетог је и претпоставка на којој се заснива DALYs индикатор, а то је да пацијенти оболели од озбиљних болести имају мања права на лечење, што значи мање права на трошење расположивих здравствених ресурса због мање исплативости улагања уважавајући економско становиште. Извор: Sassi F., (July) 2006., *Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations*, Oxford University Press, Vol.21, Issue 5, p. 402 и 403;

који не мора да се подудари са стварним нивоом продуктивности. Истраживања која су вршена показала су да вредност или квалитет појединих година живота не одражава њихову стварну продуктивност због чега је оправдана примена „једнаке вредности“ сваке године животног века;

- Вредновање одређених година живота више од других заправо удаљава проценитеља од стварног предмета процене, а који би у сваком случају требало да буде здравље, односно његов прогрес. Ако је за процену вредности учинка здравља доминантни фактор старост онога коме је тај учинак намењен онда се с правом поставља питање шта је заправо предмет вредновања, односно шта је циљ анализе.

Међутим, без обзира што се економске мере перформанси ретко примењују на нивоу здравствених организација као методи унапређења пословних резултата, односно за потребе управљања њихова примена омогућава дефинисање општепризнатих перформанси успеха на нивоу сродних здравствених дисциплина. У том смислу, анализа економске оправданости улагања расположивих, увек ограничених ресурса подразумевају и монетарну потврду тзв. „одговорне потрошње“, што значи усвајање општих норматива потрошње усклађене са захтевима професије.

Ради се о номиналним стандардима признате пословне ефикасности који из угла здравствене организације представљају референтне вредности за праћење ефикасности извршења циљног здравља, дакле основ и/или оквир успешности пословања.¹⁵² Као индикатори ефикасности пословања (рада кадрова и опреме) најчешће се користе индикатори као што су: степен попуњености болничких постеља, време чекања на преглед, број медицинског особља по пацијенту, број радних сати одређене терапије, учешће фиксних трошкова, степен искоришћења медицинске опреме и капацитета, трошкови по јединици учинка, број прегледа по сменама, број терапија по радном часу, број датих доза или извршених интервенција у јединици времена (или по здравственом раднику) и сл.

¹⁵² Gold M.R., Stevenson D., Fryback D.G., 2002., *HALYS and QALYS and DALYS, Oh My: similarities and differences in summary measures of population Health*, Annual Review of Public Health, Vol.: 23, Issue:1, p. 117.

4.3. Релевантност мера перформанси профитних организација за здравствене организације

Успех у сектору здравства значајно се разликује од схватања успеха као максимизације разлике између тржишне вредности здравственог бенефита и трошкова неопходних за његову реализацију. Наиме, максимизација успеха у здравству на начин како се успех тумачи у тржишним условима привређивања, по правилу је нетипичан модел анализе успешности имајући у виду не само доминацију тзв. непрофитних перформанси успеха, већ и специфичност реализације ефекта здравља, односно одржања живота као минимално прихватљивог (пожељног) исхода.

4.3.1. Здравствене v.s. профитне перформансе

Није спорно да је учинак који се испољава као унапређење здравља, у квантитативном и/или квалитативном смислу исказан као прогрес стања здравља само један аспект успешности којег и поред тога што примарно опредељује остварење циљног успеха треба допунити осталим аспектима успешности, а који нису нужно здравственог карактера, као што су аспекти: моралности, економичности, опште прихватљивости, оперативне спровољивости и сл. Ради се о аспектима успеха који иако се непосредно не испољавају као унапређење здравља – посредно или непосредно у функцији су његовог увећања, у ширем смислу. То упућује на обавезу да се и они укључе у разматрање категорије успеха на нивоу збирне вредности. Ради се облицима реализације захтева успеха чије схватање и тумачење појма „успеха“ битно одступа од профитног, а што указује на потребу значајног прилагођавања економских основа успеха захтевима здравствене професије, односно систему вредности којег здравствена професија заговара и за шта се залаже.

Наиме, шта ће се десити ако се реализује значајан здравствени прогрес који захтева велика финансијска улагања или који подразумева изразито неекономична трошења због чега није могуће остварити друге аспекте циљног успеха, сагласно принципима хуманости, доступности и сл. Да ли је захтев максимизације пословног успеха у здравству задовољен уколико је остварена максимално могућа реализација прогреса/

унапређења здравља уважавајући такође и захтев економичности трошења, а да су нарушени принципи једнакости, правичности и сл. Везано са тим питање је да ли је са здравственог становишта успешније реализовати интервенције са мањим прогресом здравља којима се постиже веће задовољење других критеријума успеха или обратно. Поред тога, треба утврдити да ли интервенција која је ефикасна са трошковног или шире посматрано профитног становишта може у довољној мери и колико да надомести скроман напредак реализације унапређења здравља.

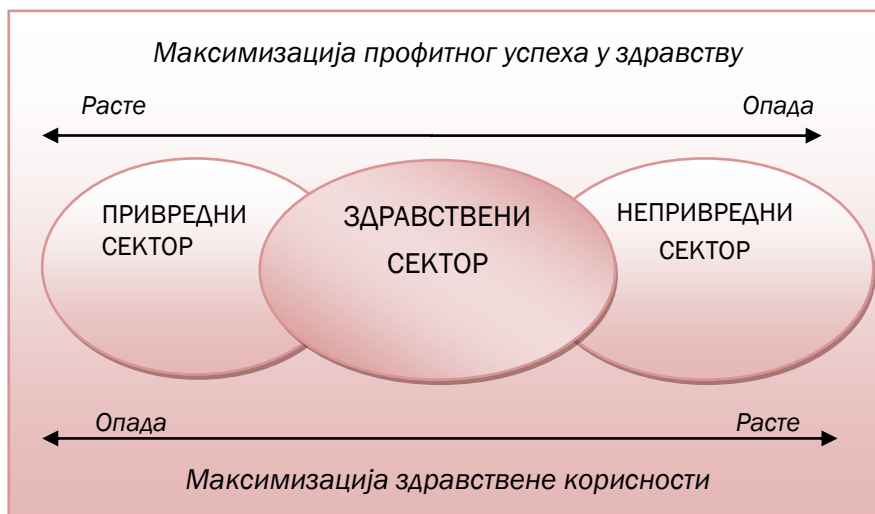
У општем смислу профитни критеријуми, као и критеријуми опште подобности стављају се у други план у односу на постизање здравственог прогреса, као циљног ефекта здравља. Као потврда наведеног уобичајено је да се као успешнија здравствена интервенција изабере она која је економски посматрано „скупља“, али којом се обезбеђује већи – шири или потпунији здравствени бенефит¹⁵³ или пак она којом ће се постићи мањи појединачни прогрес здравља, а који је распоређен на већи број корисника у складу са задовољењем принципа правичности или доступности ефекта здравља.¹⁵⁴

Наведено указује да анализа успеха у здравству подразумева прилагођавање општег профитног механизма успеха захтевима примарне непрофитабилности чиме се долази до концепта тзв. **условне профитабилности**. Ради се о концепту који примењује прилагођен приступ разматрању захтева успешности према врсти интервенције чија се успешност сагледава или прецизније речено према врсти и значају потреба за здрављем које се посматраном интервенцијом задовољавају. У том смислу однос снага здравствених и профитних перформанси успеха, односно учешће непрофитних и профитних циљева пословања на нивоу здравствене интервенције применом концепта условне профитаби-

¹⁵³ Као пример „скупљих“ здравствених интервенција могу се навести интервенције којима се смањује ризик од неповољних исхода (боља технологија, квалитетнији материјали, већи и/или стручни тим ангажованог особља и сл.) или интервенције којима се постиже комплетнији (потпунији) бенефит здравља (на пример, брзина, ширина или интензитет испољавања позитивних ефекта, посебно гледано на дуги рок).

¹⁵⁴ За разлику од лечења хроничних обољења који доводе до битних позитивних последица за непосредног корисника – позитиван ефекат за јединку неки облици лечења и/или превенције (рецимо процес имунизације) доносе мање појединачне користи већем броју корисника – позитиван ефекат по ширини. У оба случаја ради се о значајним повољним ефектима, с тим да је остварени бенефит (који у маси може бити исти или релативно исти) различито дистрибуиран по корисницима на индивидуалном нивоу.

лности захтева различит степен потребних корекција профитних основа тумачења успешности ка непрофитним, али и обратно, што је приказано на *Слици бр.13*.



Слика бр.13: Концепт условне профитабилности

То даље указује да здравствена успешност значи остварење и сегмента профитног успеха, али под условом претходне испуњености непрофитног успеха као доминантног. Другим речима, здравствена успешност не значи „избегавање“ и профитне успешности,¹⁵⁵ већ значи прво, да профит никада није основни или једини покретач здравственог деловања¹⁵⁶ и друго, да реализација профита и његову употребу треба ускладити са општим принципима примарне непрофитабилности. Дакле, јасно је да је настанак профита условљен низом ограничавајућих фактора због чега примена концепта условне профитабилности треба да обезбеди различит међуоднос и тумачење профитних и непрофитних сегмената успеха, у смислу различитог сагледавања њиховог значаја, а тиме и вредновања на нивоу укупно реализованог успеха и то у сваком појединачном случају или групи сродних случајева (примена метода пондерације).

¹⁵⁵ *Господарске делатности непрофитних организација*, Међународни центар за непрофитно право, Загреб, 1999., стр. 8;

¹⁵⁶ Изузетак су услуге здравственог сектора које су блиске профитним основама разматрања захтева успеха (нпр.естетска хирургија), затим услуге које и поред здравственог основа могу се третирати као тржишне (услуге лабораторије, стоматологије и сл.), као и услуге које су „подршка“ реализацији учинка здравља (услуге транспорта, одржавања, администрације, осигурања и сл.);

На пример, када се ради о здравственој интервенцији егзистенцијалног карактера где доминира примарност одржања живота, а затим и његов квалитативни садржај приоритет (тима и већи пондер значаја) даће се реализацији критеријума здравствене корисности у односу на остале критеријуме успеха. У таквим околностима реализација ефекта „здравља“ не само да већински одређује остварење успеха, већ је и предуслов постојања успеха на начин да изостанак здравственог прогреса а’приори подразумева пословни неуспех, без обзира на остварење других критеријума успеха. То значи да ће се у одређеним приликама здравствени успех сматрати задовољавајућим или здравственом терминологијом речено „оправдан“ и када трошкови предузетих активности превазилазе вредност здравственог бенефита, дакле и када је економски посматрано ефекат здравственог деловања скроман или је финансијски неприхватљив.

У другом случају где ефекат здравља нема тако изражен доминантан карактер, дакле где примарност реализације здравствене корисности слаби, механизам тржишних услова привређивања расте, што значи да расте утицај профитних перформанси успеха у односу на здравствене, али и обратно. На пример, уколико се реализацију интервенције естетске природе или интервенције изван или преко потреба примарне здравствене заштите (преко обима, садржаја и/или квалитета примарне здравствене заштите) или услуге које су допунске у сектору здравства или услуге које нису непосредно у функцији реализације здравља (услуге санитетског превоза, услуге складиштења и чувања крви и крвних продуката и сл.) такве услуге могуће је третирати као услуге на тржишту где преовлађују профитни услови пословања.

Уважавајући разлике појма „успеха“, у погледу компоненти које га чине њиховог значаја, карактеристика и условљености јасно је да примена модификованог концепта треба да омогући анализу укупне успешности на начин да се тумачење појединих сегмената успеха прилагоди карактеру интервенција чији се успех тумачи. С тим у вези, примена концепта условне профитабилности значи, како предметно и корисничко, тако и оперативно дефинисање учинка здравља у смислу да се уважавајући различите захтеве појма успеха прихвати **општи порфолио перформанси успеха** (portfolio health interventio), и то:

- по нивоима здравствене заштите (примарни, секундарни или терцијарни),
- по врстама здравствених установа (домови здравља, апотеке, болнице – опште и специјалне, заводи за јавно здравље, клинике, институти, клиничко–болнички центри и клинички центри) и
- по врстама медицинских грана (интернистичке, хирургија, гинекологија, стоматологија, педијатрија и сл.).

Сврха општег порфолија перформанси успеха, односно праћење њиховог извршења у функцији је разматрања захтева успеха на нивоу збирне (укупне) вредности пословних остварења којим се обезбеђује објективно праћење не само максимизације учинака здравља, већ и осталих учинака проистеклих његовом реализацијом.¹⁵⁷

4.3.2. Разматрање индикатора према ургентности извршења – метода индексације

Циљна функција здравствене организације према подручју или области здравља којим се организација бави представља сет општеприхваћених индикатора успеха којима се квантитативно исказују циљни/очекивани учинци (стандарди успеха) на нивоу појединих активности или одређених здравствених услуга. Посматрајући здравствену организацију као „производни“ субјект преко којег се извршава функција и интереси здравља из конкретне области јасно је да менаџмент анализу пословне успешности разматра у односу на степен „извршења“ екстерно детерминисаних индикатора који имају функцију референтних вредности циљног успеха.

Под индикаторима успеха на нивоу активности/услуга сматра се скуп општепризнатих циљних учинака здравља чија је структура, редослед (приоритетност или значај извршења) и износ (норма) посебно прилагођена обележјима здравља чији се успех оцењује уважавајући такође и околности у којима се активности спровode. Опште је правило да се као примарни, дакле са највећим индексом значаја (често и условног

¹⁵⁷ Jamison, D. T., Mosley A. R., Measham A.R., Bobadilla J.L. (1993.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, New York: Oxford University Press, p. 35;

карактера) узимају индикатори директног извршења функције здравља, а да се као допунски са нижим процентом индексације (учешћа) укључују индикатори ефикасности извршења и/или рационалности потрошње одређених средстава, као и индикатори профитабилности.

Примена метода индексације (*importance-weighted measures*)¹⁵⁸ значи да се критеријумима вишег ранга као критеријуми којима се капитализује (генерише) већи квантум успеха додељује већи индекс учешћа, као показатељ већег значаја (*relative importance*) у укупном резултату (и обратно). Учешће или индексација значаја по индикаторима успеха репрезентује степен важности извршења одређених елемената/обележја учинка уважавајући реално сагледан и признат значај, као и опште интересе из области здравља чији успех се разматра.¹⁵⁹ На тај начин успех се посматра као циљна функција детерминисана нивоом остварења релевантних показатеља успеха при чему је сваки показатељ, а тиме и сваки појединачно остварени аутпут пондерисан припадајућим индексом важности (према редоследу, условности и значају извршења). Индекс важности представља уздужно (вертикално) позиционирани приоритет извршења појединих аспеката и/или елемената здравственог учинка који одређује његово учешће, односно допринос у реализацији кумулативне вредности резултата. Уважавајући значај здравственог учинка и начин његовог вредновања опште је прихваћено рангирање приоритета у здравству на начин како је дато у *Табели број 6* на следећој страни.

¹⁵⁸ Извор: <http://www.nida.nih.gov/impcost/IMPCOST9.html>;

¹⁵⁹ Тзв. бодовна скала (*скала индексације значаја*) по факторима успеха утврђује се на бази претходно ранжираних циљева унутар јединствене циљне функције на нивоу здравствене организације, или пак на бази претходно сагледаних карактеристика циљног здравља унутар конкретног учинка здравља.

Табела бр.6: Хијерархија пословних остварења у здравству (уздужни приказ
значаја/приоритета извршења циљних учинака)¹⁶⁰

Приоритет 1 – Одржање живота/здравственог стања	Приоритет 2 – Процес опоравка
<ul style="list-style-type: none"> – Стопа смртности након интервенције – Стопа смртности у првих 24 часа – Стопа накнадних смртних исхода – Ниво унапређења физичке способности – Скраћење трајања болести – Смањење интензитета болести – Смањење учесталости/понављања обољења 	<ul style="list-style-type: none"> – Смањење бола и патње – Повећање задовољства и испуњености – Ниво радне способности – Повећање позитивног понашања – Степен функционисања и обављања свакодневних животних активности – Смањење социјалне изолације
Приоритет 3 – Оперативни/економски показатељи	
<ul style="list-style-type: none"> – Просечно време интервенције – Број прегледа у јединици времена – Просечно време чекања на преглед – Време чекања на резултате анализа – Број издатих рецепата – Интензитет датих терапија – Број датих доза лека – Број болничких дана у јединици времена – Број прегледа по лекару – Број прегледа по медицинском апарату 	<ul style="list-style-type: none"> – Број радних сати ангажовања – Стопа амортизованости опреме – Покриће фиксних трошкова – Рацио варијабилних и фиксних трошкова – Тачка рентабилитета – Трошкови по учинку – Маргинални принос по учинку – Стопа профитабилности

Примена метода индексације омогућава разматрање успешности извршења свих релевантних карактеристика циљног здравља на нивоу опште (јединствене) вредности уважавајући појединачне или парцијалне сегменте успеха.¹⁶¹ С друге стране, када се идентификују и према значају позиционирају индикатори реализације успеха могуће је на неке индикаторе циљно деловати, а неке потпуно занемарити.¹⁶² Разлог томе је што модел индексације фактор важности одређује на бази висине учешћа додатног приноса (маргиналног успеха) којег поједини елемент/карактеристика учинка прилаже (доприноси) укупно оствареном успеху. По аналогији са схватањем успеха у тржишним условима висина пондера сваког елемента/карактеристике учинка приказује његов допринос (учешће) у структури укупног успеха (принцип маргиналне анализе). У том смислу

¹⁶⁰ Porter E.M. (2010.), *What Is Value in Health Care?*, Engl J Med 2010; 363:2477-248

¹⁶¹ Phillips C. 2005., *Health economics*, Blackwell Publishing, Centre for Health Economics and Policy Studies, School of Health Science, University of Wales Swansea, Swansea, UK, p. 111;

¹⁶² Сагласно принципу важности или материјалности све индикаторе успеха могуће је посматрати у односу на њихову природу (карактер) или у односу на значај, односно утицај на остварење захтева успеха у целини. Према извору: Шкарић К., 2002., *Концептуални оквир Међународних рачуноводствених стандарда*, стр. 23, *Примена МРС*, књига II, Савез рачуновођа и ревизора Србије, Београд;

логично је да ће веће пондере имати фактори који више учествују у реализацији пословних резултата, пошто им је допринос циљној вредности већи.

Рецимо, код пружања прве помоћи животно угроженом пацијенту с обзиром на то да примарност одржања живота, као условног индикатора највећи индекс значаја имаће критеријуми којима се исказује брзина деловања (што је условљено начином организације рада, бројем транспортних возила, начином и нивоом збрињавања на лицу места и сл.), доступност здравствене услуге (број и квалификациона структура запослених, радно време, број интервентних екипа и сл.) и квалитет рада (учешће успешних интервенција, број и сложеност накнадних компликација, дужина периода опоравка и сл.) у односу на критеријуме ефикасности здравственог деловања или профитабилности. У том смислу неспорно је да врста циљног здравља или другим речима врста здравствених потреба које учинак реализације здравља треба да задовољи доводи до разлика у структури релевантних критеријума успеха и њиховој међусобној позиционираности. Сасвим је извесно да ће се захтев успеха и индикатори који га приказују значајно разликовати у зависности од тога да ли је учинак здравља одржање живота или не, да ли посматрана болест има обележје хроничног обољења или не, да ли се лечењем посматране болести постиже очување виталних функција живота, или очување, односно унапређење његовог квалитативног садржаја, да ли је стадијум обољења у поодмаклој фази или не и сл.

*Истина не чини толико доброг,
колико изигравање истине чини зла.*

Ларошфуко

УПРАВЉАЧКО – РАЧУНОВОДСТВО КАО ИНФОРМАЦИОНА ОСНОВА ПРОЦЕСА УПРАВЉАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА

1. Информациони домети и ограничења званичних финансијских извештаја

Уважавајући информационе домете општих финансијских извештаја здравствених организација потреба финансијера и менаџмента, у складу са задовољењем јавног интереса и обавезности функционисања система здравствене заштите захтева да се у саставу званичних финансијских извештаја, као обавезни уврсте и додатни информациони садржаји који ће допринети објективнијој процени пословања ентитета, затим одговорнијем очувању пре свега јавних средстава, као и доношењу оправданих одлука о расподели ресурса.¹⁶³ Под појмом додатних извештаја сматрају се извештаји чији информациони садржај својом **детаљношћу, приступом, обимом и/или учесталости** састављања превазилазе информационе могућности општих финансијских извештаја¹⁶⁴

¹⁶³ Према МРС за јавни сектор 1 – „Презентација финансијских извештаја“, пар. 23;

¹⁶⁴ Према предговору МРС за јавни сектор Комитет за јавни сектор подстиче састављање и обелодањивање финансијских извештаја посебне намене уколико је то изводљиво и информационо корисно, односно садржински оправдано, пар. 10.

чиме се прилагођавају посебним потребама корисника којима су намењени проширујући или продубљујући њихова сазнања. Састављају се у форми извештаја, прегледа, анкета, табела, упитника, белешки, графичких презентација, напомена, прилога и слично.

1.1. Информациони донети званичних финансијских извештаја

У односу на опште финансијске извештаје чије је састављање у свим аспектима строго регулисано и формализовано додатни финансијски извештаји више су последица интерних потреба менаџмента, што би требало да значи да су флексибилнији, односно да се прилагођавају информационим захтевима од случаја до случаја. Ипак, формализација система извештавања здравствених организација путем додатних информационих садржаја прилично је очувана и/или одржана у случајевима када је њихов корисник држава или конкретније одређени ниво државне власти, као оснивач или (су)финансијер. С тим у вези, додатни финансијски извештаји по сродности информационог садржаја групишу се као извештаји којима се приказује:

- усаглашеност пословања здравствених организација са законодавним, регулаторним и другим екстерно прописаним нормама;¹⁶⁵
- стицање и коришћење средстава у складу са законски усвојеним буџетом (плански опредељеном потрошњом);¹⁶⁶
- одговорно прављање повереним средствима на начин и у циљу задовољења општих користи везаних за стабилно функционисање система здравствене заштите.

Прва група информационих захтева путем додатних финансијских извештаја треба да представи испуњење захтева предвиђених законским или подзаконским актима чији садржај, структуру и динамику регулише држава¹⁶⁷, дакле у овом случају послодавац непосредно, а који се односе на:

¹⁶⁵ Према МРС за јавни сектор 1 – „Презентација финансијских извештаја“, пар. 24;

¹⁶⁶ Према МРС за јавни сектор 1 – „Презентација финансијских извештаја“, пар. 14, став 1а);

¹⁶⁷ Недовољно регулаторно окружење, инертан однос државе према потреби развијања квалитетне регулативе, неустављање надзорних тела и/или система независности њиховог рада и сл. условава да држава непосредно урушава нормативне оквире, односно да и сама крши законске основе и не спроводи надлежности и одговорности, у овом случају истовремено и као законодавац, али и као послодавац. Малинић Д., 2011. „Етичка димензија квалитета финансијског извештавања, Екон. предузећа, СЕС;

- **приказ имовинског листа** (стање покретне и непокретне нефинансијске имовине (са прегледима извршених отписа по припадајућим амортизационим групама) уз информације о процени економског и временског рабаћења);
- **преглед прилива средстава по основу отуђења** (примања по основу продаје нефинансијске имовине у току периода извештавања) који треба да се вредносно подудара са стањем средстава на издвојеном конту жиро рачуна на којем су средства наменски опредељена за будућа инвестициона улагања, у циљу очувања државног капитала;
- **начин коришћења буџетских вишкова** (за оцену и праћење рада управљачких структура и за контролу поштовања принципа наменског трошења сагласно обавези да се остварени вишкови процентуално реинвестирају у пројекте/ активности из којих су настали, односно из којих произилазе);
- **приказ кадровске политике**, са образовном структуром запослених и њиховим личним подацима (стручна спрема, године стажа, квалификације, усавршавања и сл.), као и са правним основом и начином њиховог ангажовања;
- **преглед стицања прихода из осталих извора**, као што су примања од закупа, тржишног учешћа, примљених трансфера, субвенција, донација и сл., а затим и начина њиховог коришћења;
- **извештај о стању и висини задужености** са проценом финансијских могућности и динамиком њиховог враћања (ако постоји могућност задуживања);
- **извештај о стању и висини задужености чији је гарант држава** (са посебном евиденцијом обавеза чија су плаћања угрожена (доцње преко дефинисаног временског периода, на пример, преко 60 дана);
- **пореске извештаје** о висини опорезивог прихода и пореским издацима по свакој врсти пореза или пореској обавези појединачно;¹⁶⁸

¹⁶⁸ На бази пореског извештаја држава, као послодавац и уједно већински финансијер разматра могућност и оправданост дефинисања права на пребијање јавних потраживања и обавеза (компензације јавних средстава) која се врше од случаја до случаја у интересу пре свих државе. Дешава се да држава здравственим организацијама, као буџетским корисницима омогући компензацију јавних средстава, рецимо да се потраживања од доприноса на примања запослених у јавној администрацији компензују неизмиреним пореским обавезама.

Процесом континуираног и системског извештавања постиже се стална интеракција, као основ усаглашавања (пословне комуникације) између директних послодаваца у овом случају државе и непосредних извршилаца – менаџмента здравствене организације чиме држава спроводи функцију управљања. То значи да менаџмент има све одлике, пре извршне, него управљачке власти што је такође још једна специфичност пословања здравствених ентитета, као дела јавног сектора. Посебно треба водити рачуна о поштовању дефинисаног оквира непрофитабилности и јавног интереса, сагласно усвојеним непрофитним ограничењима и обавезности здравственог деловања што се постиже контролом и санкционисањем нерегуларности, у делу извршења обавеза, односно процедура и поступака из надлежности ентитета које су регулисане законом.

Друга група информационих захтева у основи је такође законски утврђена (прописана обавеза), а односи се на дефинисање и праћење извршења буџета на нивоу здравствене организације. Буџетом, као планом пословања и финансирања здравствене организације ближе се дефинишу послови/активности извршења, као и начин, динамика, висина и извори њиховог финансирања. У том смислу стриктна опредељеност средстава по предмету (намени), а затим и начину њиховог трошења захтева да додатни финансијски извештаји прикажу:

- **финансијски план трошења јавних средстава** на бази предвиђеног учешћа у буџетској потрошњи и стварних потреба у складу са искуством и професионалним захтевима и могућностима буџетског финансирања. Финансијски план треба да садржи све категорије/елементе предвиђене системом буџетског финансирања, као и инструменте и механизме његовог извршења (раздели, апропријације, квоте и сл.) по којима се прати начин и ниво његовог извршења.¹⁶⁹
- **детаљан преглед одступања у односу на усвојени план** са писмено образложеном узрачунима одступања и иницијативама за променом планских норми у

¹⁶⁹ За израду финансијског плана користе се нормативи дозвољене и/или одобрене потрошње које је у форми закона дефинисала држава истовремено предвидевши намену односно структуру трошења по врстама (групама) трошкова. Нормативи трошења треба да су у складу са захтевима, потребама и стандардима професије и да се временски коригују на пример, са растом потрошачких цена у планском периоду или неким другим основом корекције.

периоду који следи. Извештај о извршењу плана треба такође да садржи изјаву одговорних лица са сугестијама за оцену оправданих и неоправданих одступања са наводима фактора који су довели до одступања, допуњено предлозима о отклањању идентификованих пропуста. Посебно се тражи да се дају детаљна образложења и објашњења великих (материјално значајних) одступања;¹⁷⁰

Додатни финансијски извештаји којима се стиче увид у извршење, односно степен извршења плана/буџета имају за циљ полагање рачуна о начину и/или оправданости трошења пре свега јавних средстава, а повезано с тим и полагање рачуна о извршењу функције/области здравствене заштите која је здравственој организацији поверена, у делу обима, квалитета и интензитета рада. Тиме се заправо штити континуитет и стабилност функционисања система здравствене заштите, као и стабилност и сигурност пословања свих ентитета чији су саставни део. Врста, садржај и динамика додатног финансијског извештавања којима се прати извршење буџета прописана је законом који уређује буџетски систем (где спадају и здравствене организације), с тим да све извештаје преко тога држава може да захтева по потреби, спорадично, посебним дописима које прате упутства и инструкције за њихову израду.

Следећа група додатних финансијских извештаја посебно је прилагођена потребама менаџмента, а који се у многоме подударају са информационим потребама менаџмента профитних ентитета. Ипак, наведену тврдњу треба крајње условно прихватити јер се информационе потребе менаџмента здравствених организација пре свега свODE на потребу праћења степена извршења, по правилу екстерно дефинисаних мера перформанси. То значи да додатни финансијски извештаји за потребе менаџмента треба да омогуће увид у информације о учинцима предузетих активности, у смислу сагледавања степена или интензитета подударности пословних остварења са екстерно дефинисаним перформансама успеха (ниво, односно интензитет извршења захтева финансијера).¹⁷¹

¹⁷⁰ Уколико долази до промене апропријација изнад утврђеног износа (на пример преко 5%), као и потребе отварања нових апропријација током године неопходно је тражити одобрење финансијера (оснивача) у циљу пресумеравања, односно прерасподеле потрошња на терет других расхода и издатка.

¹⁷¹ Према МРС за јавни сектор 1 – „Презентација финансијских извештаја“, пар. 23;

Додатне финансијске извештаје овог типа карактерише индивидуални приступ израде заснован на специфичном дефинисању категорије успеха за сваку област/функцију здравственог деловања или за сваку врсту здравствене организације или пак за сваку врсту здравственог третмана, односно услуге појединачно. Међутим, иако је појам пословног успеха у складу са јавним интересом регулисан законом и с тим у вези посебно је уређен сет индикатора пословних остварења по ужим пословним целинама (општеприхваћени стандарди) менаџмент својим интерним актом треба посебно да регулише питања успеха и да поводом тога предвиди начин, врсту и динамику финансијског извештавања. С тим у вези додатни финансијски извештаји за потребе менаџмента уважавајући законске оквире, ставове струке/професије, као и интерна акта треба да садрже веома прегледне и аналитичне показатеље о:

- учешћу појединачних трошења диференцирано по свакој врсти трошка, према дефинисаним апропријацијама;
- висини издвајања по сваком донатору, кумулирано на годишњем нивоу што је битно са аспекта пореза и примене пореских олакшица;
- степену и начину коришћења расположивих капацитета;
- нивоу продуктивности;
- стручности и мотивисаности запослених;
- испуњењу захтева/услова финансијера (државе или донатора)¹⁷²;
- квалитету рада и задовољству пацијента;
- оцени и реакцији јавног мњења у вези са активностима које се предузимају;
- остваривању директних и индиректних користи за финансијере;
- количини аутпута у јединици времена;
- начину расподеле и примени стимулативних облика плаћања, као и њиховог утицаја на повећање продуктивности/мотивисаности запослених;

¹⁷² Додатни финансијски извештаји треба да омогуће информације о томе ...“да ли су средства стечена и коришћена у складу са правним и уговорним захтевима укључујући финансијска ограничења која су установили поједини законски органи.“ Видети: МРС за јавни сектор 1–„*Презентација финансијских извештаја*“, пар.14, ст.16);

- начину и/или оправданости трошења буџетских уштеда;
- динамици измиривања обавеза и одржању ликвидности;

Уважавајући специфичну улогу и функцију менаџмента здравствених организација произилази да додатни финансијски извештаји у овом делу поред функције извршења екстерно дефинисаних циљева/задатака (чиме се штити оправданост трошења наменски одређених средстава тзв. „извршење буџета“) треба да пружи увид и у ефикасност и рационалност трошења уступљених средстава. На тај начин менаџмент оправдава и/или потврђује друштвену подобност у складу са захтевима одговорног и домаћинског управљања повереним средствима, а везано с тим у свом делу доприноси извршењу јавне функције здравља што је општи, односно национални интерес.

1.2. Информациона ограничења званичних финансијских извештаја

Поред прописаних додатних финансијских извештаја менаџмент здравствених организације у циљу потпуније информисаности за своје потребе саставља интерне, посебно прилагођене финансијске извештаје као основу за ефикасније извршење поверених послова, али и за додатна пословна унапређења у делу активне политике менаџмента. Свакако да садржај, структуру, периодичност и начин састављања интерних финансијских извештаја диктирају потребе управљања што значи да се ради о извештајима чија су форма и садржај релативно уједначени дужи временски период или се њихови елементи и карактеристике мењају и прилагођавају од случаја до случаја према конкретној ситуацији, односно потребама.

Интерни финансијски извештаји допуњују информационе садржаје прописаних извештаја (општих и додатних) и то у делу сегментираности (деталности) извештавања, аналитичности приказивања (прегледа), праћења посебних захтева/циљева, као и временске учесталости и/или динамике састављања. У складу са МРС за јавни сектор омогућено

је састављање интерних додатних финансијских извештаја уколико постоји оправдана потреба за:¹⁷³

- променом рачуноводствене основе с обзиром на то да постоје разлике између рачуноводствене основе коришћене за састављање и представљање званичних финансијских извештаја (на пример, готовинска основа) и рачуноводствене основе коришћене у интерним финансијским извештајима (на пример, обрачунска основа). У том смислу интерни финансијски извештаји захтевају праћење посебне евиденције о неизмиреним пословним обавезама и ненаплаћеним потраживањима чиме се проширују „управљачки хоризонти“ менаџмента;
- променом форме, садржаја или класификационог нивоа или основа у односу на званичне извештаје (на пример ако се у званичним извештајима прате само трошења по економској или функционалној класификацији, а за потребе управљања (на пример, правдање средстава)) су неопходне и информације о припадности трошења по конкретним програмима, економским целинама, оствареним ефектима или непосредним корисницима.
- посебним финансијским извештајима (напомене, прикази, прегледи и сл.) у циљу бољег разумевања и/или доследнијег праћење и тумачење званичних финансијских извештаја.

Везано за период извештавања одређени интерни финансијски извештаји могу се односити на извештавање о конкретном пословном догађају (обављање одређеног теренског задатка, састављање посебног или поновљеног извештаја о спорној интервенцији/третману, додатни налаз о лечењу конкретног болесника, приказ начина и интензитета коришћења медицинског апарата/инструмента и сл.) или о конкретном послу/процесу који је временски лимитиран, а захтева посебна праћења (извештај о извршењу захтева донатора/финансијера, праћење посебних или додатних ефеката, извештаји о извршењу специфичних обавеза/услова, поштовање одређених процедура које су кључне за целину процеса или их је оправдано мењати/унапредити и сл.). Интерни

¹⁷³ Према МРС за јавни сектор 24–, „Презентација буџетских информација у финансијским извештајима“, пар. 40–42;

финансијски извештаји користе само одређеном, ужем кругу корисника и састављају се у складу са њиховим информационим захтевима, односно потребама.

2. Потребе и могућности организовања и развоја интерног финансијског извештавања

Потребе и могућности организовања интерног финансијског извештавања директно се одражавају на квалитет управљања здравственим организацијама и с тим у вези непосредно опредељују ефикасност задовољења јавних услуга из области, односно подручја здравља. Непосредна организација интерног финансијског извештавања последица је не само могућности његовог успостављања, већ такође и врстом и садржајем информационих потреба које треба да задовољи, а које се шире посматрано деле на потребе оперативног и стратегијског управљања.

2.1. Димензије интерног финансијског извештавања

Димензије интерног финансијског извештавања се према предмету и садржају на који се односе и којег представљају деле на временску, односно просторну димензију, затим димензију објеката трошења, као и остале димензије према којима се састављају различити финансијски извештаји интерног карактера. Кључну улогу у делу интерног финансијског извештавања има извештавање о трошковима чији је задатак да припрема и интерпретира информације о аналитички оријентисаним трошковима, а где се аналитичка оријентисаност огледа у врстама, односно природи трошења, начину његовог понашања, учешћу у формирању вредности, ближој припадности трошка (по функцијама, активностима, процесима, производима, подучјима одговорности и сл.) и другим карактеристикама по којима је могуће вршити диференцијацију.¹⁷⁴ Имајући у виду међусобну различитост сваке димензије на коју се интерни финансијски извештаји односе неопходно је сваку димензију посебно и детаљније објаснити.

¹⁷⁴ Новићевић Б, 2002., *Управљачко рачуноводство – Обрачун трошкова*, пето издање, Ниш, стр.20;

2.2.1. Временска димензија

Временска димензија интерног финансијског извештавања подразумева извештавање у складу са временски дефинисаним етапама (периодима) различите дужине трајања у којима се планирани процес рада/активности спроводи. С обзиром на то да је финансијско извештавање у функцији праћења и унапређења процеса управљања неопходно је да се динамика и структура информационог садржаја усклади са спровођењем појединих врста и/или фаза процеса управљања.¹⁷⁵ У том смислу интерно финансијско извештавање здравствених организација, према временској димензији може се посматрати као:

- стратешко интерно финансијско извештавање;
- програмско интерно финансијско извештавање (по економским, организационим или пословним целинама) где је временска димензија детерминисана дужином трајања програма/пројекта на који се извештавање односи;
- краткорочно интерно финансијско извештавање (повремено и/или периодично извештавање о извршењу и/или унапређењу извршења поверених послова, или унутар њих дефинисаних пословних задатака).

Стратешко интерно финансијско извештавање приказује правац кретања и деловања кључних трендова/догађаја који утичу на пословање здравствене организације. Уважавајући општи друштвени значај здравственог сектора, а тиме и свих субјеката у његовом саставу основна функција овог вида интерног финансијског извештавања односи се на праћење извршења планске улоге (положаја и функције) организације у задовољењу потреба здравствене заштите од јавног интереса, а у циљу правовременог откривања пропуста и неправилности. Наиме, претходним дефинисањем начина и учешћа сваке организације у задовољењу потреба здравствене заштите и с тим у вези праћењем извршења поверене функције јавног здравља додатно се штити континуитет и сигурност, односно квантитет и квалитет задовољења опште тражње за здравственим услугама. Уколико се узму у обзир последице које би држава и друштво сносило ако би била ускраћена здравствена, често и егзистенционална права њених грађана, неспоран је

¹⁷⁵ Freeman R. J., Shoulders C.D., 1999., *Governmental and Nonprofit Accounting – Theory and Practice*, seventh edition, Upper Saddle River, New Jersey, p. 96–99;

значај стабилног функционисања здравственог сектора, а што је један од кључних циљева стратешког извештавања. У том правцу држава креирањем дугорочне макроекономске политике у области јавног здравља даје смернице за постављање циљева и одређивање опште потрошње у сфери здравствене заштите и с тим у вези формулише здравствену политику (кроз пројекције, нормативна акта, буџетска издвајања, усвојене приоритете, финансиране и суфинансиране програме, субвенције и сл.) и на основу тога положај односно улогу и функцију сваког здравственог ентитета у систему.

Здравствена организација путем стратешког извештавања за потребе менаџмента приказује степен остварења дугорочних интереса који се постижу реализацијом стратешких циљева или конкретније имплементацијом и унапређењем пословних активности које организација обавља. Тако, на пример, здравствена организација путем ових извештаја приказује резултате везане за: побољшање квалитета услуга и степена професионалности рада, јачање положаја (рејтинга) установе у националним или међународним оквирима, проширивање пословних активности на нова подручја или значајно побољшање квалитета и проширивање обима постојећих, критичне тачке/фазе досадашњих активности (уска грла) и сл. Са аспекта трошкова стратешке одлуке имају значајан утицај на висину и промену висине пре свих фиксних трошкова и то оних фиксних трошкова који се односе на производни, односно услужни асортиман и капацитете организације.

Полазећи од специфичности у здравству по којој је основна делатност организације непосредно дефинисана њеним оснивањем онда се простор за стратешка унапређења пре свега проналази путем приширења и/или допуне асортимана, ширењем круга корисника, као и структурним и организационим унапређењима дугорочног карактера. С тим у вези, менаџмент на нивоу ентитета стратешким извештавањем документује и/или представља резултате по основу рецимо: удруживања са другим здравственим организацијама, гашења неуспешних одељења, проширивања врсте или обима услуга, улагања додатних средстава у развој инфраструктуре и унапређења опреме, усавршавања кадрова или значајних промена њихове образовне, старосне или квалификационе структуре (путем новозапошљавања, примене модела стимулативних отпремнина, сарадње са другим институцијама и сл.) и остало. Као резултат стратешких унапређења

здравствена организација остварује предности, како на страни повећања висине и извора прилива средстава, тако и на страни редукције трошкова где спадају трошкови по основу амортизације, осигурања, рада, закупа, финансирања и сл.

За разлику од екстерног финансијског извештавања које се односи на праћење и сагледавање положаја и улоге здравствене организације у будућности (вишегодишњи период) у циљу правовремене оцене предмета, квалитета и интензитета деловања здравственог субјекта у целини **интерно финансијско извештавање на програмској основи** примењује приступ парцијалног или сегментног извештавања где је време извештавања условљено временом реализације посматраног програма, као економске или пословне целине. То захтева разграничено извештавање по пословним целинама који је строго институционализован и формализован приступ извештавања. Сходно временској димензији програмски извештаји могу се односити и на дужи временски период, при чему се у оквиру њих састављају и краткорочни, по правилу оперативни извештаји о извршењу појединих програмских сегмената или фаза њихове реализације.

Интерно финансијско извештавање на програмској основи захтева извештавање на релацији „циљ – ефекти“ или „извори – учинци“, што обухвата обједињено извештавање о: извору, намени, динамици, начину, предмету и последицама трошења претходно опредељених средстава и то на начин да се наведене величине прате са аспекта њихове међусобне усаглашености, али и са аспекта њихове усклађености на нивоу самосталних економских, организационих или пословних система (целина). У том смислу менаџмент здравствене организације у обавези је да по програмским јединицама извештава о:

- структури, изворима и условима финансирања,
- извршењу наменске опредељености средстава,
- динамици (усклађености) прилива и одлива средстава,
- потребној техничкој и кадровској опремљености,
- оствареним ефектима (здравственим, друштвеним/социјалним и економским/ финансијским показатељима).

Праћење ефеката и трошкова по програмској припадности везује се за могућност опредељивања учинака, односно аутпута здравствених активности и њима припадајућих трошкова према јасно дефинисаним пословним целинама. У том смислу веома је значајно опредељивање трошкова здравствених активности по процесима, активностима, корисницима или месту настанка. За разлику од директних трошкова које је могуће са високим степеном поузданости опредељивати по пореклу и/или фази настанка (на пример, трошкови медицинског материјала, трошкови директног рада, трошкови конкретних анализа и испитивања и сл.) постоје и други, односно индикретни трошкови чија се припадност одређује на бази кључева алокације, а где спадају, на пример, трошкови набавке, маркетинга, дистрибуције, управе и администрације и сл. Дефинисање кључева алокације (расподеле) припадајућих трошкова на нивоу пројекта је најчешће или „обојеност“ средстава (извори финансирања) или врста корисника или пак, врста здравствених активности, односно фаза рада. Проблем утврђивања кључева алокације посебно је наглашен при опредељивању трошења средстава према функцијама, активностима, процесима, производима и услугама, подручјима одговорности и другим аспектима економичности и рентабилности.

На крају, **краткорочно (оперативно) интерно финансијско извештавање** је извештавање о реализацији, тачније ефикасности реализације прецизно дефинисаних пословних задатака (радних налога). У том смислу краткорочни извештаји треба да садрже оцену извршења парцијалних активности/процеса и везано с тим да прикажу степен остварења циљних ефеката, као и структуру и висину њима изазваних трошења, а све то аналитички по врстама трошкова и временски по периодима одлива средстава (ниво ликвидности). Наведени елементи, као делови краткорочних извештаја треба да су усаглашени међусобно и усклађени са стратешким и програмских извештајима из којих проистичу, као њихова допуна и основ будуће корекције.

Краткорочним финансијским извештајима се стиче увид у ефикасност извршења текућих пословних активности које се или рутински понављају као део редовног пословног процеса или су послови, односно задаци који су део ширих пословних целина и као такви носе мањи степен неизвесности и пословног ризика. На пример, извештавање о набавци

лекова и медицинског материјала захтева извештавање о реализацији послова који се циклично понављају по дефинисаном кључу, на пример, према уговору који се изнова, са мањим или већим променама закључује за сваку пословну годину. С тим у вези краткорочни финансијски извештаји посебно треба да пруже увид у висину и структуру, као и промене у времену висине и структуре краткорочних – по правилу варијабилних трошкова где спадају трошкови: материјала израде, уграђени медицински и санитарни материјали и опрема (помагала), трошкови енергије, трошкови рада израде и сл. Ипак, полазећи од обавезности здравственог деловања и неопходности његовог функционисања са аспекта општих интереса примереније је трошкове рада, енергије, одржавања и сл., посебно у делу примарног или основног обима активности тумачити као фиксне трошкове.

Зависно од подручја дефинисаних задатака краткорочно финансијско извештавање може се односити на извештавању о извршењу професионалних (здравствених) активности или о административним, организационим, кадровским и сличним пословима. Везано за прву групу информационих садржаја краткорочни интерни финансијски извештаји треба да прикажу информације о:

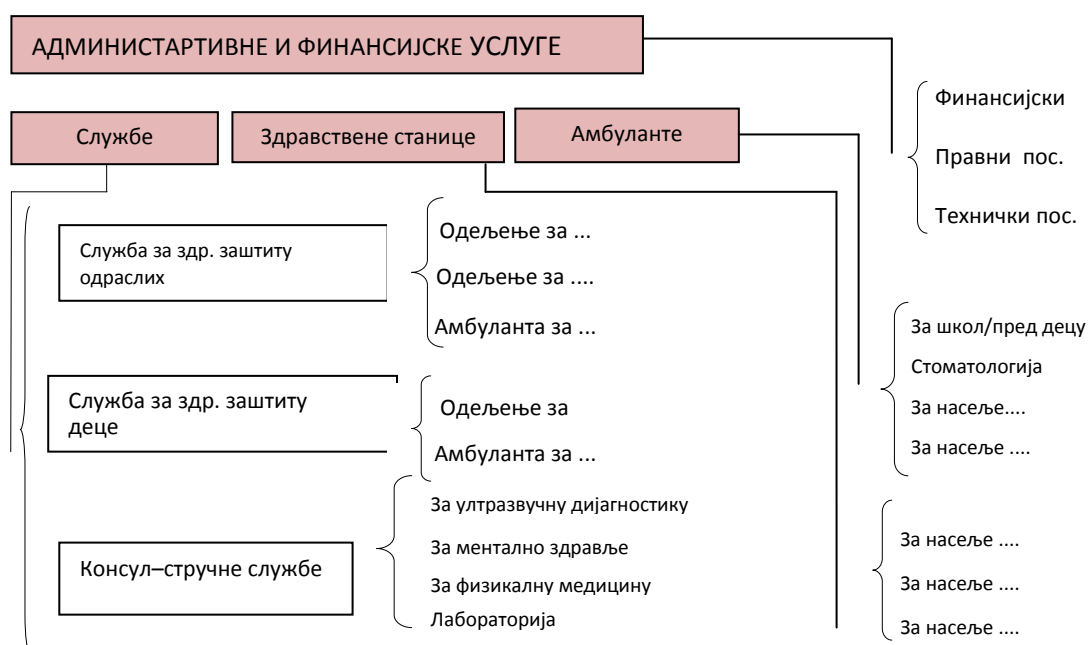
- *обиму и/или интензитету рада у дефинисаним временским јединицама* (на пример, број прегледа, број болничких постеља, број болничких дана, број датих терапија, или издатих рецепата, број радних смена, дужина трајања прегледа, број сати рада апарата – медицинског инструмента) и сл.),
- *квалитету рада* (време дијагностификовања обољења, проценат успешних интервенција, број накнадних компликација, просечан степен излечења по врсти обољења или врсти пацијента, квалификациона структура запослених и сл.),
- *оствареним утрошцима* (по структури, врсти, динамици и износима – у немонетарним или монетарним показатељима).

С друге стране, краткорочни интерни финансијски извештаји који се односе на извештавање о извршењу административних и организационих послова треба да понуде информације о остварењу парцијалних планова по припадности појединим пословним функцијама или организационим целинама, као што су: функција набавке, функција

текућег одржавања, сектор продаје и дистрибуције, служба кадрова и запошљавања, финансијска служба и сл. Свака од наведених функција зависно од области рада на који се односи прати извршење послова из своје надлежности прилагођено природи посла којег спроводи и обиму, односно интензитету функционисања.

2.1.2. Просторна димензија

Уважавајући просторну димензију децентрализација пословних јединица може да се спроводи применом критеријума „извршења“, када се организациони делови формирају према припадности пословној функцији или применом критеријума „објекта“, када се подела врши на бази врсте активности, услуга и/или корисника којима је активност, односно „производ“ здравља намењен. С тим у вези интерно финансијско извештавање уважавајући просторну димензију извештавања подразумева састављање финансијских извештавања по ужим организационим јединицама које се заснивају на принципу **функционалног јединства** – службе, одељења и одсеци или принципу **територијалног јединства** – огранци, здравствене станице, амбуланте, што је приказано на *Слици бр.14*.



Слика бр.14: Организациона структура здравствене организације по службама, одељењима, здравственим станицама и амбулантама, према извору: University Hospital Organizational Structure, <http://nhhmn.wordpress.com>

У првом случају полазећи од врсте и сродности посла и потребе да се обезбеди обављање повезаних активности образују се основни организациони делови – **службе** као самосталне пословне јединице са дефинисаним, јасно разграниченим делокругом рада и то: према кориснику и/или врсти здравствене неге коју обезбеђују (на пример, служба за здравствену заштиту одраслих становника и запослених; служба за здравствену заштиту предшколске и школске деце и жена; специјалистичко–консултативна служба; служба стационара; служба за правне, економско–финансијске, техничке послове и друге сличне послове и сл). Унутар службе, потом се формирају уже организационе јединице – **одељења и одсеци** у оквиру којих се обављању исти, блиски или међусобно повезани послови. Тако, на пример, у оквиру службе за здравствену заштиту одраслих становника и запослених формирају се одељења и одсеци са амбулантама, као што су: одељење хитне медицинске помоћи, одељење за кућно лечење, одсек опште медицине, одсек стоматологије и сл.

С друге стране, територијална диференцијација пословних јединица, било да се ради о просторно дислоцираним **здравственим огранцима** (по регионима, насељима и сл.), или о самосталним организационим јединицама унутар исте здравствене организације – **амбуланте, ординације** и сл. (на пример, за ОРЈ, стоматологију, радиологију и сл.) обухвата сродне здравствене активности – прегледе, третмане или кориснике за које се састављају посебни интерни финансијски извештаји. По правилу територијално разграничење пословних целина почива на захтеву унапређења доступности здравствене заштите (непосреднији прилаз кориснику) или принципу пословне ефикасности (функционалног јединства ужих организационих целина), у циљу унапређења здравствене и оперативне ефикасности извршења функције здравља. Без обзира на специфичност прилично хуманих разлога формирања територијалних јединица што је својствено здравству свакако да оне треба да оправдају и захтеве ефикасности пословања, али и да допринесу укупној пословној успешности на релацији сегмент (поље) деловања – здравствена организација.

Интерно финансијско извештавање за потребе управљања ужим организационим целинама захтева да се финансијски извештаји састављају сегментирано по пословно – организационим јединицама (не нужно са економском самосталношћу) што условљава

да се на том нивоу одређују циљеви, ресурси и наменска опредељеност, а потом прати потрошња и остварени аутпути/ефекти.¹⁷⁶ Садржај и структура интерних финансијских извештаја према просторној димензији опредељена је функцијом, карактеристикама и степеном самосталности пословне јединице на коју се извештаји односе услед чега се прави разлика између:

- главних медицинских, споредних медицинских и немедицинских јединица,¹⁷⁷
- програмских или непрограмских целина и
- јединица са или без економске самосталности.

Принцип интерног финансијског извештавања по просторној димензији потврђује да већи степен самосталности пословне јединице захтева сложеније и обухватније финансијске извештаје, при чему је њихов садржај одређен активностима – врстом и сложеношћу послова које јединица обавља, односно извршава. Тако, на пример, конкретна здравствена служба (на пример служба за гинекологију и акушерство) захтева да интерни финансијски извештаји садрже податке о:

- **професионалним циљевима** (рејтинг службе, учешће у задовољењу тражње, број и значај истраживачких пројеката у оквиру службе, ниво остварене сарадње са стручњацима из области, стицање награде и признања, степен унапређења процедура и процеса лечења и сл.);
- **оствареним учинцима у ужем смислу, односно ефектима који се односе на обим и квалитет рада** (број прегледа, број дијагностичких прегледа, број анализа одређеног типа, време (интензитет) рада, број издатих рецепата и сл.);
- **ангажованом особљу и утрошеним ресурсима** (број и квалификациона структура запослених, ниво техничке опремљености, амортизација опреме, капацитети, потрошња материјала, енергије и др.).

¹⁷⁶ Calverley W.O., Song P.H., Cleverley J.O., 2011., *Essential of Health Care Finance*, seven edition, Jones and Bartlett Learning LLC, Canada, p. 205;

¹⁷⁷ (October) 2004, *Management Accounting System for Hospitals (MASH) Manual*, Emory University Rollins School of Public Health, University Research Co., LLC. p. 18;

Интерни финансијски извештаји у овом случају службе за гинекологију треба да садрже приказ остварених резултата (по сродним групама, односно врстама прегледа/третмана), као и утрошених ресурса по том основу. У том смислу ови извештаји треба да садрже преглед опште прихваћених индикатора успеха везано за област или функцију здравља чији се успех разматра и то у виду табеларног прегледа који садржи одвојене колоне пословних остварења из ранијег периода (историјски бенчмаркинг), затим колоне са планираним или циљним вредностима, као и колоном са постигнутим резултатима текућег периода што је представљено у *Табели бр. 7*.

Табела бр.7: Извештај одељења гинекологије и акушерства

Индикатори/показатељи	Резултати I кв./11.	Резултати I кв./12. -планирано	Резултати I кв./12. -остварено
Стопа леталитета			
Процент умрлих током 48 сати од пријема			
Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације			
Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице			
Просечна дужина болничког лечења (број болничких дана)			
Просечан број мед. сестара по заузетој болничкој постељи			
Процент породиља које су имале повреду при порођају			
Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању			
Процент порођаја обављених царским резом			
Процент обдукованих			
Процент порођаја обављених у епидуралној анестезији			
Просечна дужина лежања у болници за нормалан порођај			
Процент порођаја обављених уз присуство партнера			
Плате и накнаде лекара			
Плате и накнаде немедицинског особља			
Трошкови залиха медицинског материјала			
Трошкови лекова			
Амортизација опреме/медицинских инструмената			
Припадајући износ амортизације зграде			
Припадајући износ трошкова задуживања			
Трошкови енергије и грејања			
Трошкови телефона и рачунарске опреме			
Трошкови одржавања			
Остали (мешовити и неодређени) расходи			

С друге стране, интерни финансијски извештаји ужих организационих јединица,¹⁷⁸ на пример, амбуланте за борбу против стерилитета прате по врстама пацијента и/или

¹⁷⁸ Треба нагласити да праћење квантитативних показатеља везаних за извршење здравствене ефикасности је уско стручно дефинисано и захтева познавање строгих стручних медицинских поступака и процедура, као и термина који се у професији користе, а што превазилази могућности и научну област овог рада.

конкретним (специфичним) прегледима, по правилу искључиво квантитативне, високо специјализоване показатеље успеха. Треба истаћи да изразита прилагођеност и индивидуалност индикатора учинака по ужим пословним целинама ограничава упоредивост пословних остварења на исте или веома сличне организационе јединице различитих ентитета или одређене организационе јединице у времену. Преглед индикатора које прати свака јединица прилагођен је природи посла, дакле врстама услуга које обавља, а то практично значи врстама здравствених третмана и прегледа које обавља, односно према групама корисника. Пример прегледа индикатора прилагођен потребама посла конкретне службе, односно амбуланте дат је у *Табели бр. 8*.

Табела бр.8: Извештај амбуланте за борбу против стерилитета

Индикатори/показатељи	Резултати I кв./11.	Резултати I кв./12. -планирано	Резултати I кв./12. -остварено
Број регистрованих посета			
Број прегледа типа...			
Број прегледа типа....			
Број телефонских консултација			
Број успешних дијагноза после првог сусрета са лекаром			
Број успешних дијагноза после другог и следећег сусрета са лекаром			
Број издатих упута за додатне прегледе			
Учешће превентивних прегледа			
Просечно време трајања прегледа по врсти			
Број издатих лекарских рецепата			
ОСТВАРЕНИ АУТПУТ/УЧИНАК			
Плате и накнаде лекара			
Плате и накнаде немедицинског особља			
Трошкови залиха медицинског материјала			
Амортизација опреме/медицинских инструмената			
Трошкови енергије и грејања			
Трошкови телефона и рачунарске опреме			
Трошкови одржавања			
Остали (мешовити и неодређени) расходи			
УКУПНИ ТРОШКОВИ			

На нивоу амбуланте као просторне димензије извештавања о извршењу функције здравствених ефеката прате се и показатељи о техничкој, оперативној и економској ефикасности пословног деловања, што обухвата праћење структуре и висине укупних трошења организационе јединице (на пример, трошкови амортизације, особља, санитарног материјала, енергије, одржавања, осталог материјала и сл.).

Уколико се ради о пословним јединицама које као чиниоци, односно субјекти учествују у реализацији програмских целина интерни финансијски извештаји у том делу треба да представе усаглашеност и синхронизацију процеса и поступака унутар пројекта као система, потом организацију и координацију пословне јединице везано за извршење повереног сегмента посла, а затим и постигнуте ефекте и врсту, висину и динамику трошења, као и поштовање принципа наменске потрошње уколико је финансирање ближе регулисано по изворима, начину или динамици издвајања. Свакако да пословна јединица у оквиру финансијског извештавања треба да прикаже, а тиме и да оправда своје учешће у реализацији програма коме припада тако што ће приказати резултате проистекле ангажовањем, као допринос укупно оствареним резултатима на нивоу пројекта, односно целине.

2.1.3. Димензија објеката трошења

Интерно финансијско извештавање које почива на објектима трошења (програмима, процесима, врстама корисника, третманима, активностима и сл.), с обзиром на њихову функционалну, а често и економску заокруженост (самосталност и специфичност) има значајну информациону вредност за менаџмент здравствене организације. Овакав закључак произлази на основу уважавања значаја информационог садржаја управљачко–рачуноводствених анализа заснованих на чврстој вези између аутпута, у овом случају очувања и/или унапређења стања здравља и њима изазваним трошењима. Укључивање објеката трошења у функцији алокације трошкова почива на идеји да објекти трошења троше активности, а активности троше ресурсе.¹⁷⁹ У том смислу са аспекта управљачког рачуноводства значајне су информације о рентабилности појединих процеса, услужних линија, група корисника, третмана и сл. Употреба вредност наведених информација у случају здравства користи се за оптимизацију пословних програма из дела примарних (основних) здравствених активности, као и за унапређење пословних, односно услужних активности које значајније доприносе увећању пословних резултата.

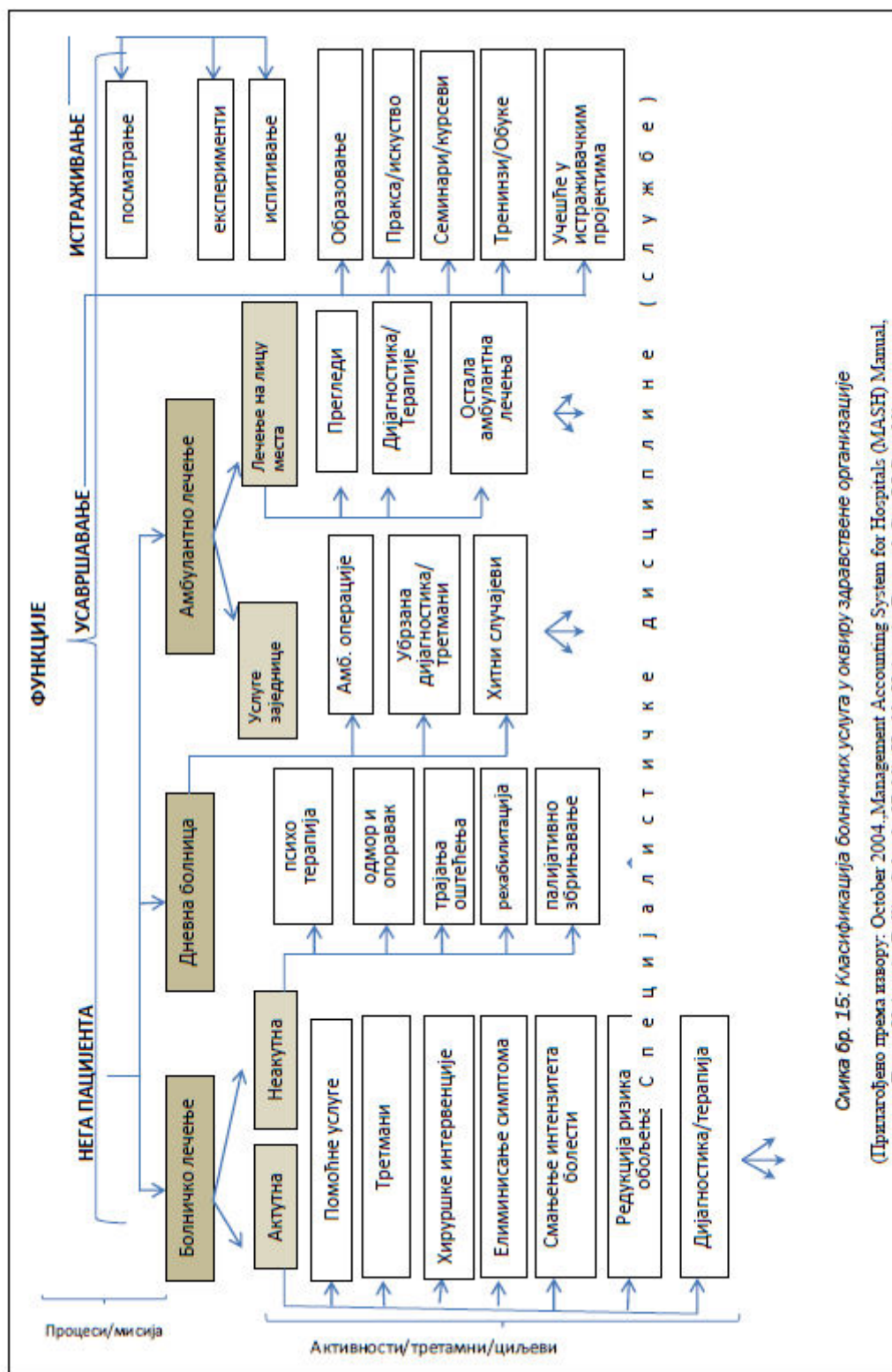
¹⁷⁹ Антић Љ., Секулић В., 2007., *Савремени приступ обрачуна трошкова у непрофитним организацијама*, Рачуноводство бр.7-8:39-45, стр. 42;

У свакој здравственој организацији спроводе се многобројне међусобно хетерогене активности које за последицу имају различите врсте услуга (по врсти, начину, интензитету и времену спровођења, квалитету реализације, ефектима и сл.), а које се по сложености и примени индивидуалног приступа извршења (решавања или поступка лечења) деле на:¹⁸⁰

- сложене (индивидуалне) здравствене интервенције,
- стандардизоване (опште) здравствене интервенције
- помоћне (споредне или нездравствене) активности (одржавања, исхране, чишћења).

Према потребама садржаја интерних финансијских извештаја неопходно је извршити одговарајућу систематизацију и аналитичност диференцирања пословних процеса које се спроводе у оквиру здравствене организације. Наиме, све пословне процесе здравствене организације могуће је поделити на процесе директног (непосредног) лечења и збрињавања пацијената и на процесе који су функцији унапређења квалитета и садржаја првих. Као последица изнетог у оквиру здравствене организације по правилу формирају се три главне функције: **нега пацијента**, **усавршавање** (размена и унапређење знања и технолошких достигнућа едукације, тренинзи, обуке и сл.) и **истраживање** (посматрање, експерименти, испитивања и сл) што је приказано на *Слици бр. 15* на следећој страни.

¹⁸⁰ (October) 2004, *Management Accounting System for Hospitals (MASH) Manual*, Emory University Rollins School of Public Health, University Research Co., LLC, p. 9;



Слика бр. 15: Класификација болничких услуга у оквиру здравствене организације

(Прилагођено према извору: October 2004 „Management Accounting System for Hospitals (MASH) Manual, Emory University Rollins School of Public Health, University Research Co., LLC. p. 11);

Са становишта професије функција неге пацијента је примарна област здравственог деловања која обухвата све активности у циљу заштите и збрињавања пацијента од тренутка његовог доласка, односно током боравка пацијента у болници. Нега пацијента у смислу начина извршења спроводи се кроз процесе: амбулатног лечења (нега без хоспитализације), дневну болницу (боравак у болници током једног дана) или болничко збрињавање (боравак у болници више од једног дана) од чега непосредно зависе процедуре лечења, очекивани резултати, као и укључени, односно коришћени ресурси.¹⁸¹ Из тога произилази да су разлике у садржају и детаљности финансијског извештавања условљене врстом, сложености и специфичностима здравствених услуга, односно пословних процеса који се пружају, али и врстама субјекта и корисника (пацијената) на које се процеси односе.

Нега пацијената спроводи се у складу са установљеним смерницама (протоколима), процедурама и водичима добре праксе којима је дефинисан редослед активности и њихове карактеристике и то у делу непосредног приступа, поступка дијагностике (диференцијално – дијагностички приступ), правила (образаца) усмеравања пацијента ка лекарима других специјалности, праћења и поступака лечења, врсте третмана (терапије), контроле тока болести и сл. Основна функција здравствене заштите подржана је додатним медицинским функцијама (фармација, дијагностичка опрема и сл.), као и немедицинским и административним услугама где спадају услуге перионице, кантине, одржавања, транспорта, менаџмента и сл.

Остале две функције – усавршавање и истраживање иако немају директну везу са негом пацијента као примарном функцијом индиректно њихови резултати доприносе бољим резултатима неге пацијента у будућности, као надградња и допуна постојећег здравственог програма и по правилу се не третирају као самостални објекти трошења.

Као посебна димензија објеката трошења, с обзиром на изразиту пословно самосталност издваја се здравствени програм/пројекат. Програм/пројекат здравствене заштите садржи

¹⁸¹ (October) 2004., *Management Accounting System for Hospitals (MASH) Manual*, Emory University Rollins School of Public Health, University Research Co., LLC, p. 9;

скуп повезаних здравствених активности, односно услуга које се односе или на лечење одређене врсте болести, групе пацијената или одређених фаза постојећих пословних активности (виши или интензивнији ниво здравствене заштите), а који може да има и да прати своју економску димензију успешности уколико се реализује на тржишту. На пример, ако се посебно организује програм за превенцију и сузбијање новог вируса грипа, најчешће сезонског карактера или у периоду трајања епидемије, могуће је овај програм посебно пратити као самостални објекат трошења који је временски дефинисан на период сузбијања или лечења конкретног обољења. Посебно праћење програма подразумева свеобухватно праћење трошкова и учинака који се на њега односе.

Финансијски извештаји по објектима трошења захтевају веома прилагођен приступ креирања информационог садржаја, а то значи да се унутар одређених просторних димензија (о којима је претходно било више речи) обезбеди даља диференцијација извештавања према захтевима извршења појединих активности. То захтева да се додатно, односно диференцирано прате тзв. пословни процеси и/или активности по:

- врстама и/или интензитету обољења;
- приступу/методу лечења (услуге или третмани);
- групама/врстама корисника;
- посебним иницијативама (допунски програми који се у оквиру одређених целина спроводе).

На примеру специјалистичке болнице за лечење болести зависности објекте трошења могу диференцирати према програмима лечења конкретне врсте зависности (алкохолизам, наркоманија, дувански дим и сл.), затим према методама лечења (програми сузбијања фактора ризика, детоксикациони програми, рехабилитациони програми, супституциони програми и сл.), потом према приступима лечења (хоспитални програми, дневно–болнички третмани, амбулантни – индивидуални програми и сл.) или и према врстама корисника (пацијента), а који се такође групишу по полу, старости, интензитету обољења, социјалном окружењу и сл. Такође, даље разграничење могуће је вршити по фазама извршења где се диференцијација фаза не врши само по временској основи већ и по

некој другој основи разграничења, на пример, извршиоцима, методама (поступцима) рада, медицинским инструментима, врстама (групама) корисника, подручјима реализације и сл. У том смислу могуће је састављати посебене, високо прилагођене извештаје о *учинцима* (на пример о: дужини активног и реактивног времена, времена прехоспиталне интервенције, процента извршених реанимација, процента индукованих медицинских третмана на терену, времена доставе пацијента до пријема у здравствену установу и сл.), као и о *припадајућим трошковима* (на пример о: броју извршилаца, трошковима особља, трошковима превоза, трошковима медицинског материјала током пружања прве помоћи, припадајућем делу фиксних трошкова и сл.). У том смислу финансијски извештаји по објектима трошења ће се битно разликовати у зависности од сложености, специфичности или карактеристика процеса лечења, као и од сложености, специфичности или карактеристика групе корисника здравствених услуга (пацијената) чији резултати лечења се у извештајима приказују.

Повезано са претходним ови финансијски извештаји треба да садрже информације о усвојеним стандардима, процедурама и поступцима, захтевима професије и циљним вредностима и то све на нивоу референтних, по правилу просечних вредности који се у оквиру извештаја пореде са постигнутим резултатима, ради праћења дозвољених (недозвољених) одступања. Уколико поједини пословни процеси, односно здравствене услуге остварују своју тржишну верификацију (рецимо, лабораторијске анализе, дијагностички прегледи и сл.) неопходно је да финансијски извештаји прате и финансијске ефекте, као и промене прилива и одлива средстава по том основу током времена. У том случају омогућена је анализа типично тржишних показатеља успеха као што су остварена добит, учешће појединих врста услуга у реализацији добити, степен ликвидности и сл. Ипак, уважавајући примарно непрофитни карактер здравствених активности значај наведених показатеља у процесу пословног одлучивања често се релативизује као основ пословног одлучивања.

2.1.4. Остале димензије

Даља диференција интерних финансијских извештаја која истовремено уважава више основа класификовања, односно димензија разграничења, на пример, просторне и временске или просторне и предметне омогућава формирање специфичних, посебно прилагођених пословних, а тиме и извештајних форми, као што је рецимо радни дан, стручни тим, операциона сала, смена, одељење сл. С тим у вези неопходно је уважити и разграничења по врстама оболења, интензитету болести, начину, односно методама лечења, приступу третманима, нивоу укључености корсника и сл. Повећање основа и начина класификације значајно усложњава садржај и форму извештавања и чини поједине извештаје високо специјализованим, као и уско упоредивим, начешће искључиво на временској основи.

2.2. Потребности и могућности организовања и развоја интерног финансијског извештавања за оперативно управљање

Сврха и садржај оперативног пословног одлучивања и с тим у вези информациона основа за његово спровођење основ су текућег и/или свакодневног пословања здравствене организације као пословног ентитета. Екстерна дефинисаност сврхе и циља пословања здравствене организације опредељује да се одлучивање на нивоу ентитета првенствено своди на извршење оперативних пословних задатака, а за шта је неопходно сачинити потребну информациону основу. По правилу ради се о високосандардизованим извештајима у погледу њиховог формалног и материјалног дефинисања.

2.2.1. Оперативно пословно одлучивање

Уважавајући предметну/програмску опредељеност пословања здравствене организације која произилази из алокативне и дистрибутивне ефикасности реализације здравља на нивоу сектора менаџмент извршење јавне функције здравља као поверен посао спроводи реализацијом циљног здравља са акцентом на **ефикасност његовог извршења**. Наиме, ако је оснивањем установе дефинисано КО и ШТА, као и у професионалном смислу КАКО се лечи, односно здравственом терминологијом речено „који пацијент“, „која болест“ и „који метод/поступак лечења“ применити менаџменту здравствене организације не

преостаје ништа друго, посебно у кратком временском року, већ да се задатак као такав изврши са нагласком на ефикасност његовог извршења. То такође значи да менаџмент, у смислу дефинисања циљног здравља, његових карактеристика, компоненти које га чине, као и појединачног учешћа сваке компоненте у укупној вредности успеха има занемарљив утицај. Другим речима, менаџмент здравствене организације само преузима екстерно установљене критеријуме пословних остварења са задатаком, односно циљем њиховог ефикасног извршења.

2.2.1.1. Подручје оперативног пословног одлучивања

Тежиште активне политике менаџмента у делу оперативног пословног одлучивања на нивоу ентитета помера ка **трошковној страни** дефинисаних услужних активности, као подручју могућег утицаја менаџмента, али само под условом да је претходно задовољен условни праг остварења циљног здравља приказан сетом перформанси реализације здравља, ранжираних по важности/значају извршења. Фокусирање на трошковну страну циљних извршења значи да се функција менаџмента у циљу максимизације здравственог успеха у кратком року спроводи или максимизацијом стандардизованог аутпута здравља¹⁸² – максимизација квантума здравља (по обиму и/или садржају циљног аутпута) или минимизирањем трошкова по јединици здравственог учинка – трошковно штедљиве одлуке (cost savings decisions). Наиме, зависно од тога шта је за организацију, односно менаџмент екстерно одређена величина у циљу оперативног пословног одлучивања могуће је примени две пословне опције и то:

- *Прва*, када су ограничени, односно опредељени ресурси и када менаџмент максимизацијом аутпута здравља настоји задовољити највиши квантум здравствене тражње исказан стопом покривености потреба потенцијалних корисника (раст обима стандардизованог аутпута здравља),¹⁸³ што је случај, на пример, код

¹⁸² Стандардизација аутпута у здравству најчешће се доводи у везу са стандардизацијом здравствене услуге, као услуге која обухвата и медицинске, али и остале садржаје везано за поступак лечења (смештај, исхрана, активности и сл.), а у складу са одговарајућим, признатим нивоом квалитета. Стандардизација услуга по категоријама корисника – програми активности/третмани треба да има све карактеристике прецизно установљених процедура и поступака са очекиваним/припадајућим нивоом стандардног (просечног) прогреса здравља као учинка (индикатора успеха).

¹⁸³ *Measuring and Improving Costs, Cost-Effectiveness and Cost Benefit for Substance Abuse Treatment Programs*, Nida: National institute on drug abuse, Извор сајт: <http://www.nida.nih.gov/impcost/IMPCOST9.html>;

превентивних активности или у делу примарне здравствене заштите. Успешност реализације здравља посматраће се кроз обим здравствених активности, а то значи кроз задовољење принципа **доступности, једнакости, или свеобухватности** реализације ефекта здравља. Исто тако, успешност у наведеном контексту посматраће се и кроз унапређење квалитета – сложености или потпуности садржаја здравља изнад или преко стандардног аутпута.

- *Друга*, када је дефинисан циљни аутпут здравља па се улога менаџмента своди на минимизирање јединичних трошкова циљног аутпута. Оваква ситуација захтева оријентацију менаџмента ка избору трошковно штедљивих алтернатива реализације циљног здравља. Примена трошковно штедљивих алтернатива подразумева очување квалитативног садржаја очекиваног аутпута на нивоу стандардних вредности. Оваква ситуација јавиће се у случајевима високо стандардизованих поступака лечења или здравственог збрињавања предвиђеног броја прегледа када треба пружити стандардизовану услугу здравља, као на пример лабораторијске услуге, дијагностички прегледи, систематски прегледи и сл.

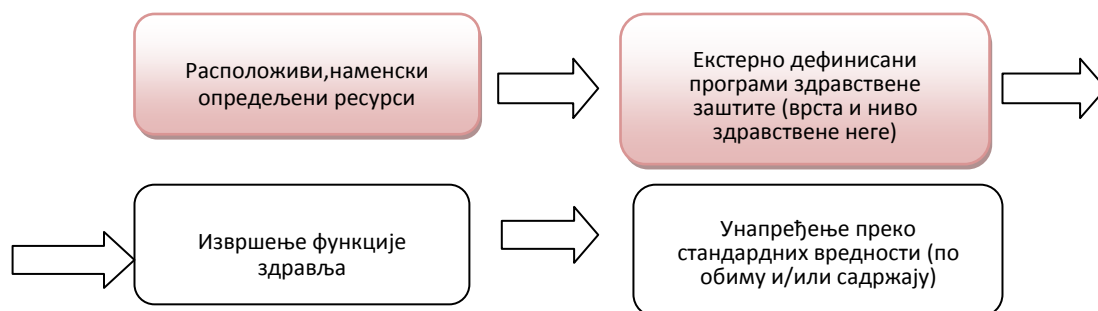
Улога менаџмента везано за оперативно пословно одлучивање у првом кораку своди се на ефикасност извршења екстерно детерминисаних вредности, односно критеријума здравља према значају реализације појединих обележја здравственог учинка (обим, карактеристике и/или корисник циљног здравља), а затим се у другом делу на унапређење рационалности и економичности трошења и/или увећање квалитативног садржаја изнад стандардних вредности. Овакво тумачење улоге менаџмента представља модел пословне политике којим се постиже **максимизација исплативости сваког уложеног динара** економски гледано или са аспекта здравствене професије задовољење потреба највишег нивоа ургентности уз очување ефикасности њиховог извршења – **максимизација здравствене корисности**, у ширем смислу.¹⁸⁴ При томе, избор пословне опције мора да помири међусобно супростављене захтеве реализације ефекта здравља и то први, обавезност задовољења здравствене тражње из области здравља којим се организација бави уважавајући и обележје ургентности и други, недовољност средстава, а тиме и

¹⁸⁴ Bukoski W.J., Evans R.I., 1998., Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: implications for programming and policy, NIDA Research Monograph 176. NIH Publication No. 98-4021). Washington, DC: National Institute on Drug Abuse. USA.

немогућност да се формирана тражња задовољи на начин и у обиму независно формираних потреба што указује на обавезу избора приоритета, динамике и начина њиховог извршења. У том смислу полазећи од сталности и стабилности здравствених потреба као обележја овог сектора функција оперативног менаџмента се мења од ефикасне реализације различитих производа ка реализацији производа, практично ефеката здравља који у највећој мери одговарају захтевима потрошача,¹⁸⁵ при чему се степен „прилагођености“ посматра кроз адекватност, благовременост и досупност здравља као учинка.

2.2.1.2. Приступи унапређења ефикасности у оквиру оперативног пословног одлучивања

У оквиру оперативног пословног одлучивања „унапређење ефикасности“¹⁸⁶ своди се на разматрање могућих начина конверзије расположивих ресурса – капитала и рада у циљне аутпуте здравља где је аутпут здравља, као врста и/или корисник здравља, екстерно задата вредност за чије ефикасно извршење се везује захтев пословне успешности, што је приказано на *Слици бр. 16.*¹⁸⁷



Слика бр.16: Тумачење успешности
у оквиру оперативног пословног одлучивања¹⁸⁸

¹⁸⁵ Новићевић Б., Ђорђевић М., Хаџи Ђорђевић И. ,2010., Повезивање стратешког и оперативног менаџмента, Рачуноводство, вол. 54, бр. 7-8, стр. 37-42;

¹⁸⁶ Cunningham S. J. (September 2001.), An Introduction to Economic Evaluation of Health Care, Journal of Orthodontics, Vol. 28, No. 3, 246-250, British Orthodontic Society;

¹⁸⁷ Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL., (2005.), Methods for the economic evaluation of health care programmes, Oxford University Press, p.10.;

¹⁸⁸ Прилагођено према извору: Miller P., 2001., *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care – Health Economic Evaluation*, University of Nottingham, Trent Focus, p. 8;

Расположиви пословни капацитети и обавезујући (гарантовани) обим задовољења здравствених потреба своде оперативно пословно управљање на захтев унапређења реализације учинка здравствених активности преко обима и/или квалитета задовољења здравствене тражње у односу на постојећи ниво који има функцију референтне или базне вредности.¹⁸⁹ На тај начин циљ оперативног пословног одлучивања је да се у оквиру расположивих пословних опција којима је могуће извршити циљно здравље изабере пословна опција чији су:¹⁹⁰

- ефекти по обиму и/или квалитету највиши (укључујући директни, индиректни и субјективни бенефит) уз очување трошкова на истом нивоу (или)
- трошкови најнижи (или)
- ефекти и проистичући трошкови у делу промена (Δ) најприхватљивији.

Везано са тим евалуација ефикасности као могуће подручје утицаја (деловања) оперативног пословног одлучивања менаџмента у кратком року може се заснивати на концепту „шире“ или „уже“ упоредивости.

Шири концепт унапређења пословне ефикасности подразумева да се у оквирима предметне и дистрибутивне опредељености пословања здравствене организације врши даља конкретизација и/или одабир циљних ефеката здравља на начин да се додатно унапреди крајњи резултат пословања. Наиме, шири концепт унапређења пословне ефикасности односи се на избор између две врсте здравствених потреба или између два потенцијала корисника здравствених услуга, а у циљу максимизације укупног здравствених бенефита (здравствених побољшања). У реалним приликама стварна могућност утицаја менаџмента у овом смислу прилично је ограничена с обзиром на екстерно дефинисану организацију и начин функционисања ентитета, ниво здравствене заштите који установа пружа, обавезу укључивања фактора сигурности, односно безбедности лечења, као и поштовање професионалне етике и усвојених процедура.

¹⁸⁹ Као показатељ пословног унапређења у делу оперативног управљања користи се маргинални рацио кост–ефективности (ICER) утврђен као однос прираста ефеката и њима изазваног раста трошкова.

¹⁹⁰ Kattan M.W., Cowen M. E., 2009., *Encyclopedia of Medical Decision Making*, Thousand Oaks, CA, p. 220;

У том смислу избор приоритетнијих потреба и/или избор ургентнијих корисника здравља у оквиру дефинисаног подручја деловања односи се на избор лечења пацијената чији је степен обољења већи или пацијената чије здравствено стање може да угрози здравље других људи или оних код којих је очекивани прогрес здравља виши или пацијената који припадају ризичним групама и сл. Начин којима се утврђују приоритети лечења на нивоу здравствене установе су рецимо: формирање листе прегледа (листе чекања у оквиру које се дефинишу случајеви или ситуације хитног пријема/збрињавања), формирање клуба корисника, утврђивање периода погодности за лечење појединих обољења или пружање одређених услуга, давање погодности за повезане прегледе чија повезаност повећава ефикасност дијагностификовања, односно лечења и сл.

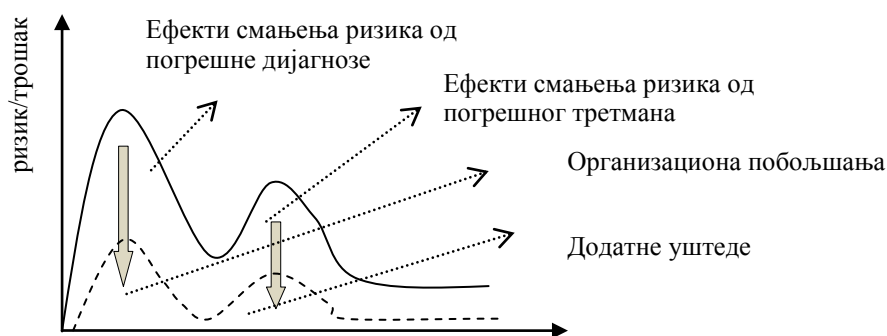
С друге стране, ужи концепт унапређења ефикасности у оквиру оперативног пословног одлучивања има за циљ унапређење пословних резултата путем квалитетнијег и професионалнијег пружања постојећих здравствених услуга (чиме се смањују могући ризици од пропуста и накнадних компликација и/или унапређује/интензивира процес лечења/опоравка), као и путем остваривања додатних уштеда и пословних рационализација. Ради се о инструментима тзв. **активне политике менаџмента** који укључују политике везане за:¹⁹¹

- усвајање бољих пословних решења (скраћењем листе чекања/благовремено лечење, индивидуални приступ пацијенту, професионалнија услуга и сл.);
- унапређене система контроле у циљу смањења грешака и пропуста и смањења ризик од накнадних компликација (дефинисање строгих процедура и поступака, увођењем професионалног надзора, фаворизовање тимског рада и сл.);
- организациона побољшања (ефикаснија синхронизација и координација опреме и запослених, као на пример, интензивније коришћење опреме, повећање броја прегледа или третмана у радној смени, вишенаменско коришћење капацитета и сл.);

¹⁹¹ McIntosh C, Dexter F, Epstein RH., 2006., *Impact Of Service-Specific Staffing, Case Scheduling, Turnovers, And First-Case Starts On Anesthesia Group and Operating Room Productivity:Tutorial using data from an Australian hospital*, *Analg.*;103:1499–1516;

- рационалније коришћење ресурса (остваривање допунске ефикасности, уштеда, економисања и сл.).

Могућности унапређења пословних резултата који се спроводе кроз оперативно пословно одлучивање могуће је и графички представити као на *Слици бр.17*.



Слика бр.17: Модели доприноса унапређењу пословних резултата

у делу оперативног одлучивања, према извору: Bohmer R.M.J.,2009.,*Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care*, Harvard Business School, Boston, USA, p.8;

Унапређење пословања у делу оперативног пословног одлучивања поред наведеног може да се односи и на избор тзв. прилагођених метода лечења (по садржају, квалитету, интензитету, карактеристикама и сл.) којима се спроводи процес лечење. На пример, претпоставимо да се здравствена организација бави лечењем дијабетеса егзактно ће бити дефинисани, најчешће на националном нивоу, тзв. општи здравствени стандарди лечења овог обољења, а који се односе на: стандардне процедуре лечења, приступе или методе које могу сузбити/умањити касније компликације, ниво обезбеђења сигурности пацијента, степен подношљивости или прилагођености терапије, као и цену третмана.¹⁹² У тим околностима организацији у већој или мањој мери стоји на располагању да избором адекватнијег терапијског програма,¹⁹³ али и поузданом и правовременом

¹⁹² Извор сајт: <http://www.diabetes.rs/diabetes08.htm>

¹⁹³ Здравственој организацију у складу са професионалним захтевима у наведеном случају на располагању стоје две групе терапијских програма и то: терапијски програми којима се мења начин живота у циљу контроле фактора ризика (надзор и превенција генетских предиспозиција, начин исхране, стил живота, ниво физичких активности, фактор гојазности и сл.), шири приступ и терапијски програми медикаментима и њихова адекватна синхронизација (инсулин, сулфонилуреја, глитазони и сл.), ужи приступ;

дијагностиком и већом професионализацијом и организацијом рада у постојећим оквирима допринесе ефикаснијој реализацији циљних вредности, а тиме и унапређењу пословног успеха. Избор прилагођеног терапијског програма према потребама пацијента спроводи се избором одговарајућих метода/приступа лечења (рецимо, хоспитализација, дневно–болнички програми, амбулантно лечење, превентивне активности и сл.), затим избором адекватних процеса, односно процедура лечења (комбинације здравствених активности и њиховог тока, фаза и интензитета), као и правовременог деловања (ефекат “just in time”). Синергетски ефекат ових елемената може позитивно да делује на додатно унапређење здравствене ефикасности у оквирима јасно/чврсто дефинисаних циљних активности. Дакле, акценат унапређења успеха почива на „технологији“ производње здравља, у смислу избора непосредног начина извршења задатих вредности поштујући при томе строге оквире признатих процедура, правила, поступака и норми извршења.

У ситуацији када реализација циљних учинака здравља подразумева само контролу трошковне стране унапређење успеха здравственог деловања посматра се само кроз ефикасно извршење постојећих послова. То значи да избор трошковно „штедљивих“ алтернатива захтева фокусирање на трошковну страну резултата где се путем повећања обима пословања (ширења на нова тржишта или комплетирање, односно усложњавање постојећих програма), коришћењем ефекта искуства (учења), унапређења организационих и мотивационих способности настоји унапредити пословни успех. Циљ је да се ефикаснијим извршењем дефинисаних процеса, пре свега у техничком смислу искористе и зматеријализују „интерне резерве прогреса“ и даље кроз пословна преусмеравања „ослобођених“ вишкова повећа и унапреди реализација здравствених учинака, у делу увећања здравствене ефикасности (квалитета и сложености рада).

2.2.2. Информациона основа за оперативно пословно одлучивање

Информациона основа у функцији оперативног пословног одлучивања односи се на састављање финансијских извештаја који се односе на праћење извршења текућих пословних задатака (реализације краткорочних пословних циљева), задовољење наменске потрошње средстава – по изворима и/или условима финансирања, остварење динамичке усаглашености (временске синхронизације) токова средстава, као и ефикасности

спровођења кадровске политике. Према временском оквиру на који се извештаји односе, а имајући у виду да се ради о потребама оперативног пословног одлучивања, дакле управљања у кратком року могуће је све извештаје поделити на годишње, полугодишње, кварталне, месечне и дневне.

2.2.2.1. Извештаји у функцији оперативног пословног одлучивања

Интерни карактер извештаја за оперативно пословно одлучивање значи да се ради о извештајима чији садржај, форму и динамику састављања утврђује менаџмент здравствене организације према потребама пословног управљања, а у складу са потребама праћења ефикасности извршења текућих пословних активности (периодична извештавања) и доношења одлука о пословним променама (повремена или додатна извештавања). Међутим, без обзира о којим извештајима се ради неопходно је да финансијски извештаји основано (на принципу настанка пословног догађаја), поуздано (потпуно и непристрасно) и доследно (формално и материјално одрживо) приказују предмет односно садржај извештавања. Такође, финансијски извештаји треба да садрже разумљиве, важне, релевантне и упоредиве информације, као и да су информације благовремено расположиве према потребама/захтевима управљања.¹⁹⁴

2.2.2.2. Врсте извештаја за оперативно пословно одлучивање

У циљу оперативног пословног одлучивања најчешће се састављају следећи извештаји:

А) Извештај о извршењу текућих пословних задатака представља приказ извршења и/или степена и квалитета извршења циљних активности. Имајући у виду екстерну одређеност области, односно функције здравља којом се организација бави и с тим у вези екстерно формираних индикатора успеха (референтних вредности) извештај о извршењу текућих пословних задатака треба да прикаже интензитет подударности циљних и остварених вредности и то на начин да разграничено прати степен извршења условних индикатора успеха, затим индикатора значајних за успех и на крају осталих

¹⁹⁴ Према извору: Шкарић К., 2002., *Концептуални оквир Међународних рачуноводствених стандарда*, стр. 22, *Примена МРС*, књига II, Савез рачуновођа и ревизора Србије, Београд;

(секундарних) индикатора који се по правилу односе на оцену оперативне или техничке ефикасности.

Ради се о извештајима који се састављају у форми табеларних прегледа и који садрже посебне колоне у којима се приказују позитивна и негативна одступања са посебним праћењем подношљивих или дозвољених и критичних одступања. На основу тога стиче се представа о ефикасности функционисања појединих подручја/фаза рада, у смислу да се издвајају подручја, односно фазе:

- које су критичне за успех (уска грла),
- код којих су могућа пословна побољшања,
- које остварују значајна унапређења и
- које су неуспешне и које треба мењати или гасити.

Формирање извештаја о извршењу текућих пословних задатака врши се на бази евидентирања медицинске праксе (принцип “evidence-based medicine”),¹⁹⁵ што захтева праћење историје случајева (понашања пацијента или кретање болести) током обављања здравствених програма, третмана, процедура и поступака (clinical trails). Евидентиране промене, односно померања у позитивном или негативном смеру у односу на успостављене стандарде треба да су очигледне што значи у довољном броју потврђене и поуздане, дакле професионално утемељене и објективне.

На бази информационих садржаја из наведених извештаја менаџмент здравствене организације спроводи процес управљања, односно доноси пословне одлуке које се односе на: увођење програмских иновација (нови програми, услуге или корисници), пословна унапређења (замена постојећих процесура и поступка лечења ефикаснијим или трошковно штедљивијим), промене обима и пословна преусмеравања (интензивирање успешних и гашење неуспешних активности), награђивање и мотивисање запослених (стимулације, признања и сл.) и остало. Основна претпоставка на којој се темеље све

¹⁹⁵ Bohmer R.M.J.,2009.,*Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care*, Harvard Business School, Boston, USA

наведене промене је да се спроводе у постојећим (датим) оквирима, у смислу расположивих услужних и кадровских капацитета, као и да могуће измене не треба да угрозе основу сврху и извршење функције здравља због које је организација основана.¹⁹⁶

Б) Извештај о извршењу наменске одређености средстава односи се на извештавање о задовољењу концепта строго каналисаног модела финансирања (принцип обојеног новца), као и концепта наменског трошења средстава, као његову конкретизацију на чијим основама почива финансирање здравствених организација. Наиме, полазећи од чињенице да се за све облике финансијских издвајања у здравству каже да су то стриктно наменски одређена средства неопходно је да се извештајима прикаже извршење захтева наменске „уређености“ или боље рећи „условљености“ давања и то по сваком извору финансирања појединачно. У том смислу састављају се финансијски извештаји који приказују реализацију и ефикасност реализације пословних остварења разграничено према:

- изворима финансирања (пореклу финансирања);
- корисницима услуга (групама корисника);
- методама и поступцима који се у процесу реализације прогреса здравља примењују.

Да би се схватио принцип наменског давања и начин како се примењује често се у систему здравственог финансирања уместо појма наменског давања користи термин обојеног новца ради истицања значаја претходне одређености извора финансирања по пројектима (и дубље по врстама трошења), а што је битан основ за праћење циљних извршења. Термин обојеног новца подразумева да потреба као покретач активности (деловања) „боји“ средства из којих се финансира њено задовољење, при чему је обојеност ресурса присутна у свим фазама реализације активности и као таква се извршава. Супротно привреди где важи правило „новац нема име“ у здравству применом принципа обојеног новца спроводи се обавеза каналисаног праћења средстава по програмским или ужим пословним јединицама (целинама).

¹⁹⁶ Cunningham J. S., 2001., *An Introduction to Economic Evaluation of Health Care*, Journal of British Society, Vol. 28, No. 3, 246-250;

Захтев наменске опредељености средстава подразумева да финансијски извештаји приказују не само трошења по изворима, корисницима и методама или поступцима лечења већ и да их представе и према интензитету, односно динамици потрошње. То значи да финансијски извештаји поред приказане структуре трошкова (по врстама и висини) обухватају њихову динамичку димензију¹⁹⁷ која подразумева приказ тзв. оброчних давања (временски и квантитативно дефинисаних) током укупног периода реализације циљних вредности¹⁹⁸ чији је преглед дат у *Табели бр. 9* на следећој страни.

¹⁹⁷ Програма, пројекат, апропријације и квоте су планске категорије и категорије којима се прати његово извршење, у овом случају извршење и ефикасност извршења циљних учинака здравља. На тај начин се обезбеђује континуитет функционисања сектора здравства и штити стабилност задовољења здравствених потреба према приоритетима, односно ургентности њиховог задовољења.

¹⁹⁸ Како потврда наведеног чак и у ситуацији када се потребе здравља финансирају из донација, као облика бесповратних извора, њихов неповратни карактер не значи да су средства дата без плана, а то значи без сврхе или предметне опредељености трошења, а најчешће и њене динамике. Напротив, давалац средстава (донатор) поред намене финансирања јасно прецизира и начин, услове и време трошења уступљених средстава.

Табела бр.9: Планирање финансирања здравствене организације узимавајући категорије апропријација и квота на пројектној основи

ПРОЈЕКТИ	Приходи из буџета				Донације од иностраних земаља				Донације од невладиних организација и појединца				УКУПНО
	I кв.	II кв.	III кв.	IV кв.	I кв.	II кв.	III кв.	IV кв.	I кв.	II кв.	III кв.	IV кв.	
Пројекат I													
Ниво апропријације													
411 - Плате и додаци запосленик	93.750	93.750	93.750	93.750	45.387	45.387	45.387	45.387		15.129	15.129	15.129	496.032
412 - Социјални доприноси на терет послодавца	3.475	3.475	3.475	3.475	8.613	8.613	8.613	8.613		2.871	2.871	2.871	36.868
421 - Стални трошкови	13.500	13.500	13.500	13.500	3.450	3.450	3.450	3.450					87.800
422 - Трошкови путовања					6.000	3.000	12.000	6.600					27.600
423 - Услуге по уговору							23.000	20.200	5.000	4.000	2.700	2.700	57.600
424 - Специјализоване услуге	7.000	-	7.000	-									14.000
425 - Текућа поправка и одржавања					2.800	1.800	18.100	18.100	8.000	3.000	4.700	5.000	61.900
426 - Материјал	12.000	12.000	19.550	19.550	20.100	10.200	20.000	10.000	3.000	7.000	4.000	4.900	142.300
512 - Машине и опрема	20.000	60.000	80.000	40.000	23.000	10.000	20.000	13.300	10.000	8.000	2.000	10.000	296.300
(1) = 720.000 + 380.000 + 120.000	149.725	182.725	217.275	170.275	109.350	82.450	96.550	71.650	28.000	22.000	31.400	40.600	1.200.000
Пројекат II													
Ниво апропријације													
411 - Плате и додаци запосленик	11.800	11.800	11.800	11.800									47.200
412 - Социјални доприноси на терет послодавца	8.260	8.260	8.260	8.260									33.040
421 - Стални трошкови					28.000	28.000	28.000	28.000					112.000
422 - Трошкови путовања					14.000	8.000	12.000	1.200					35.200
423 - Услуге по уговору					4.000	3.000	6.000	2.300	2.400	3.200	12.100	3.400	36.400
424 - Специјализоване услуге					4.200	4.200	8.000	8.100	18.300	18.300		2.300	63.400
425 - Текућа поправка и одржавања					4.000	4.000	2.000	1.400					11.400
426 - Материјал	4.940	4.940	4.940	4.940	30.000	48.000	33.000	48.000					178.760
512 - Машине и опрема					23.150	23.150	23.150	23.150					92.600
(2) = 100.000 + 450.000 + 60.000	25.000	25.000	25.000	25.000	107.350	118.350	112.150	112.150	20.700	21.500	12.100	5.700	610.000
Пројекат III													
Ниво апропријације													
411 - Плате и додаци запосленик													
412 - Социјални доприноси на терет послодавца													
421 - Стални трошкови	11.000	11.000	11.000	11.000									44.000
422 - Трошкови путовања													
423 - Услуге по уговору	28.000	14.000	2.000										44.000
424 - Специјализоване услуге	13.000	43.000	26.000	70.000									152.000
425 - Текућа поправка и одржавања					4.000	3.500	2.100	800					10.400
426 - Материјал					20.000	18.000	15.800	15.800					69.600
512 - Машине и опрема	52.000	68.000	36.000	81.000	24.000	21.500	17.900	16.600	46.700	43.500	44.300	44.300	320.000
(3) = 240.000 + 80.000	226.725	276.725	284.275	276.275	240.700	222.300	226.600	200.400	46.700	43.500	43.500	44.300	2.130.000
УКУПНО (1) + (2) + (3)													

В) Извештај о усаглашености новчаних токова у функцији праћења захтева ликвидности приказује евидентирање свих промена финансијских средстава текућег у односу на претходни извештајни период. У том смислу извештај даје преглед пренетог стања средстава из претходног извештајног периода (стање на жиро рачуну) кориговано за све уплате и исплате (приливе и одливе) током извештајног периода засновано на примени готовинске основе извештавања што је приказно у *Табели бр. 10*.

Табела бр.10: Дневни финансијски извештај на дан 1.3.2012. године

РБ	КОНТО	ОПИС	ОДЛИВ	ПРИЛИВ
1	121112	Стање претходног дана 29.2.2012.		9.049.069,76
2	791111	Уплате РФЗО на дан 1.3.2012. године		
3.	742151	Сопствени извори		
4.	744151	Донације		2.000.000,000
5.	745151	Остали извори		
6.	411111	Плате запослених и накнаде	4.912.062,24	
7.	413151	Трошкови превоза запослени		
8.	421211	Трошкови енергената	840.200,00	
9.	426751	Трошкови лекова		
10.	426821	Трошкови исхране болесника		
11.	426811	Трошкови средстава за чишћење	60.200,00	
12.	426791	Остали трошкови материјала	980.780,00	
		Стање на дан		4.255.827,52

Полазећи од обавезе праћења токова новца по изворима финансирања неопходно је да финансијски извештаји приказују не само усаглашеност прилива и одлива средстава укупно, већ разграничено по сваком извору финансирања. Ово из разлога што примена принципа наменског трошења захтева, или стриктно финансирање из одређеног извора, или финансирање и из других извора по утврђеном редоследу порекла финансирања.

На бази извештаја о усаглашености новчаних токова менаџмент здравствене организације стиче увид у стање готовине (оцена ликвидности), а тиме и у могућност благовременом

измиривања доспелих обавеза. При томе инсистира се на примени директног метода¹⁹⁹ приказивања токова новца који омогућава праћење структуре и висине свих прилива средстава што је посебно значајно, како због праћења приносне моћи у смислу повраћаја средстава, тако и због праћења могућности покрића трошкова по врстама извора. Увидом у стање ликвидности зависно од ситуације менаџмент анализира могућности и услове задуживања или потенцијалне ефекте од пласирања слободних средстава са циљем да обезбеди, а затим и очува усаглашеност прилива и одлива током времена (стање уравнотеженог буџета).

Г) У циљу управљања кадровима што је такође део оперативног пословног одлучивања састављају се периодични кадровски извештаји (кадровске евиденције) најчешће на годишњем, месечном и дневном нивоу. Према намени, односно садржају на који се односе могу се груписати као евиденције о резултатима, односно постигнућима, евиденције о врсти, времену и начину ангажовања запослених и сарадника, евиденције о присутности на раду, као и остале евиденције од случаја до случаја према посебним захтевима.

Евиденције о оствареним резултатима могу бити у форми извештаја, прегледа или изјава одговорних лица везано за обављање текућих пословних активности и могу се односити на индивидуалне или групне (тимске) учинке. На основу постигнутих резултата додељују се стимулације, награде, признања и бонуси при чему имајући у виду обавезност поштовања наменске опредељености средстава треба строго водити рачуна о изворима из којих се додаци исплаћују, као и о евентуалним ограничењима појединих врста давања по висини, врсти или субјекту примања. С друге стране, евиденције о врсти, времену и начину ангажовања запослених и сарадника, као евиденције о присутности на раду су уобичајне извештајне форме свих пословних ентитета. Ипак, у случају здравствених организација издвајају се специфичности које се рецимо, односе на ограничења по основу: додатног ангажовања, ангажовања по уговору ван радног односа, обављања допунског рада, могућности истовременог ангажовања у приватној и друштвеној

¹⁹⁹ Freeman R.J., Shoulders C.D., 1999., *Governmental and Nonprofit Accounting – Theory and Practice*, seventh edition, Upper Saddle River, New Jersey, p. 390;

пракси, могућности волонтирања, учешћа прековременог или теренског рада, дежурства и рада у приправности и сл.

2.3. Потребе и могућности организовања и развоја интерног финансијског извештавања за стратешко управљање

Значај стратешког управљања и последице које има на дугорочно пословање, заправо успешност пословања здравственим организацијама објашњава чињеницу што је ова тема у последње време све заступљенија у стручној јавности. Ово и из разлога што се у условима нестабилних финансијских прилика и све очигледније недовољности средстава од менаџмента непрофитних организација где спадају и здравствене очекује активно укључивање у проналажење нових извора финансирања, као и одговорније, односно савесније трошење постојећих у складу са приоритетима и економским основама пословања.

2.3.1. Стратешко пословно одлучивање

У општем смислу функција стратешког одлучивања врши се у циљу задовољења интереса власника (финансијера), а то је за здравствене ентитете оснивач, односно конкретни ниво државне власти. Интерес у овом случају посматра се кроз извршење јавне функције здравља што се пре свега односи на очување пословног континуитета и стабилности задовољења здравствених потреба у оквирима стандардних и професионално признатих вредности.²⁰⁰ За разлику од оперативног одлучивања које се бави питањем како постојеће послове (у постојећим оквирима) радити боље – економски речено ефикасније стратешко одлучивање се бави питањем шта радити или чиме се бавити што је питање ефективности пословног деловања, економски посматрано. Стратешко одлучивање везује је за доношење пословних одлука којима се организација из постојећег доводи у жељено стање, као стање потенцијалних могућности, али и интереса ентитета.

Међутим, специфично у здравству промене по основу стратешког одлучивања не могу се односити на промену делатности, промену тржишта, као ни битнију измену начина

²⁰⁰ Moseley G.B. 2008., “*Managing Health Care Business Strategy*” USA;

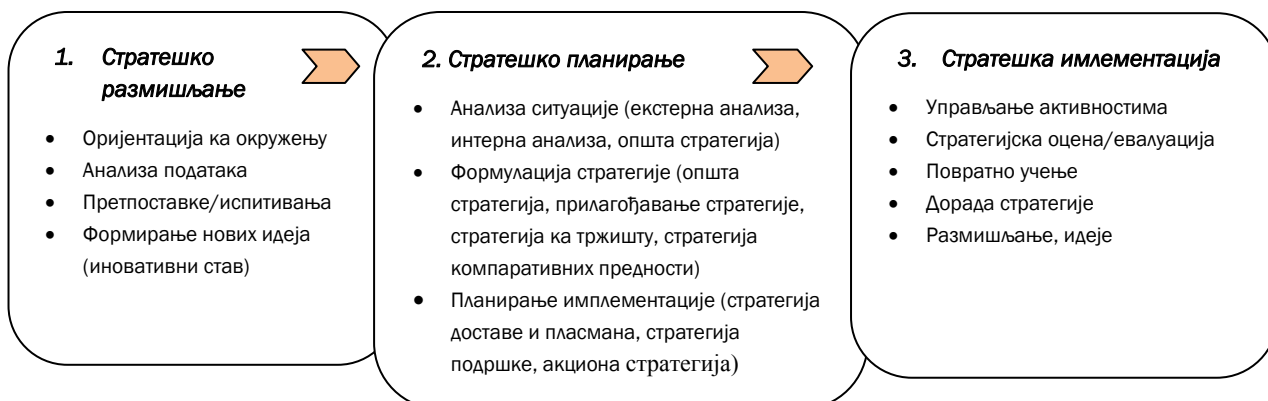
и динамике раста, промену асортимана, корисника, структуре финансирања и сл., а што је случај у привреди. Практично, предмет, начин рада, корисници и финансирање здравствених ентитета непосредно је дефинисано самим оснивањем организације, што битно сужава и ограничава могућности стратешког одлучивања у односу на привредне ентитете. Битно мање опције стратегијског одлучивања у складу су са заштитом функције јавног здравља и очувања општих интереса у овој области.²⁰¹

Ипак, динамичне промене у здравственој индустрији које су интензивирание још 80–их година прошлог века условиле су да се подручје пословног одлучивања у здравственим организацијама мења у смеру усвајања стратешког приступа управљања који прихвата промене као основ (извор) пословних унапређења. Специфично у здравству промене окружења последица су, на пример, измена нормативног оквира (пре свега у делу социјалне и здравствене политике), покретања политичких или грађанских иницијатива, измена у структури, врсти или обиму здравствених потреба, демографских промена и промена у животном стилу, развоју здравствене индустрије и технолошким иновацијама и сл.²⁰² Прихватање промена у функцији унапређења пословних процеса које се спроводи процесом стратешког управљања²⁰³ операционализује се кроз три фазе које су приказане на *Слици бр.18* на следећој страни.

²⁰¹ Значај стратегијског управљања потврђен се чињеницом да пропусти у избору „шта радити“, дакле у делу ефективности пословања не могу се надокнадити било каквим пословним побољшањима (рецимо ефикаснијим деловањем) с обзиром да се ентитет суочава са озбиљним тешкоћама које неминовно доводе до колапса и пропасти. Другим речима, уколико ентитет ради праве ствари на погрешан начин могуће је наћи начина и времена за корекције и опоравак, али ако ради погрешне ствари спас је немогућ без коренитих промена које захтевају битне пословне, организационе и кадровске заокрете, али и висок пословни ризик.

²⁰² Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M., 2006., *Strategic management of health care organizations*, Oxford UK;

²⁰³ Стратешки приступ управљања не почива на принципу „акумулираног знања“, већ на принципу „научног истраживања“ (David Bohm) што значи успостављање симултаног водича (компаса) за стална испитивања, усмеравања и акцију на бази континуираних истраживања, учења, анализе, преиспитивања и мењања.



Слика бр.18: Фазе стратешког одлучивања

Стратешко размишљање представља истраживачку фазу у којој се разматрају могуће промене и потенцијали организације (интерни капацитети), прикупљају подаци, процењује утицај окружења и сл., а све у циљу стварања објективне представе/слике о жељеној и истовремено реално достижној позицији ентитета. Пословне промене у зависности од конкретне ситуације могу се односити рецимо на: ширење корисника по обиму или врстама/групама (принцип доступности здравља), проширивање асортимана/понуде изнад утврђеног нивоа (по обиму или квалитету), задовољење посебних захтева пацијента, гашење неуспешних одељења или неефикасних програма/третмана, увећање услужних капацитета, односно унапређење њихових технолошких могућности и сл. Међутим, све стратешке промене у случају здравствених ентитета треба да буду подржане и/или одобрене од стране оснивача, односно државе, што је уједно у складу са обавезом очувања јавних интереса и заштите професије. С тим у вези свака пословна промена треба кумулативно да испуњава следеће услове:

- да је из подручја/области рада ентитета (делатности, мисије, визије);
- да није у супротности са обављањем кључних (базичних) процеса и активности;
- да је у складу са одговорним (наменским и рационалним) трошењем расположивих средстава.

Следећа фаза, односно фаза **стратешког планирања** обухвата анализу ситуације, формулисање стратегије и планирање њене имплементације. У овој фази менаџмент

здравствене организације треба да донесе низ значајних стратешких одлука као што су: избор стратешких промена и с тим у вези формулисање стратешких циљева и очекиваних ефеката, промене техничких и кадровских капацитета неопходних за инкорпорирање промена и најзад време прилагођавања, као и време до потпуног усвајања циљних измена. На бази тих одлука доноси се и усваја стратегија пословања здравствене организације као кључна управљачка одлука којом се дугорочно утврђује смер и/или правац пословне политике и конкретизују пословне намере о томе шта ће организација да ради у периоду који следи. Уважавајући специфичности здравствених организација стратегија пословања подржава ентитет да у оквирима здравствене политике и дефинисане функције/улоге у систему здравствене заштите самостално доприноси остваривању бољих пословних резултата и то на бази прихватања екстерних изазова и опасности са којима се суочава.²⁰⁴

Стратегија, такође садржи плански приказ имплементације промена што значи да садржи не само будући програм пословања, већ и прецизно дефинисану предметну, техничку, кадровску и временску димензију његове реализације. С тим у вези треба донети одлуке којим се ближе регулише: начин функционисања пословних сегмента или организационих деловања, врсте активности и мере који ће се предузимати, промене у организацији и координацији пословања, као и о промене обима финансирања и начина његовог обезбеђења и стицања.²⁰⁵

На крају, последња фаза, односно фаза стратешке имплементације обухвата не само прихватање пословних промена, већ и деловање у складу са њима. То захтева доношење пословних одлука о: процесима и процедурама спровођења промена (одлуке о акцији), извршиоцима или актерима реализације промена (одлуке о субјектима промена), предмету или месту промена (одлуке о активностима које се мењају), као и о контроли спровођења промена (одлуке о надзору усвајања и спровођења промена). Уважавајући обавезност здравственог деловања и с тим у вези неопходност одржања континуитета и доступности здравствене заштите сматра се корисним усвајање измена у складу са применом

²⁰⁴ Swayne L.E.,Duncan W.J.,Ginter P.M.,2006.,*Strategic management of health care organizations*, Oxford UK,p.10;

²⁰⁵ Swayne L.E.,Duncan W.J.,Ginter P.M.,2006., *Strategic management of health care organizations*,Oxford UK, p.7;

принципа „копирање уз промене“ (*coping with change*). То значи да се све планиране промене уводе одржањем текућих пословних активности уз постепена или фазна прилагођавања („фина подешавања“) у складу са могућим и/или подношљивим изменама као врстом надградње и/или доградње текућег пословања (пословање уз прилагођавања). Реч је о Каизен концепту унапређења који подразумева свакодневне, мале промене на свим нивоима пословања, а којима се у дужем временском периоду постижу значајна унапређења перформанси.²⁰⁶

2.3.2. Информациона основа за стратешко пословно одлучивање

Информациона основа за стратешко пословно одлучивање код здравствених ентитета као и код других правних субјеката треба да буде поуздана за избор и спровођење пословних промена у циљу увођења нових и/или иновираних активности, процеса, поступака и метода рада и с тим у вези реалокације расположивих средстава у друштвено и/или економски оправданије послове, односно ефикасније начине извршења постојећих. Захваљујући објективно састављеним и представљеним извештајима, као и коришћењем пројектованих вредности менаџмент је у могућности да донесе исправну одлуку о врсти пословне промене, начину њеног спровођења, као и о динамици усвајања и прихватања измена. У том циљу извештаји заједно са пројекцијама циљних вредности, а које нису искључиво финансијске природе треба да прате кључне или другим речима стратешке интересе у областима, подручјима и факторима значајним за остваривање и унапређење успешности здравственог ентитета.

2.3.2.1. Извештаји у функцији стратешког пословног одлучивања

Полазећи од примарног циља здравствене организације, а то је очување стабилности и континуитета здравственог деловања јасно је да питање успешности у здравству непосредно везано за следеће области: задовољење и квалитет задовољења потреба непосредних корисника (пацијената); стање на тржишту укључујући анализу конкуренције и положај ентитета; интерне могућности, односно капацитете развоја организације;

²⁰⁶ Kaplan Robert, Cooper Robin, 1997, Systems for Learning and Improvement: Kaizen Costing and Pseudo-Profit Centers (Stage III), Harvard Business School, No 1595BC, стр. 3-7.

способности и квалитет менаџмента, посебно у делу способности да препозна, разуме, прихвати и искористи промене у функцији развоја. Према подручју или пореклу информација о наведеним садржајима извештаји треба да прате информације из окружења (корисници и конкуренција), затим из ентитета непосредно (техничке и кадровске могућности развоја), као и из области управљачких и организационих способности и вештина, укључујући такође и знања из области лидерства и професионализације менаџмента.

2.3.2.2. Врсте извештаја за стратешко пословно одлучивање

Извештаји за стратешко пословно одлучивање се према садржини и намени састављања деле на: извештаје о потребама корисника, извештаје о стању, положају и циљевима конкуренције, извештаје о интерним могућностима развоја, као и извештаје о намерама и предлозима менаџмента. Иако су сви наведени извештаји обједињени у оквиру јединствене групе стратешких пословних извештаја њихова међусобна различитост захтева да се сваки појединачно детаљније представи о чему ће у наставку текста бити више речи.

- 1) Успешност здравствених ентитета посматра се пре свега у односу на степен задовољења и унапређења задовољења потреба непосредних корисника (пацијената) што подразумева стално праћење здравствених потреба и њихових промена у времену, као и праћење, односно контролу квалитета пружања постојећих услуга (са аспекта безбедности, делотворности, правовремености и правичности здравствене заштите, али и њеног ефикасног извршења).²⁰⁷ У том циљу испитују се потребе пацијената (анкете, упитници, интервјуи, изјаве и сл.) којима се стиче увид у квалитет постојеће здравствене неге и подручја могућих измена. Поред измена које се базирају на индивидуалним сугестијама, примедбама и жељама или потребама корисника извештајима се прате опште промене на „тржишту здравља“ и то пре свих демографске промене, промене у животном стилу, формираним навикама, односу према здрављу и нивоу

²⁰⁷ (March) 2011., *National Strategy for Quality Improvement in Health Care*, Department of health and Human Services USA;

здравствене културе и сл. На тај начин као разлог стратешких промена у делу промена потреба корисника може да буде рецимо, формирање нових здравствених потреба, модификација постојећих и/или њихова допуна (надградња), појава нових корисника или повећање броја постојећих или пак интензивирање здравствених потреба код одређених група корисника и сл. Такође, као посебна група извештаја издвајају се извештаји којима се прати степен, односно квалитет извршења постојећи здравствених услуга по врсти, приступу лечења, методама и поступцима који се примењују и сл., што је основ за спровођење значајних, тзв. капиталних пословних промена везаних за измене начина, обима и нивоа текућих здравствених активности. На бази информација менаџмент здравствене организације доноси стратешке одлуке које се тичу промене пословног асортимана (развој нових, побољшање или напуштање постојећих услуга), начина и квалитета задовољења досадашњих потреба, приступа и метода рада (промене третмана, поступака и техника лечења), као и задовољење потреба/захтева нових корисника или група корисника по врсти или интензитету обољења, старости, полу, територијалној припадности и сл.

- 2) Здравствена организација у циљу доношења стратешких пословних одлука треба да анализира и прати стање и активности конкуренције. За те потребе организација врши стални мониторинг деловања постојећих и потенцијалних конкурената настојећи да антиципира, односно предвиди њихове будуће потезе – посебно у делу пословања који се односи или који је у вези са активностима ентитета. У том циљу значајни су извештаји којима се прате подаци о структури и учешћу ентитета у задовољењу здравствене тражње, пословање конкурената са анализом њихових предности и недостатака, информације о карактеристикама, трајању и снази пословних савеза, односно међусобних веза и/или подршке између ентитета и сл. На основу ових информација, а уважавајући истовремено потребе тржишта, интересе конкурената, као и циљеве организације менаџмент може да се определи за неке од стратешких одлука као што су улазак у трку са конкуренцијом, спајање са другим ентитетима, диверсификација понуде, формирање савеза, напуштање (повлачење) са одређеног тржишта и сл.

- 3) Потенцијали или шансе интерног развоја здравственог ентитета на бази којих се такође доносе стратешке одлуке о променама пословних активности су унутар самог ентитета препознате или „изграђене“ могућности пословних унапређења. Простор за овај тип развоја и с тим у вези промене пословања последица су унапређења и/или могућности унапређења техничких, професионалних и кадровских капацитета организације. За те потребе састављају се извештаји о стању и могућим променама активности, процеса и поступака рада посебно ако се за њих везују проблеми неприлагођености, неефикасности, нерегуларности, као и појаве честих пропуста и грешака. У оквиру ове групе извештаја приказују се и подаци о: степену искоришћености опреме, капацитета и осталих ресурса; нивоу усклађености расположивих ресурса према потребама и међусобно; информације са образложењима о појавама уских грла, организационих, техничких, кадровских и/или временских неусаглашености. На основу тих извештаја менаџмент здравственог ентитета доноси стратешке одлуке које се тичу капиталних улагања и повећања капацитета, значајних измена квалификационе и професионалне структуре запослених, припајања, удруживања или гашења појединих пословних целина, напуштања одређених услужних активности или њихове надградње у различитим правцима и облицима и сл.
- 4) Менаџмент препознајући изазове окружења и могућности организације веома често самостално предлаже измене пословних активности и с тим у вези доноси стратешке пословне одлуке. Промене се заснивају на знањима, вештинама и искуству управе да препозна изворе промена, ефикасно их имплементира и максимизира користи, односно бенефите по основу њиховог спровођења. Овај вид промена резултат је анализа, прегледа и прорачуна на основу извештаја које захтева менаџмент организације дефинишући по потреби њихов садржај, структуру и динамику састављања. По правилу ради се о веома прилагођеним прегледима који се или периодично понављају или се мењају од случаја до случаја. Без обзира на врсту извештаја њихова главна карактеристика (као и стратешких промена које се на бази њих доносе) је да су производ способности, интуитивности, креативности и вештина менаџмента. На крају, као посебна група

извештаја која се условно могу сврстати у ову групу су и извештаји о примени нормативног оквира пословања организације. У вези спровођења, односно доследности спровођења нормативног оквира менаџмент саставља различите извештаје, прегледе, анализе и приказе који могу указати на потребу и/или неопходност стратешких промена у делу промене пословне оријентације, врсте и/или обима деловања, динамике рада и сл. или пак обавезности додатних улагања, односно пословне реорганизације и координације постојећих активности и ресурса.

*Квалитетна здравствена заштита је потпуно
задовољење потреба оних којима су здравствене
услуге највише потребне, по најнижем трошку за
организацију, а унутар ограничења и смерница које
постављају здравствене власти и финансијери.
(Овертвеит Ј)²⁰⁸*

УПРАВЉАЧКО–РАЧУНОВОДСТВЕНЕ МЕТОДЕ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ И УНАПРЕЂЕЊА ПОСЛОВНИХ СТРАТЕГИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА

1. Формулисање пословних стратегија здравствених организација

Стратегија као дугорочна планска одлука организације којом исказује став према окружењу и својим будућим пословним програмима омогућава рационално, што се у случају здравствених организација тумачи као одговорно и/или оправдано реаговање на промене окружења у циљу пре свега опстанка, али и напретка ентитета.²⁰⁹ Опстанак и напредак пословних ентитета условљен је пре свега извршењем обавезе стабилног и

²⁰⁸ Ovretveit J., 1995., Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Oxford;

²⁰⁹ Olsen M.D., West J.J., Yick Tse E.C., 2008., *Strategic Management in the Hospitality Industry*, John Wiley and son INC, Canada, p. 3-8

професионалног функционисања организације у делу здравствене заштите којом се организација бави и ради које је основана што између осталог, захтева плански, а то значи осмишљен начин реаговања на програмске и технолошке промене, као и промене у здравственим (тржишним) потребама, али и у нормативном регулисању.²¹⁰ Формулисањем пословне стратегије менаџмент здравствене организације обелодањује вишегодишње развојне смернице којима настоји да успостави:

- планску синхронизацију и координацију пословних (програмских) активности (предметна и временска усаглашеност рада);
- прилагођеност кадровских, техничких и финансијских капацитета (у складу са променама и међусобно);
- релевантне мере перформанси на начин да се партиципативно уваже интереси интерних и екстерних актера (индикатори успеха) што је основ за стабилну пословну кохезију и ефикасну реализацију циљних вредности.²¹¹

Формулисањем стратегије (на нивоу организације и појединачних функција – општа и парцијалне стратегије) омогућена је примена пројектног принципа пословања, а тиме шире посматрано и буџетског начина функционисања. Такође формулисањем пословне стратегије здравствене организације користи се интегрисани приступ планирања који обухвата консолидацију свих програмских активности, усаглашавање вишегодишњег плана са акционим плановима (као начином имплементације стратегије), као и повезаност и/или условљеност појединачних планова са њиховом финансијском изводљивошћу и наменском опредељеношћу.

1.1. Оквир за израду пословне стратегије здравствене организације

Екстерно детерминисање стратешког оквира у случају здравствених организација значи да је самим оснивањем ентитета дефинисана делатност, а тиме и мисија, визија и

²¹⁰ Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M., 2006., *Strategic management of health care organizations*, Oxford UK;

²¹¹ Preker A.S., McKee M., Mitchell A., Wilbulpolprasert S., *Strategic Management of Clinical Services*, iles.org /pdf/DCP/DCP73.pdf;

стратешки циљеви његовог пословања. Овакво дефинисање подручја пословања које укључује и дефинисање начина његовог извршења последица је значаја здравственог деловања и значаја очувања његовог континитета имајући у виду општи, односно јавни интерес. Екстерна дефинисаност пословања здравствених организација тиче се различитих области регулисања, а која превазилазе област, предмет и начин пословног функционисања с обзиром на то да се односи и на заштиту права пацијената, квалитет и стручност рада, финансијске капацитете, расположиве ресурсе и сл. С тим у вези, екстерна дефинисаност у делу стандарда квалитета пословања здравствене организације подразумева и независно установљене захтеве, принципе, циљеве и нормативе рада који из угла здравствене организације представљају референтне (циљне) вредности, у односу на које се прати и мери интензитет остварења пословне улоге здравствене организације у друштвеној заједници којој припада, али и успешност пословног субјекта непосредно. Установљени захтеви успешности и заштита њиховог спровођења у наведеним областима у функцију су успостављања и унапређења квалитета рада који се односе, како на клиничке, тако и на неклиничке поступке здравствене заштите. У том смислу, не само екстерно дефинисано подручје, односно област рада здравственог ентитета, већ такође и екстерно утврђени принципи, приступи, циљеви, програми, али и индикатори успеха – у делу извршења функције јавног здравља из надлежности организације опредељују стратешки оквир, дакле пословну оријентацију здравствене организације, као самосталног пословног ентитета. Томе треба додати и одређене и екстерно дефинисане капацитете рада, у делу техничке опремљености, кадрова и финансијских средстава, а што подразумева контролу минимума исуњености циљних захтева и праћење обезбеђења стандарда квалитета и нивоа деловања.

Општи оквир за стратешко управљање дефинише оснивач, односно финансијер, а што је у случају здравствених организација најчешће држава. Дефинисање општег оквира оперативно се спроводи применом различитих механизма регулисања где поред законских оквира спадају и сви видови професионалних инструмената и смерница, као и иницијативе заинтересованих или укључених субјеката, пре свих корисника, укупне јавности и невладиног сектора. Без обзира на начин и порекло регулисања општи оквир за стратешко управљање уређује се путем следећих елемента или сегмента и то кроз:

- дефинисање пословног подручја ентитета (област, функција и ниво здравствене заштите коју ентитет обавља);
- утврђивање циљева и стандарда пословања;
- усвајање норматива извршења циљних вредности;
- заштиту принципа струке и интереса пацијената;
- дефинисање минимума кадровских, просторних и техничких норматива;
- давање сагласности на интерна акта (статут, систематизацију и др.);
- утврђивања финансијског оквира за обављање делатности (висине и намене уступљених јавних средстава);
- предвиђање минимума обима и квалитета рада и професионализације;
- дефинисање неопходне образовне и стручне структуре запослених и њихове перманентне едукације, укључујући и повремену верификацију оспособљености;
- усвајање минималног нивоа контроле (надзора) у функцији унапређења квалитета.

На основу стратешког оквира здравствена организација, као пословни ентитет формулише своју стратегију водећи рачуна да уважи све елементе или сегменте од којих се стратешки оквир састоји, а који су обједињено дати на *Слици бр.19*, на следећој страни.



Слика бр.19: Елементи стратешког оквира за обављање
функције јавног здравља²¹²

Стратешки оквир пословања здравствене организације на Слици бр.19 представља скуп елемената сачињених од принципа, приступа, циљева, програма, односно активности, као и индикатора успеха који обједињено и синхронизовано одређују пословну оријентацију пословног субјекта у периоду који следи. Наиме, у оквиру стратешког оквира, односно у оквиру појединих елемената стратешког оквира здравствена организација уређује своје пословање на начин да дефинише програме и активности које спроводи, циљеве, приступе и принципе функционисања, као и индикаторе и нормативе рада. На тај начин здравствена организација као пословни ентитет формира не само амбијент у коме послује већ и поставља стандарде квалитета рада и нормативе за праћење циљних извршења. При томе сви елементи стратешког оквира подржани су како од стране струке, тако и од стране државе и непосредних корисника, а што се спроводи путем праћења: законитости и регуларности рада, континуитета и обима ангажовања, заштите права и сигурности пацијената, поштовања установљених процедура и поступака (укључујући и медицинску документацију), функционисања интерних

²¹² Модификовано према извору: Global Strategy of prevention and control in infectious disease 2004. www.who.in

контрола и провера, као и заштите професионалне етике и хуманости. У оквирима одређених вредности менаџмент се залаже за побољшање безбедности пацијената, постиче и мотивише запослене, контролише све врсте пословних ризика, обезбеђује јавност пословања, унапређује систем извештавања и информисања и сл.

На основу стратешки дефинисаних захтева, а непосредно применом успостављених критеријума вредновања држава прати и оцењује степен реализације циљних вредности. У свакој делатности, а што је посебно битно за здравство, мерење успешности реализације циљних вредности нема никаквог смисла без стратешког планирања (као циља, односно стандарда коме се тежи), а исто тако стратешко планирање без мерења ефикасности значило би дефинисање циљева без успостављених механизма, или аршина за њихово достизање и оцену остварења. На тај начин стратешки оквир представља основ или оквир планирања здравственог деловања, те је као такав уједно и основ или оквир за праћење степена и ефикасности реализације постављених циљева.

Из угла здравствене организације стратешки оквир представља не само пословну оријентацију на бази које менаџмент формулише стратегију ентитета, већ такође и оквир или основ мерења и процене пословних остварења. На бази стратешког оквира и одређених техничких, кадровских и финансијских могућности у дефинисаном пословном окружењу менаџмент здравствене организације даље спроводи функцију стратешког и оперативног управљања и то на начин да истакне значај не само извршења, већ и унапређења извршења екстерно дефинисаних циљних вредности. Обавезност и/или одговорност менаџмента здравствене организације захтева да пословна стратегија на нивоу ентитета примарно подржи ефикасно извршење поверене функције јавног здравља и то у односу на стабилност и квалитет рада, али и одговорно трошење уступљених средстава (наменска одређеност и рационалност трошења), а затим и да допринесе свим видовима пословних унапређења уважавајући општи, стратешки оквир, као ограничење или правац деловања. Уважавање стратешког оквира, као оквира не само пословних могућности већ и пословне неминовности (дефинисаности) чини процес израде пословних стратегија здравствених ентитета битно другачијим у односу на профитне субјекте код којих су могућности промена, у смислу пословних преусмеравања или промене пословне оријентације далеко слободније и веће.

1.2. Процес формулисања пословних стратегија здравствених организација

Процес формулисања пословне стратегије здравствене организације је најважнија и најосетљивија фаза процеса стратешког управљања. Наиме, полазећи од мисије, визије и система вредности здравствене организације као пословног ентитета менаџмент треба да сачини реално спроводљив стратешки план – стратегију чија ефикасна реализација значи успешно извршење усвојених стратешких циљева. У том смислу примарна сврха стратегије као одлуке о планској имплементацији стратешких циљева је усвајање најприхватљивијег начина (метода, приступа, поступака и динамике) здравственог деловања ради остварења циљних вредности, при чему је нагласак на ефикасности извршења. Наиме, стратегијом као једном од кључних одлука менаџмента се плански утврђује садржај и динамика извршења програмских активности из области здравља укључујући истовремено и избор процеса, метода и активности лечења које ће обезбедити ефикасност функционисања. Процеси, методи и активности као поделементи здравствених програма које организација реализује треба да су прилагођени врсти посла на које се односе, као и да су јасно, а уколико је могуће и квантитативно дефинисани и временски одређени ради прецизнијег праћења и контроле извршења.

Процес формулисања пословне стратегије здравствене организације обухвата поступак у којем менаџмент треба да (1) генерише могуће/потенцијалне стратегије (уважавајући промене окружења и интерне могућности), (2) формулише критеријуме и ограничења избора (3) изврши анализу прихватљивости, односно оправданости и спроводљивости и на крају (4) изабере најприхватљивију²¹³. Изабрана пословна стратегија детерминисана је пре свега стратешким оквиром здравствене организације, потом приликама и ризицима окружења, као и интерним способностима и слабостима организације. У том смислу промене које се на основу пословне стратегије спроводе треба дугорочно да доведу до унапређења пословних активности и увећања резултата пословања, али на начин да се истовремено одржи и/или очува постојећи континуитет деловања, у складу са примарном сврхом због које организација постоји и због које је основана.

²¹³ Swayne L.E,W. Duncan J., Ginter P.M., 2008. Strategic Management of Health Care Organizations, USA;

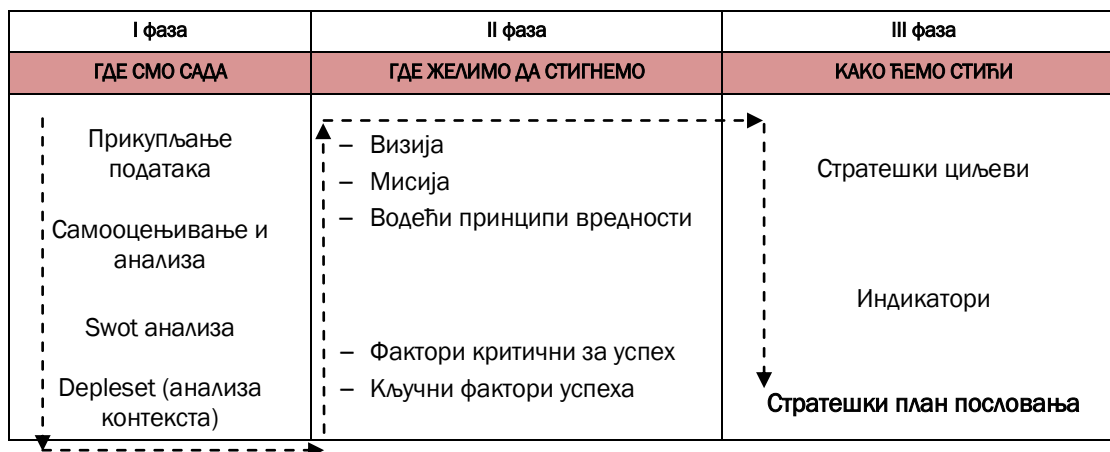
Разматрање стратешких опција захтева да менаџмент сагледа степен прихватљивости стратегије, у смислу да анализира да ли прихваћена стратегија задовољава критеријуме који се односе на прихватљив или подношљив ниво ризика (у делу стабилности или врсте пословања) и очување конзистентности промена са општом пословном политиком (улогом, функцијом и надлежношћу ентитета), као и временским хоризонтом спровођења (почетак, динамика и трајање измена). Циљна стратегија треба да искористи све снаге ентитета и могућности окружења проистеклих променама, а такође да ублажи њихове слабости и претње.²¹⁴ У том смислу израда стратегије пословања према хронологији настанка и садржинској сродности поступака и активности које се предузимају спроводи се у фазама, а које се састоје од

- а) *анализе садашњег стања* (прикупљање и обрада података, оцењивање;²¹⁵
- б) *дефинисања циљних вредности и циљне позиције* (уважавајући критичне факторе успеха и факторе који су витални/кључни за реализацију успеха);
- в) *припреме плана активности*.

Фазе у процесу израде пословне стратегије, као кораци у поступку њеног формулисања графички су представљени на *Слици бр.20* на следећој страни.

²¹⁴ Morrison M., 2011, *SWOT Analysis for Nurses and Health care environments*, <http://rapidbi.com/swot-analysis-in-nursing-health-care/>

²¹⁵ Свака земља и здравствени системи у оквиру демографских, економских, политичких, нормативних, епидемијолошких, еколошких и технолошких околности примењује историјску путању (кретање) система и елемената система који директно и/или индиректно утичу на здравствени систем на основу којих се спроводе тзв. *depleset* дефинисања (подешавања). Реч је о анализи околности и/или контекста на основу које се долази до одговора на питања као што су: који фактори животне средине утичу на здравље, кроз које друштвене системе се делује на факторе значајне за здравље (како и колико), каква је интеракција здравственог система са осталима и сл.



Слика бр.20: Фазе (процес) израде стратегијског плана пословања, прилагођено према извору: 2010/11, *European Regions of the future, Methodology Strategy Development*;

а) Анализа садашњег стања (I фаза)

Опис и/или оцена садашњег стања почиње прикупљањем података који с обзиром на то да избор исправне пословне одлуке почива на претходно добро прикупљеним подацима треба да задовоље захтеве релевантности (утицајности), упоредивости (уљкучујући и конзистентност) и поузданости (проверљивост, неутралност и верно представљање).²¹⁶ То значи да оцена садашњег стања треба да се заснива на објективној бази података (информација) која се у циљу садржинске веродостојности формира очувањем материјалне и инструменталне једнообразности прикупљања и обраде предмета обраде.²¹⁷ Праћењем унутрашњих и спољних фактора који екстерно и/или интерно делују на пословање здравствене организације²¹⁸ применом SWOT анализе разматрају се снаге и слабости ентитета, односно могућности и претње окружења чиме се стиче представа о стању (способностима и капацитетима ентитета) и

²¹⁶ Стевановић Н., (септембар–октобар) 2011., *Финансијско–извештајна одговорност у контексту ЕУ, међународног и новог домаћег регулаторног оквира*, Економика предузећа:227–242, Савез економиста Србије, Београд.

²¹⁷ Поузданост података/индикатора проверава се поновним мерењем и/или проценом када у сличним условима треба добити исте или материјално исте резултате процене чиме се потврђује стабилност и релевантност информационих садржаја на које се подаци/индикатори односе.

²¹⁸ Формулисање стратегије започиње добром стратешком анализом екстерних и интерних фактора. Она се развија и мења током времена јер динамика и непредвидивост конкуренције, затим потребе и очекивања купаца, флукуације у трошковима и други догађаји доводе до застаревања стратегије. Формулисање стратегије је нешто што стално тече и никада се не завршава. Према извору: Новићевић Б., Ђорђевић М., Хаџи Ђорђевић И., 2010., *Повезивање стратешког и оперативног менаџмента*, Рачуноводство, вол 54, бр. 7–8 страна 37-42.

условима (приликама и ризицима окружења) у којем се ентитет налази и у којима послује, а што је представљено у *Табели бр.11*.

Табела бр.11: Примена SWOT анализе на нивоу здравствене организације²¹⁹

SWOT АНАЛИЗА	Помаже	Спречава
Организација	<p>Снаге</p> <ul style="list-style-type: none"> – Располовиви капацитети (простор, опрема, кадар) – Добри међуљудски односи – Професионална управа – Обучен и стручан кадар – Међународна сарадња и искуство – Подршка локалне заједнице – Висока национална рангираност у оцењивању квалитета 	<p>Слабости</p> <ul style="list-style-type: none"> – Лоша организација – Мањак помоћног особља – Лоша мотивисаност запослених – Недостатак финансијских средстава – Недовољна међусекторска сарадња
Окружење	<p>Могућности</p> <ul style="list-style-type: none"> – Могућа тржишна проширења – Јачање економске моћи корисника – Законска регулатива, – Субвенције државе – Унапређење технолошких могућности – Сарадња са привредом 	<p>Претње</p> <ul style="list-style-type: none"> – Јачање конкуренције – Несигурност потреба, по интензитету или обиму – Појава суплемената – Брз развој приватне праксе – Економско стање привреде и становништва – Низак ниво здравствене културе

Осим фактора који непосредно дефинишу постојеће стање треба уважити и факторе тзв. *индиректног утицаја* где спадају на пример, демографски, економски, политички, социјално–културолошки, етички и технички фактори, као и фактори еколошких и епидемиолошких утицаја. Како би се објективно сагледао и уважио карактер и степен утицаја ових фактора путем „depleset“ приказа (приказа околности или контекста) разматра се врста и интензитет њиховог испољавање, као и временско деловање сваког фактора, појединачно. Свакако да се за потребе оцене постојећег стања уважавају само фактори у категорији „виших и средњих“ – по степену утицају, односно „дугорочни и периодични“ – по времену њиховог утицаја у складу са принципом материјалности/значаја.²²⁰

²¹⁹ 2012., SWOT Analysis in the Community Health Center Setting, Stony Brook Medicine, Stony Brook University Sites;

²²⁰ Материјалност/значај информације, у смислу утицаја на доношење конкретне пословне одлуке посматра се са аспекта њене величине и/или природе. Према извору: др Ката Шкарић, „Концептуални оквир Међународних рачуноводствених стандарда“, стр. 23, *Примена МРС*, књига II, Савез рачуновођа и ревизора Србије, Београд 2002;

б) Дефинисање циљних вредности и циљне позиције (II фаза)

Пошто се утврди и сагледа постојеће стање и положај здравствене организације као одговора на питање *како је сада*, у следећој фази којом се дефинише циљна позиција ентитета у будућности треба обезбедити одговор на питање *где желимо да стигнемо?* или *како може* или боље рећи *како би требало да буде?* Одговор на ова питања захтева формулисање мисије, визије и система вредности (описа жељене слике стања), а затим критичних фактора успеха и фактора кључних за успех као основа којим се дефинише њихова успешна реализација. Ради се о елементима општег система вредности којег здравствена организација прихвата и за које се залаже, како на индивидуалном, тако и нивоу колектива, дакле ентитета у целини.

Мисија је исказ којим се описује сврха постојања здравствене организације. То је кратак опис/приказ онога шта организација ради и чиме се бави.

У случају здравствених организација мисија се заснива на извршењу обавезе задовољења општих интереса јавне функције здравља из подручја (области) којим се ентитет бави и ради којег је основан. У том смислу мисија или основ за њено дефинисање утврђује оснивач – актом о оснивању у складу са стратешким оквиром (пословном оријентацијом) организације као елемента и факторима система здравствене заштите. На пример, дом здравља.... као установа примарне здравствене заштите пружа све услуге нормиране на примарном нивоу за грађане на територији града/општине..... Услуге здравствене заштите које обезбеђује дом здравља у складу су са савременим научним достигнућима заснованим на медицинским доказима из праксе, прилагођено сопственим могућностима и у условима друштвено – економског контекста и општег јавног интереса, уважавајући опште професионалне и друштвене оквире из ове области.

Визија је виђење, тачније жељено виђење организације у периоду који следи. Обухвата правце и циљеве развоја, као и вредности којима се менаџмент руководи током реализације циљних вредности. Визија треба да покреће и даје смисао и мотив за предузимање иницијативе, залагање и акцију.

Визија здравствене организације представља систем инструмената, техника и поступака који су у функцији реализације пословних циљева. Визијом се конкретизују поступци, приступи, начини и могућности реализације дефинисаних вредности. На пример, дом здравља ће задржати и унапредити водећу улогу, како међу установама примарне здравствене заштите, тако и у укупном систему здравствене заштите Републике Србије, а што треба да се постигне квалитетом рада, професионализацијом услуга, индивидуалним залагањем и применом савремене медицинске опреме. Циљ је да се 90% здравствених потреба задовољи на примарном нивоу, а само 10% корисника упућује на виши ниво здравствене заштите. Значајно ће се померати фокус на индивидуализацију потреба корисника, као и са куративе на превентиву.

Водећи принципи вредности су општи принципи које је здравствена организација усвојила и за које се залаже везано за етику, веровања и обрасце понашања у односу на запослене, кориснике, добављаче и друштво; Ради се о вредносним ставовима који су уграђени у општу културу пословања и којих се придржава, односно које подржава сваки запослени; Представљају општа гледишта и интерес колектива. На пример:

- Интегритет и непристрасност (поштовати стандарде и норме, држати се закона и праведности, користити објективне доказе, уважавати принцип буџета и буџетског начина финансирања, заступати интересе струке, поштовати кодекс професије и принципе хуманости и сл.)
- Јавни интерес (уважавати захтеве корисника, поштовати стратешке оквире и интересе друштва, уважавати принцип примарне непрофитабилности, залагати се за доступност, свеобухватност и једнакост права на здравствену заштиту и сл.)
- Залагање за превентивне активности (промоција здравих стилова живота, праћење и контрола фактора ризика, увођење организованих и групних прегледа, праћење обезбеђења и спровођења заштите на раду, фаворизовање одговорног односа према здрављу, формирање здравих навика, маркетиншке активности и сл.)
- Квалитет здравствене заштите и безбедност пацијента (прихватање захтева и сугестија пацијента, задовољење специфичних потреба, примена индивидуалних

приступа лечења, праћење задовољства и благостања корисника током процеса лечења, индивидуална залагања запослених и сл.)

- Континуирано учење и усавршавање (развијати знања и вештине, учити на грешкама и успесима, мерити своја постигнућа са најбољим, залагати се за континуирану едукацију и усавршавање, успостављати сарадњу са научним и професионалним институцијама и сл.)
- Професионализација (бити стручан и објективан, преиспитивати ефекте свог рада, тежити бољем, разумевати последице својих одлука, бити одговоран и савестан и сл.)

Водећи принципи вредности здравствене организације одређени су друштвеном улогом и значајем њеног пословања за друштво, односно друштвену заједницу којој припада. Уважавајући јавни значај функционисања здравствене организације у окружењу којем припада водећи принципи вредности заснивају на доминацији принципа хуманости, правичности, доступности, једнакости и сл., а све у складу са обавезношћу здравственог деловања и непрофитном пословном оријентацијом, као примарном или доминантном.

Под **факторима критичним за успех** сматрају се фактори чији утицај значајно одређује успешност пословних активности, а што посебно долази до изражаја уколико је њихово стање или кретање неповољно (на пример, негативан тренд, неусклађеност, оскудност, несташице и сл.). Уважавајући природу здравственог деловања веома је важно да стратешки план јасно предвиди промене критичних фактора, у циљу контроле и заштите од могућих неповољних ситуација, али и дефинише алтернативе за њихово превазилажење уколико се десе.²²¹ У Србији као критични фактори, поред недостатка финансијски средстава јављају се и пропусти, мањкавости и заостала нормативна регулатива, као и неприхватање и отпор променама. То често доводи до раскорака не само између здравствене тражње и понуде, већ између тражње и спремности да се

²²¹ Контрола критичних фактора (или евалуација фактора сигурности) захтева да све промене у технологији, средствима, приступу и/или начину лечења почивају на претходно спроведним тзв. контролисаним медицинским истраживањима (клиничким огледима) као обавезном праксом у циљу праћења ефикасности здравствених мера које ће се предузети.

понуда уопште мења у циљу прилагођава захтевима и променама „тржишта“. На пример:

- Финансијски фактори (стабилност, обим и обезбеђење додатних средстава, као и средстава из других извора, могућност измена услова уговарања и сл.);
- Задовољство пацијената (степен благостања и сигурности пацијената, стечено поверење, оцена јавности, степен лојалности и сл.);
- Квалитет здравствене неге (степен успешних интервенција, ниво стандардизације услуга, учешће грешака и пропуста, накнадне компликације, поновљени третмани и сл.);
- Компетентност (ниво стручности, квалификациона структура запослених, мотивација и жеља за усавршавањем и напредовањем, лично залагање, жеља за успехом и сл.);

Уважавајући јавни значај извршења функције здравља, као и последице изостанка здравствене заштите и/или њеног неадекватног спровођења најзначајни критични фактор је престанак здравственог деловања. Онемогућавање спровођења здравствене заштите може бити условљено изостанком адекватне понуде, ускраћивањем права на здравствену заштиту или формирањем различитих облика баријера којима се ускраћује могућност на „здравље“ (механичке, финансијске, територијалне и друге баријере).

Кључни фактори успеха су фактори који су најделотворнији у реализацији циљних вредности (основ/кључ успеха). Ради се о факторима чији је степен утицаја пресудан, често и условног карактера на остваривање пословне успешности уопште. На пример:

- Индивидуализација понуде, односно диверзификација пословних садржаја у складу са захтевима/потребама потрошача (пацијената);
- Интензивирање тржишних активности до процентуалног износа од%;
- Одржање квалификационе структуре запослених и/или очување нивоа њихових примања изнад примања у сличним организацијама;
- Примена савремених технолошких и професионалних решења.

Зависно од стања ентитета и услова средине као кључни фактор успеха могу да се издвоје на пример: ниво стручности, спремност суочавања са променама, увођење или интензивирање тржишних активности, флексибилнији систем финансирања, мотивација запослених, примена информационе технологије, способност менаџмента и сл. Ослањањем на кључне факторе успеха, као вид предности или одговора на изазове и проблеме пословања одржава се успешност на жељеном (прихватљивом) нивоу. У савременим условима у здравствени сектор све се више уплићу карактеристике тржишности и конкурентности што менаџмент приморава да као кључне факторе успеха поред уобичајнијих користи и рецимо: прилагодљивост или флексибилност, високу диверзификацију услужних програма (индивидуализација понуде), удруживање и повезивање истих или сличних организација и сл.

в) Припрема плана активности (III фаза)

Последњи одговор неопходан за формулисање стратешког плана пословања здравствене организације је одговор на питање *како тамо стићи?* Начин извршења мисије, визије и система вредности подразумева непосредну конкретизацију процеса и поступака који се односе на усвајање и примену пословних промена. У том смислу неопходно је дефинисати стратешке циљеве и програмске садржаје чија ефикасна реализација/извршење ентитет приближава жељеном стању и позицији у којој жели да се нађе. Избор стратешких циљева, као и приоритети и начин њиховог извршења треба да су у складу са екстерно дефинисаним општим оквиром јавног интереса (области, подручја и надлежности) због којег је организација основана, истовремено уважавајући смернице и правце развоја нивоа здравствене заштите коме ентитет припада (примарни, секундарни и терцијарни ниво). По правилу, оснивач путем општег оквира (скупом нормативних и инструктивних регулисања/докумената) даје правце и водеће принципе који су из угла менаџмента оријентир за промене које предузима и за које се залаже, а које треба да су повезане са важећом пословном политиком и стратешким опредељењима организације као пословног ентитета.

У том смислу читав систем мера резултата и активности које изазивају те резултате (финансијског и нефинансијског карактера, мера перформанси ентитета као целине или

појединих организационих делова, као и ефеката краткорочног или дугорочног карактера) треба да проистичу, односно да су у функцији реализације стратегије пословања.²²² Дакле, поред планског приказа стратешких циљева и прегледа програма и активности унутар сваког од њих (где сваки програм/активност садржи детаљан опис начина спровођења као део пројектне документације) неопходно је такође, по програмској припадности дефинисати: индикаторе успеха, носиоце активности (одговорна лица), приоритет/значај извршења, предвиђено време реализације, материјалне и финансијске ресурсе, као и у процес реализације повезане и укључене субјекте. Сви ови фактори треба да су повезани и међусобно усклађени, односно усаглашени не само на релацији: стратегија предузеће – *перформансе успеха здравствене организације* већ и унутар појединих, ужих пословних целина као подемената система, што је приказно у *Табели бр.12*, на следећој страни.

²²² Новићевић Б, Стевановић Т., 2006., *Функционисање система мера перформанси услужних предузећа*, Рачуноводство, вол. 50, бр. 11-12, стр. 48;

Р. бр.	Стратешки циљ	Програми/активности	Индикатори учинка	Остали параметри који се дефинишу на програмској основи
1.	Унапређење квалитета рада	<ul style="list-style-type: none"> Програми за унапређење квалитета здравствених услуга Програми унапређења људских ресурса Програми комерцијалних услуга Активности на програму капитализације 	<ul style="list-style-type: none"> % пацијената упућених у установу вишег нивоа здравствене заштите % подударности почетне и завршне дијагнозе Степен покривености рада информационалним системом Континуирана едукација запослених Рационализација кадра Ниво учешћа сопствених прихода Процент извршења планова Развијање и увођење ванстандардних услуга 	<p>Приоритет извршења</p> <p>Носилац послова</p> <p>Период/време реализације/извршења</p> <p>Материјални ресурси</p> <p>Финансијски ресурси</p> <p>Укључени и повезани субјекти</p>
2.	Изградња нових квалитета и савијања посвећених	<ul style="list-style-type: none"> Изградња нове амбуланте Санација крова Дотрајња објекта за потребе смештања медицинских материјала 	<ul style="list-style-type: none"> Санација и адаптација здрав. станица које нису реновиране Изградња нове амбуланте Оцена стања крова Капацитети смештања 	Период/време реализације/извршења
3.	Закључења превентивне програме	<ul style="list-style-type: none"> Повећање броја превентивних прегледа Контрола фактора ризика Кредирање и имплементација превентивних програма за децу Програми имунизације Сарадња са привредом 	<ul style="list-style-type: none"> Број превентивних прегледа Процент укљученог становништва у превентивне активности Обезбеђење финансијских средстава за сузбијање фактора ризика % деце у систему обавезне имунизације Број привредни субјеката који имају организоване систематске прегледе 	Материјални ресурси
4.	Унапређење задовољства корисника	<ul style="list-style-type: none"> Индивидуални програми лечења Едукација запослених Развој метода за праћење задовољства корисника Праћење захтева тржишта 	<ul style="list-style-type: none"> Анкетирање пацијената Учешће индивидуалних програма у понуди Увођење нових услуга Промена постојећег програма Ниво љубавности и залагања особља оцена јавности степен лојалности и поверења 	Финансијски ресурси
5.	Већа мотивисаност запослених	<ul style="list-style-type: none"> Примена метода награђивања Побољшање услова рада Побољшање хоризонталне и вертикалне комуникације Едукација и стручно оспособљавање 	<ul style="list-style-type: none"> Стабилност прихода Ниво прихода у односу на конкуренцију Броје награда и стимулација Број и ниво организованости или омогућених стручних едукација 	Укључени и повезани субјекти

Табела бр. 12 : Преглед стратешких циљева здравствене организације са програмима, активностима и индикаторима њихове реализације (учинка)

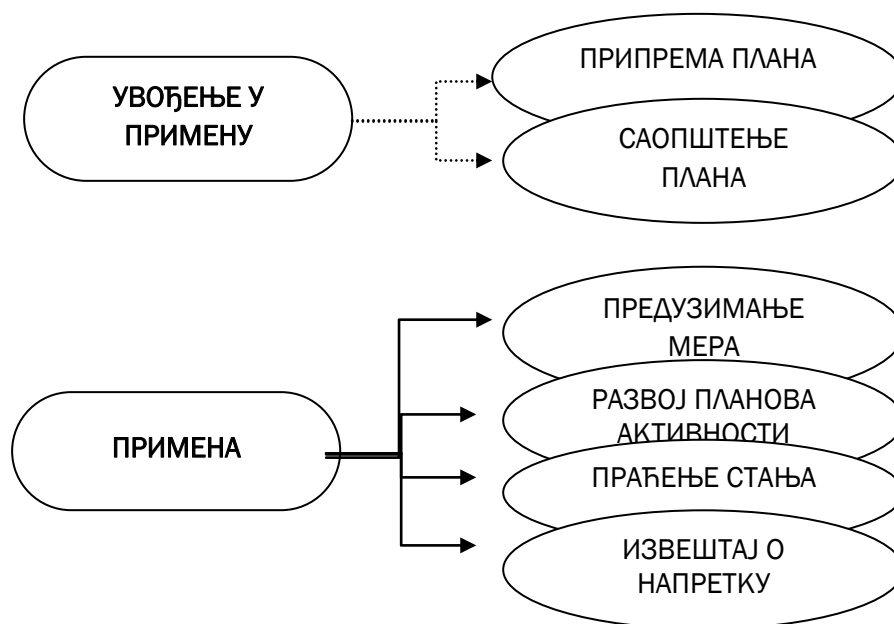
Даље „развијање“ програмских садржаја по конкретним (субпрограмским) пословним активностима у функцији је извршења одређених, односно оперативних пословних циљева и/или задатака. Спровођење конкретизованих процеса и процедура рада захтева детаљно планирање поступака, метода, техника, субјеката и времена извршења који су у вези или се односе на дефинисање начина лечења и збрињавања пацијената. Узмимо, на пример, програм „Индивидуални приступи лечења“ који је у функцији реализације стратешког циља „Унапређење задовољства корисника“ његово спровођење се остварује кроз следеће (суб)програмске садржаје:

- Индивидуални – стандардни програми лечења (индивидуални програми (општи));
- Посебни индивидуални програми (садржински прилагођени програми (посебни));
- Програми кућне неге;
- Програми „високог“ стандарда.

Сваки од наведених подемената главног програма могуће је даље диференцирати према одређеним карактеристикама или карактеристикама корисника на које субпрограмски садржаји односе што захтева даљу поделу према некој од основа диференцијације (на пример, према врсти третмана; методи лечења; интензитету, сложености и обухвату поступака; типу, полу и старости пацијента; стадијуму обољења; присуству других или повезаних болести и сл.). Свака од ових тзв. простих или недељивих „ћелија“ пословања треба плански дефинисати у делу прецизирања задатака, актера/извршиоца (тим или појединац), организације и координације рада, одговарајућих индикатора успеха (референтних вредности), као и финансијских оквира за њихово извршење (са структуром извора и наменском опредељеношћу средстава), у складу са захтевима стабилности и ликвидности система финансирања. У том смислу даља конкретизација пословне стратегије подразумева израду акционог плана, а на основу тога и процес припреме и израде буџета на пројектној основи.

2. Имплементација пословних стратегија у здравственим организацијама

Полазећи од здравља као функције од јавног интереса обавеза имплементације стратешког плана здравствених ентитета тиче се директно или индиректно свих субјеката и институција које чине интегрисани систем здравствене заштите. Спровођење пословних стратегија у здравственим организацијама спроводи се на два упоредна и међусобно подржавајућа колосека, а који се односе на методе, односно начине имплементације циљних стратегија, као и начине њиховог унапређења. Док се методе имплементације пре свега баве питањем спровођења пословних стратегија са акцентом на ефикасност и/или делотворност њиховог извршења, методе унапређења пословних стратегија баве се питањем надградње постојећих стратегијских решења с циљем унапређења оних аспеката или делова пословања који су најутицајнији и најделотворније на успешност пословања субјекта у здравству. Процес имплементације стратешког плана пословања односи се на процес креирања, увођења и контроле спровођења промена у постојеће програме и/или начине рада. У том смислу неопходно је сачинити детаљан план примене – увођење у примену што подразумева припрему плана, његово саопштавање (уознавање релевантних субјеката о садржају плана, циљевима, задацима и очекиваним ефектима), а затим и непосредну примену која се састоји из преузимања мера, развоја планова активности, праћења стања, као и извештаја о напретку, а што је графички представљено на *Слици бр.21* на следећој страни.



Слика бр.21: Процес имплементације стратешког плана здравствене организације,
прилагођено према: *The Strategy Field Study, Schulich School of Business,*
<http://www.schulich.yorku.ca/>

У делу припреме плана промена менаџмент треба још једном да се увери у спроводљивост промена како би се благовремено отклонили узроци могућих проблема и застоја током имплементације. Наиме, на питања „ко, шта и како треба да ради“ неопходно је проверити исправност и спроводљивост укупног процеса измена током свих фаза – од увођења до потпуног усвајања. То захтева проверу или боље рећи потврду исправности и погодности свих релевантних фактора као што су: расположивост ресурса (по врсти, обиму, квалитету, временској усаглашености и сл.), спремност на промене (жеља за успехом, очекивања, спремност за залагање и додатне напоре и сл.), усаглашеност кадровске и бројчане структуре извршилаца са потребама иновираних послова (новозапошљавање, отпуштања, ангажовање сарадника и сл.), укљученост и подршка свих релевантних страна и сл. Такође неопходно је проверити адекватност организационих предлога, реалност циљева и с тим у вези релевантност дефинисаних послова и задатака, временску синхронизацију и координацију активности (у простору и по извршиоцима), усклађеност промена са постојећим процесима и текућим активностима, посебно у подручју кључних и/или критичних тачака (уских грла).

Поред тога, менаџмент је у обавези да делегира овлашћења и надлежности која су објективно сагледана, заснована на компетенцијама, али и мотивишућа; да успостави ефикасан систем комуникације на свим нивоима и између различитих сфера и подручја рада; да установи потпун и ефикасан систем контроле, мониторинга и евалуације пословних остварења ради праћења и вредновања резултата и/или доприноса резултатима. Од менаџмента се очекује да обезбеди објашењења и упутства о предмету, начину, форми и динамици праћења и извештавања процеса усвајања промена, утврди субјекте који обавештавају и субјекте којима су извештаји намењени, дефинише начин прикупљања, обраде, чувања и употребе података, као и предвиди процедуре које се односе на накнадне корекције и додатна одступања у односу на правила (принцип изузетка).

На крају, у делу саопштавања плана од менаџмента се тражи да се јавно обрати и представи садржај и карактеристике „плана промена“ и да тим поводом посебно укаже на очекиване опште, али и индивидуалне користи од његовог спровођења (краткорочне и дугорочне ефекте/користи). Заправо, не само план, већ и сврха промена мора бити разумљива и очигледна како би била прихваћена и подржана. Разумљивост конкретних задатака од стране непосредних извршилаца, као и мотивисаност везано за резултате који се очекују битан је предуслов за прихватање и усвајање промена. Треба напоменути и то да је пре самог отпочињања процеса „метаморфозе“ корисно и исправно оставити довољно времена за упознавање, додатна објашења, поступке уходавања, што се може решити, путем фазног или етапног увођења измена или путем парцијалне имплементације измена по изабраним организационим сегментима, пословним целинама или фазама рада.

Када је реч о примени, односно о имплементацији стратегије пословања здравствене организације тај процес у делу преузимања мера, развоја планова активности, праћења стања, као и извештаја о напретку могуће је спроводити применом различитих метода. С тим у вези у наставку текста биће више речи о неким од значајних метода имплементације пословних стратегија прилагођено месту, улози и схватању успешности пословања у здравственој делатности.

2.1. Методе имплементације

Прихватајући и прилагођавајући различите методе имплементације пословних стратегија привредних субјеката потребама и/или захтевима здравствених организација у теорији која се бави овом проблематиком издвојило се више самосталних и садржински, односно предметно заокружених метода. О неким најзначајним и најзаступљеним у пракси, као на пример Balanced Scorecard – стратегијске мапе, креирање вредности, обрачун трошкова по програмима/активностима и другим биће више речи у наставку текста.

2.1.1. Balanced Scorecard – стратегијске мапе

Концепт Balanced Scorecard – стратегијске мапе (BS) као један од нових метода имплементације пословних стратегија има за циљ да унапреди доследност пословања ентитета у односу на утврђену визију, мисију и стратегију организације, као и да допринесе побољшању интерне и екстерне комуникације у функцији праћена ефикасности извршења стратешких циљева. Иако се овај концепт тек у новије време везује за имплементацију пословних стратегија у здравственим организација његова свеобухватност и комплексност донела је читав низ предности у управљачко–рачуноводственим методама везаним за процес имплементације стратегије пословања ових субјеката.²²³ Кључне предности BS концепта заснивају се на обухватању свих релевантних мера перформанси, потом свих интересних страна на које се захтев успешности односи, као и свих основа и/или перспектива имплементирања којима организација, у циљу пословних побољшања располаже.

Наиме, BS концепт поред уобичајеног праћења финансијских критеријума успешности који су карактеристични за тржишне принципе пословања уважава, односно укључује и стратешки опредељујуће нефинансијске мере перформанси, а што је са аспекта

²²³ Примена BS концепта у здравству захтевала је значајну модификацију „изворног“ концепта, чији су оснивачи Роберт Каплан и Давид Нортон, а који је у свом почетном облику задовољавао, пре свих захтева индустријских предузећа и других субјеката из сектора привреде.

здравствене делатности од кључног значаја.²²⁴ Ово из разлога што у случају здравствених организација преовладавају неекономски, више хумани и професионални критеријуми успеха који захтев успешности посматрају у односу на реализацију принципа правичности, једнакости, доступности, солидарности, етичности и сл. Недовољност финансијских мера перформанси последица је њихове директне усмерености на задовољење информационог захтева инвеститора и/или финансијера и с тим у вези реализације економских захтева успешности. Ипак, активна политика стратешког управљања заснована на динамичким условима пословања захтева укључивање свих, а то значи и нефинансијских, односно неекономских аспеката пословних остварења на бази којих се разматра остварење циљних користи и других интересних страна, као што су, на пример, корисници (пацијенти), запослени, професија, држава, али и укупно јавно мњење. У том смислу предности примене BS концепта као оквира за мерење успешности здравствене организације је, не само обухватање, односно уважавање финансијских и нефинансијских мера перформанси, већ шире посматрано обухватање, односно уважавање интересних користи свих субјеката укључених или повезаних са пословањем здравствене организације. На тај начин постиже се не само потпун, већ и уравнотежени или како сам назив концепта гласи „балансирани“ приказ стратешких циљева и њима проистичућих мера перформанси финансијског и нефинансијског карактера, а што је даље релевантна и поуздана основа за оцену и вредновање успешности њихове реализације.

Вишедимензионално дефинисање и тумачење захтева успешности здравствене организације темељи се на уважавању интересних користи четири групе субјеката на које се резултати здравствене организације односе, а то су: држава, професија, пацијент/корисник и менаџмент организације. Свака од страна, у односу на свој угао посматрања циљног успеха има карактеристичне стратегијске исходе према којима дефинише циљне захтеве и прати степен њихове реализације, а што је приказано на *Слици бр.22* на следећој страни.

²²⁴ Balanced Scorecard University, BSC Resources > About the Balanced Scorecard
<https://www.balancedscorecard.org/BSCResources/AbouttheBalancedScorecard/tabid/55/Default.aspx>



Слика бр.22: Приказ стратегијских исхода у складу са интересним користима сваке од страна укључене у реализацију стратешких циљева здравствене организације (прилагођено према извору: Kaplan R., Norton D., *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2001., p.77)

Унутар сваке категорије субјеката, као што се види на слици представљен је начин схватања и/или тумачења циљног успеха – стратегијски исходи који обухвата и дефинисање подгрупа сродних парцијалних циљева који се између различитих категорија допуњују и/или преклапају, како по садржају којег представљају, тако и по значењу. Тако на пример, пацијенти, запослени, али и менаџмент заинтересовани су за индикаторе као што су: време чекања на преглед/заказивање, време трајања прегледа, број превентивних прегледа у јединици времена и/или као последица претходног број откривених случајева обољења, просечни стадијум болести у време дијагнозе, просечни трошкови или период лечења, с тим да се они у појединим случајевима различито тумаче и/или вреднују. Дакле, интереси појединих категорија корисника крећу се у истом правцу – најчешће се подржавају и/или преклапају с обзиром на то да настанак позитивних промена без обзира на сегмент или подручје промене наилази на одобравање свих интересних страна, што је рецимо очигледно код разматрања ефекта смањења броја умрлих или новооболелих и сл.

При томе потпуност и ефикасност извршења циљних вредности допуњује се са још једним обележјем вредновања, а то је значај или важност реализације циљног успеха, који подразумева примену принципа пондерације. Принцип пондерације значи да се доделом одговарајућег индекса сваком од фактора успеха према њиховом доприносу унапређењу циљне успешности формира објективан критеријум за рангирање мера перформанси. Бодовна скала која се односи на факторе успеха последица је претходно ранжираних циљева пословања унутар јединствене циљне функције на нивоу ентитета или шире на нивоу друштвене заједнице, уважавајући у том смислу јавни значај функције здравља.

Међутим, BS концепт²²⁵ не односи само на интеграцију циљева ради израде „репрезентативног скупа циљних вредности“ већ се бави разматрањем и усаглашавањем међусобно различитих приступа, метода и начина исказивања, али и вредновања, односно тумачења захтева успеха, а који су у овом случају везани за ефекат реализације здравља или супротно његовог изостанка. Ово из разлога што је оцена и тумачење вредности предмета процене, конкретно учинка здравља, пре свега одређено улогом проценитеља и његовим односом према предмету процене, а где свака страна за себе има трошкове и користи који се на њу односе.²²⁶ Сасвим је јасно да ће исти учинак по основу здравствених активности различито вредновати, а тиме и различито ценити његову вредност (значај), рецимо пацијент у односу на финансијера и то из два битна разлога: први – јављају се разлике у степену прихватљивог, тачније подношљивог ризика сваке од страна од чега зависи степен важности и с тим у вези схватање појма вредности и други – постоје разлике у интересима и очекивањима појединих субјеката због чега ће се исти ефекти различито сагледати и ценити. Исто тако, свака страна у оквиру посматраног извршења циљне функције има не један већ више интересних подручја који сваки на свој начин утиче (доприноси) остварењу захтева успеха и његовом вредновању. У том смислу оцена

²²⁵ BS је концептуални приступ који успоставља експлицитну везу између изложених стратегија и мера перформанси које се користе за праћење и контролу имплементације стратегије. То не захтева универзалан низ мера перформанси већ специфичне мере које су развијене за специфичне околности или кориснике. Извор: Новићевић Б, Стевановић Т., 2006., *Функционисање система мера перформанси услужних предузећа*, Рачуноводство, вол. 50, бр. 11-12, стр. 46-54, стр. 48;

²²⁶ Иницијално наведени модел формулисан је ради дефинисања структуре циљева профитних организација, предузећа и банака, али имајући у виду његове широке концепцијске основе своју примену нашао је и у сектору непривреде, у конкретном случају у сектору здравства.

учинка здравствених активности из угла сваког од проценитеља, а то су држава, професија, пацијент, односно корисник, као и менаџмент или органи управљања разматра се упоредо у односу на више карактеристика или циљних користи, као што су на пример: обележја учинка, период одложеног дејства, интензитет деловања, благовременост располагања очекиваним бенефитом, трошкови који настају, могући ризици и сл.

Да би се омогућило ефикасније праћење циљних извршења представљених на *Слици бр. 22*, према BS концепту²²⁷ стратегијски исходи, односно циљне користи преводе се или приказују репрезентативним скупом циљних индикатора (показатеља успешности). При томе репрезентативни скуп циљних индикатора формира се тако да задовољи принципе потпуности (обухватање свих циљних користи) и релевантности (репрезентовање и веродостојно представљање захтева успеха уважавајући основ приоритетности, применом метода пондерације). Захваљујући наведеном стратегијски исходи свих субјеката укључених у реализацију циљних користи операционализују се путем усвајања скупа циљних индикатора са аспекта сваке од страна, при чему се на бази усвојених циљних индикатора *прво* исказују циљеви који се желе остварити, а потом на основу циљних индикатора, као референтних вредности прати степен њихових извршења, а што је приказано на *Слици бр.23* на следећој страни.

²²⁷ Kaplan S.R., Norton P.D.,1992.,“*The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*”, Harvard Business Review,p. 71-79;



Слика бр.23: Приказ циљних индикатора према различитим интересним субјектима на које се реализација стратешких циљева односи

На основу изнетог произилази да BS концепт примењује систем посматрања здравствене организације кроз четири перспективе и правца пословних имплементирања, а што захтева разматрање и оцену доприноса сваке од перспектива унапређења појединачно, где спада:

- *Перспектива корисника (пацијента)* – која се бави питањем: шта пацијент очекује или шта му је потребно у случају здравствених организација. Фокус на интерес, тачније потребу пацијента и начин како да се она сигурно, безбедно, потпуно и ефикасно задовољи је водиља стратешког управљања и основни критеријум остварења пословног успеха здравствених организација. С тим у вези прилагођено деловање, усклађено са конкретним захтевима пацијента тражи диференциран приступ рада, а где је фактор диференцијације опредељен према: врсти обољења, разликама у методама или приступима лечења, специфичним захтева корисника, његовим личним очекивањима, потребама и сл. Тиме се постиже не само висок ниво софистицираности понуде, већ и висок ниво њене прилагодљивости, односно флексибилности конкретним захтевима. Сатисфакција потрошача, са нагласком

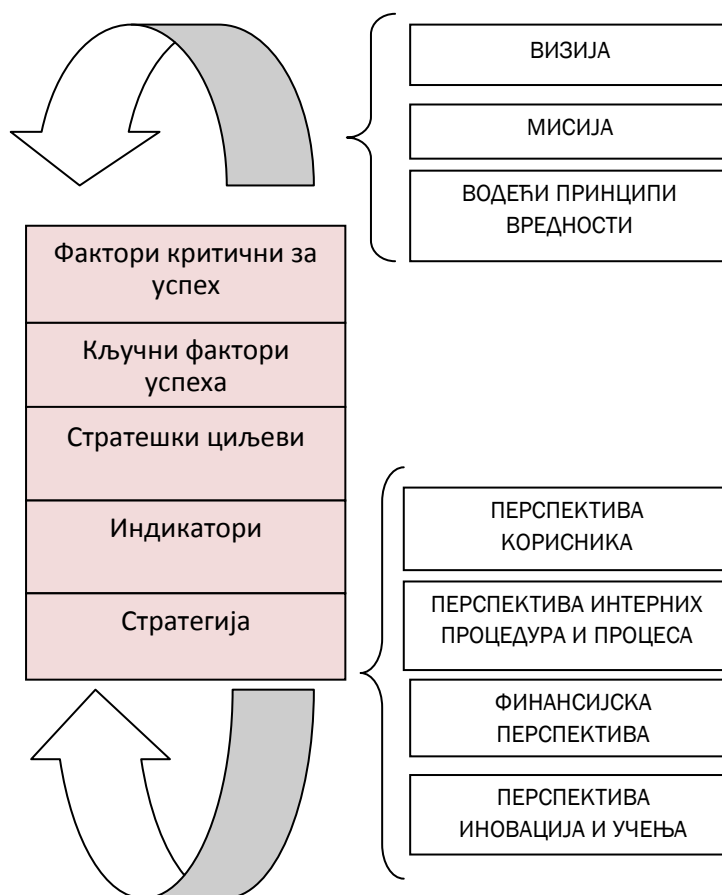
на сигурност и безбедност услуга у пословању здравствених организација поставља се као императив и значајно подручје пословних унапређења;

- *Перспектива учења и раста* – која се бави питањем: како „себе“ мењати на бази интерних (сопствених) потенцијала унапређења. Основ ове перспективе је стална обука и усавршавање запослених и то запослених на стручним пословима, као и запослених на административним, а посебно управљачким местима. Међутим, унапређење пословних способности кадрова не односи се само на унапређење стручности и знања, већ и на усвајање и усавршавање потребних вештина, приступа кориснику, комуникационих способности и сл. У условима сталних технолошких промена опште је правило да запослени буду у сталном „режиму“ учења. У случају здравствених организација тај систем треба надоградити пре свега способностима које се тичу знања и праксе у односима и бризи према пацијенту, могућностима брзог решавања проблема, реаговања у стресним ситуацијама, једноставности у комуникацији са колегама и сл., а што су примери „високих мера перформанси система“²²⁸ карактеристичне за савремене услове пословања здравствене организације.
- *Перспектива пословних процеса* – која се бави питањем: које процесе, процедуре, методе и начине рада здравствена организација треба да обезбеди или усаврши. У оквиру ове перспективе анализира се оправданост и адекватност пословних програма, процеса, активности, приступа и метода лечења. Циљ је да се сагледа колико добро и/или ефикасно оно што се нуди пацијенту задовољава његове захтеве и потребе. При томе захтев усклађености понуде посматра се у односу на различита обележја где спадају, на пример, критеријуми квалитета, довољности, адекватности, благовремености, учесталости, прилагодљивости и сл. Ова димензија успешности треба да се анализира изнутра, од најбољих познавалаца здравственог система и интерних процеса, како би се одговорило на питање да ли је пословање здравствене организације у складу са дефинисаном мисијом.
- *Финансијска перспектива* – која се бави питањем: шта оснивачи и/или финансијери очекују од пословања здравствене организације. Иако финансијска

²²⁸ Balanced Scorecard University, BSC Resources > About the Balanced Scorecard
<https://www.balancedscorecard.org/BSCResources/AbouttheBalancedScorecard/tabid/55/Default.aspx>

перспектива, као прираст вредности на уложени капитал у случају здравствених организација није примарна не треба је занемарити. Благовремени и тачни подаци о финансијама ентитета су увек потребни менаџменту с тим да имају други значај и другачије тумачење у односу на профитно оријентисане субјекте. У случају здравствених организација акценат се ставља на наменско трошење расположивих средстава, као и „уравнотежење“ извора финансирања са трошењима која се из њих покривају. Циљ је да се контролише ризик финансирања и то путем, обезбеђења сигурности и довољности прилива средстава и као последица тога очува ликвидациона способност ентитета.

Савремени приступ примене BS концепта пружа оквир коришћења различитих мера перформанси, у циљу потпуности мерења учинка, али и идентификацију шта треба да се уради и/или како да се нешто измени чиме се формулишу правци и/или начини пословних унапређења. Дакле, решења и иницијативе које пружа BS концепт омогућавају менаџменту не само да доследно и ефикасно изврши усвојену пословну стратегију, већ да је иновира, мења и допуњује ради постизања бољих пословних резултата, што је динамички приступ примене овог концепта. Пословна унапређења повратно утичу на промене и/или корекције не само пословне политике и програмских садржаја, односно начина њиховог спровођења, већ може да доведе до значајних заокрета које обухватају измене, рецимо стратешких циљева, кључних фактора успеха или фактора критичних за успех. Специфично за здравствене организације водећи принципи вредности, мисија и визија пословања много су стабилније и по правилу занемарљиво су подложни изменама, што је графички представљено на *Слици бр.24* на следећој страни.



Слика бр.24: Графички приказ динамичког приступа примене BS концепта
(прилагођено према извору: Kaplan R., Norton D., The Strategy-Focused Organization: How
Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment, Harvard Business School
Press, Boston, Massachusetts, 2001.)

Укључивањем динамичког приступа тумечењу BS концепта имплементација пословне стратегије здравствене организације подразумева коришћење развојне димензије спровођења, а која се заснива на укључивању, претходно размотрених перспектива развоја тако што се свака перспектива прилагођено врсти посла, процесима и/или процедурама рада исказује кроз промену (унапређење) циљних индикатора у односу на постојеће вредности, а што је заправо начин унапређења циљне успешности. Преглед „иновираних“ или побољшаних индикатора успеха у односу на важеће референтне

вредности, као процес унапређења пословања према појединим перспективама развоја приказан је у Табели бр.13.

Табела бр. 13: Индикатори циљног извршења према перспективама пословних унапређења и правцима развоја, према извору: Kaplan S.R, Norton P.D.,1992., *The Strategy–Focused Organization – How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Harvard Business School Press;

ФИНАНСИЈАКА ПЕРСПЕКТИВА		ПЕРСПЕКТИВА ИНТЕРНИХ ПРОЦЕДУРА И ПРОЦЕСА	
ИНДИКАТОРИ УСПЕХА	Индикатори/ реф. вредности	ИНДИКАТОРИ УСПЕХА	Индикатори/ реф. вредности
Тржишно учешће		Организација и синхронизација послова и задатака	
Искоришћеност капацитета		Степен (интензитет) конфликта	
Обим услуга		Пословна атмосфера	
Остварена добит		Мотивација запослених	
Стање ликвидности		Лична ангажовања и залагања	
Учешће тржишних прихода		Број радних сати/продуктивност	
ПЕРСПЕКТИВА КОРИСИНКА		ПЕРСПЕКТИВА ИНОВАЦИЈА И УЧЕЊА	
ИНДИКАТОРИ УСПЕХА	Индикатори/ реф. вредности	ИНДИКАТОРИ УСПЕХА	Индикатори/ реф. вредности
Ниво задовољства и сигурности		Организациона побољшања	
Степен лојалности и поверења		Развој комуникационих вештина и вештина управљања	
Број чланарина / телефонских позива		Унапређење процеса рада	
Обавештеност и право избора		Унапређење доступности ефекта здравља	
Број притужби и приговора		Унапређење квалитета и/или квантитета рада	
Оцена корисника		Остала унапређења	

Када се јасно установе циљеви пословања, потом вредности, индикатори и иницијативе које из њих произилазе, ради имплементације стратегије здравствене организације приступа поступку израде стратегијске мапе.²²⁹ Израда стратегијске мапе је архитектура (логаритам) приказивања пословне стратегије, путем мапирања процеса, затим мапирања активности и мапирања задатака, а у циљу ефикасне реализације стратешких исхода по свим димензијама успешности. У том смислу израда Balanced Scorecard – Стратегијске мапе је логичан – процесно заснован ходограм који примењује принцип „корак по корак“ на релацији: циљеви здравља → циљни индикатори (показатељи успеха) → учинци/аутпути здравља, како би се обезбедила максимизација извршења и/или прекорачења

²²⁹ Kaplan S. R., Bower M., *The Balanced Scorecard and Quality Programs*, Harvard Business School Publishing;

извршења циљне функције у оквирима дефинисаног подручја деловања. Операционализација пословне стратегије на основу Balanced Scorecard – Стратегијске мапе, дакле, значи израду детаљног плана пословања којим треба да се одговори на питања као што су: које су могућности унапређења, како се могућности унапређења користе, шта треба да се уради, како и/или зашто треба да се уради, које су циљне користи које се очекују, ко има и какав интерес (бенефит), а што је приказано у *Табели бр.14*.

Табела бр.14: Операционализација стратешког плана – израда Balanced Scorecard – Стратегијске мапе (прилагођено према извору: Kaplan R., Norton D., The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2001.)

КОМЕ	ШТА	КАКО	КОЛИКО
Интересни субјекти	Циљни индикатори и циљна унапређења према перспективама пословног раста референтне вредности	Процеси/ приступи/ активности	Пословни учинци/остварени бенефити
МЕНАџМЕНТ	ФИНАНСИЈСКА ПЕРСПЕКТИВА	Проширивање деловања на тржиште А	Повећање добити
	Раст обима услуга за 5% Смањење админис. трошкова за 3% Скраћење обавеза плаћања за 5 радних дана Повећање тржишног прихода за 10 %...	Спајање служби финансија и рачуноводства Увођење додатне контроле наплате потраживања Смањење послед. доцњи	Повећање обима пословања Раст искоришћености ресурса Унапређење ликвидности Стабилност пословања
ПРОФЕСИЈА	ПЕРСПЕКТИВА ИНТЕРНИХ ПРОЦЕДУРА И ПРОЦЕСА	Увођење рада у 3 смене	Повећање обима пружених услуга
	Скраћење чекања на преглед (просек) Раст коришћења сала у поподневним сатима Скраћење трајања јутарњих састанака за Смањење теренских посета за Повећање контроле и надзора поступака	Гашење оделења Х Увођење организационих унапређења Смањење теренских служби Формирање комисије за надзор	Унапређење ефикасности пословања Смањење трошкова по јединици учинка Смањење грешака и пропуса
ПАЦИЈЕНТ/ КОРИСНИК	ПЕРСПЕКТИВА КОРИСИНКА	Запошљавање лекара опште праксе	Већа доступност услуге
	Продужење просечног периода прегледа Увођење заштитника пацијента Телефонски разговор са пацијентом Продужење рада до 21 часова	Увођење call центра Ангажовање заштитника пацијента Размештај запослених према потребама посла	Скраћење периода чекања Повећање задовољства корисника Унапређење сигурности процедура Смањење притужби
ДРЖАВА	ПЕРСПЕКТИВА ИНОВАЦИЈА И УЧЕЊА	Отварање амбуланте за лечење оболелих од	Диверсификација понуде
	Број нових процедура лечења Степен иновације пословних процеса Интензитет усвајања нових технологија Унапређење мотивисаности запослених	Увођење процедуре групне терапије за лечење Телефонско заказивање прегледа	Ефикасније задовољење индивидуалних захтева Унапређење ефикасности рада

Хронолошки посматрано имплементација стратегије пословања здравствене организације применом BS концепта захтева усвајање стратегијских исхода као циљних бенефита свих укључених страна, затим њихово превођење у циљне индикаторе – референтне вредности према којима се прате и мере пословна остварења, која проналажењем начина пословних унапређења на бази расположивих перспектива и правца развоја се остварују у смислу реализације циљних користи, односно проистичућих бенефита. На овај начин праћења пословног успеха (са више аспеката и/или начина испољавања циљних користи) на чему се BS концепт темељи у случају здравствених ентитета подразумева задовољење:

- **хоризонталне усаглашености** – партиципативно уважавање интереса државе,²³⁰ професије, корисника (пацијента), али и организације као пословног ентитета;²³¹
- **вертикалне усклађености** – уважавање принципа ургентности/приоритетности који различитим перспективама успешности (унутар њих и различитим обележјима циљних користи) додељује различит ниво значаја извршења, а тиме и различиту вредност појединим учинцима/ефектима који по том основу настају;
- **садржинске и временске једнообразности** – који захтева материјални и формални континуитет, односно доследност исказивања и тумачења индикатора успешности;

На крају битно је истаћи да примена BS концепта као концепта имплементације стратегије пословања здравствених организација с обзиром на њихову специфичност реализације учинка здравља као јавног добра доноси веома значајне предности, а које се односе на:

- примену индексације значаја (принцип пондерације) којим се детерминише ниво важности појединих аспеката, односно карактеристика циљног здравља, а тиме и њихово учешће у коначном резултату у складу са прихватањем принципа јавног интереса према којем се карактеристикама здравља од општег интереса додељује већи приоритет или се чак сматрају условним за реализацију успеха уопште.²³²

²³⁰ Могуће је вршити и даљу диференцијацију на пример државе као индиректног корисника бенефита здравља или државе као финансијера.

²³¹ Zarkin G.A., Hubbard R.L., 1998., *Analytic Issues for Estimating the Benefits and Costs of Substance Abuse Prevention*, NIDA Research Monograph, Number 176, p.148;

²³² Гајић Б., 2004., *Интегрални савремени системи за мерење перформанси предузећа*, Економски анали 161, стр. 156;

При дефинисању приоритета, као и условних индикатора успеха узима се претходно стечено искуство што менаџменту омогућава да објективно разграничи факторе успеха и да им припише реално сагледан и признат значај, без пристрасности и субјективности. То значи да примена BS концепта у здравству омогућава фокусирање на стратешки битне аспекте успеха и да разматрањем објективних фактора и отклањањем субјективних пропуста унапређује успех ентитета, у складу са моделом учећег организма. То такође значи да се под претпоставком остварења задовољавајућег нивоа кључних индикатора успеха, у складу са захтевом потпуности анализа успеха „допуњује“ осталим, пре свих економским аспектима успеха у циљу мерења и оцене њиховог доприноса увећању квалитета, квантитета и континуитета ефекта здравља чиме се постиже потпуна анализа успешности, а што је битан допринос овог концепта.²³³

- коришћење дугорочних (lagging indicators – водећи индикатори) и краткорочних (leading indicators – вођени индикатори) показатеља успеха, где у прву групу показатеља спадају на пример: смањење броја умрлих, повећање идентификованих случајева у раној фази болести, капацитет прегледа по радној смени и сл., док другу групу индикатора чине: време чекања на преглед, искоришћеност капацитета, структура запослених, трошкови инвестиционих улагања и сл. Значај, односно допринос краткорочних показатеља, као „првих симптома“ стварног стања је формирање основе за благовремено реаговање, у складу је заштитом стабилног пословања. Сталним праћењем и појачаном контролом краткорочних показатеља успеха могуће су корективне акције у циљу блавременог отклањања негативних или непредвиђених ефеката. С тим у вези битно је правити разлику између ефеката на које менаџмент може да утиче од оних који су за менаџмент независно формиране величине, а где се акценат свакако ставља на прве.

²³³ Постоје схватања по којима сви позитивни ефекти остварени у здравству у ширем смислу за последицу имају унапређење ефекта здравља. Тако на пример, ефекти пословних рационализација, разних видова економисања и уштеда, као и последице унапређења ефективности рада или позитивних преусмеравања у свом коначном изразу испољавају се или као директни раст учинака здравља или као могућност, односно предуслов његовог будућег раста кроз већа расположива средства, а тиме и већа потенцијална улагања.

- нормативни допринос пошто индикатори успеха здравствених организација по правилу „пате“ од немерљивости, неегзактности и субјективизма због чега их је тешко дефинисати као егзактно установљене циљне (референтне) вредности. Ипак, применом BS концепта могуће је формирати матрицу узрочно–последичних односа, у смислу дефинисања чврсте корелативности на релацији: циљеви здравља → циљни индикатори (показатељи успеха) → учинци/аутпути здравља. То заправо значи да се оцена и мерење захтева успеха врши системом сегментираног праћења простих (једнодимензионалних) индикатора, а који су прилагођени врсти ефекта и/или учинка здравља чији се успех прати. Матрица једнодимензионалних индикатора представља јединствен и уређен систем мерења пословних резултата који пружа основ за каналисано праћење и мерење успеха не само на нивоу пројеката, већ и дубље по сваком фактору, обележју и/или фази успеха појединачно. У следећем кораку, пошто се сагледа реализација циљних задатака по свакој врсти и/или фактору успеха врши се њихово сумирање пре свега на нивоу дељиве, јасно диференциране пословне јединице, а затим и на нивоу пројекта као целине. Каналисано праћење успеха омогућава доследно и доста прилагођено дефинисање и/или тумачење захтева успеха обезбеђујући индивидуални принцип праћења циљног успеха, што је важан допринос овог концепта. Индивидуалистички принцип подразумева праћење и оцену захтева успеха по уским, тачније доста специјализованим подручјима здравственог деловања. Разлог наведеног је немогућност дефинисања општих (јединствених) показатеља успеха за све здравствене активности, те се као решење користе ужи и/или директни – искуствени, али и професионално одобрени индикатори/норме успеха по конкретним активностима или врстама здравља (у форми процедура, протокола, циљних вредности – у процентуалним или апсолутним износима и сл.). На пример, сасвим је извесно да ће се структура и распоред индикатора успеха, као и приоритет њиховог извршења разликовати зависно од тога да ли се разматра успешност пословања рецимо, службе за хитне интервенције (где се користе индикатори као што су: активационо време, реакционо време, време прехоспиталне интервенције, проценат пацијената који су самостално решени на терену и сл.) у односу на службу амбулантног лечења (где се користе

индикатори као што су: број регистрованих прегледа, однос првих и поновљених прегледа, број упута на специјалистичко–консултативни преглед и сл.), а затим даље у оквиру амбулантног лечења да ли се врши анализа успешности службе која се бави једном или другом граном медицине, односно конкретном дисциплином, рецимо да ли се ради о ОРЛ или стоматолошкој амбулатни и сл. Такође, индивидуалистички принцип подразумева да избор циљних обележја здравља, као и структура и хијерархија индикатора који чине циљну функцију зависе не само од врсте и значаја здравственог учинка, већ и од начина његове реализације, као и од околности у којима се функција здравља спроводи. Извесно је да затечено стање оболелог, затим начин и услови рада, али и утицај егзогених фактора битно одређују структуру индикатора успеха и њихов редослед од чега даље зависи схватање и тумачење успеха у целини. Претпоставимо, на пример, да се исти програм здравствене заштите реализује у ратним или мирнодопским условима или у богатијој или сиромашнијој заједници. Очекивано бољи резултати у првим варијантама нису последица веће ефикасности здравственог деловања, већ су последица бољих општих прилика узрокованих повољним околностима на које ни менаџмент, нити стручно особље не може да утиче. На исти начин ако су у исти здравствени програм укључена два пацијента различите старосне доби и/или различитог затеченог стања здравља, пола и генетских предиспозиција разлике у реализацији прогреса здравља нису узроковане различитим приступом, степеном професионалности или ефикасности рада већ искључиво разликама у испољавању егзогених фактора које су дате, односно егзогено детерминисане вредности.

Међутим, и поред тога што примена Balanced Scorecard концепта омогућава потпуност уважавања циљева свих релевантних страна, затим укључивање критеријума здравствене и економске ефикасности, као и рангирање критеријума, односно индикатора успеха према важности, а све то на основама искуствених и професионално подржаних мера перформанси на начин који прави разлику између дугорочних и краткорочних показатеља успеха неопходно је истаћи кључне недостатке/ограничења овог модела. Наиме, оцена извршења захтева успеха спроводи се путем поређења постигнутих остварења са

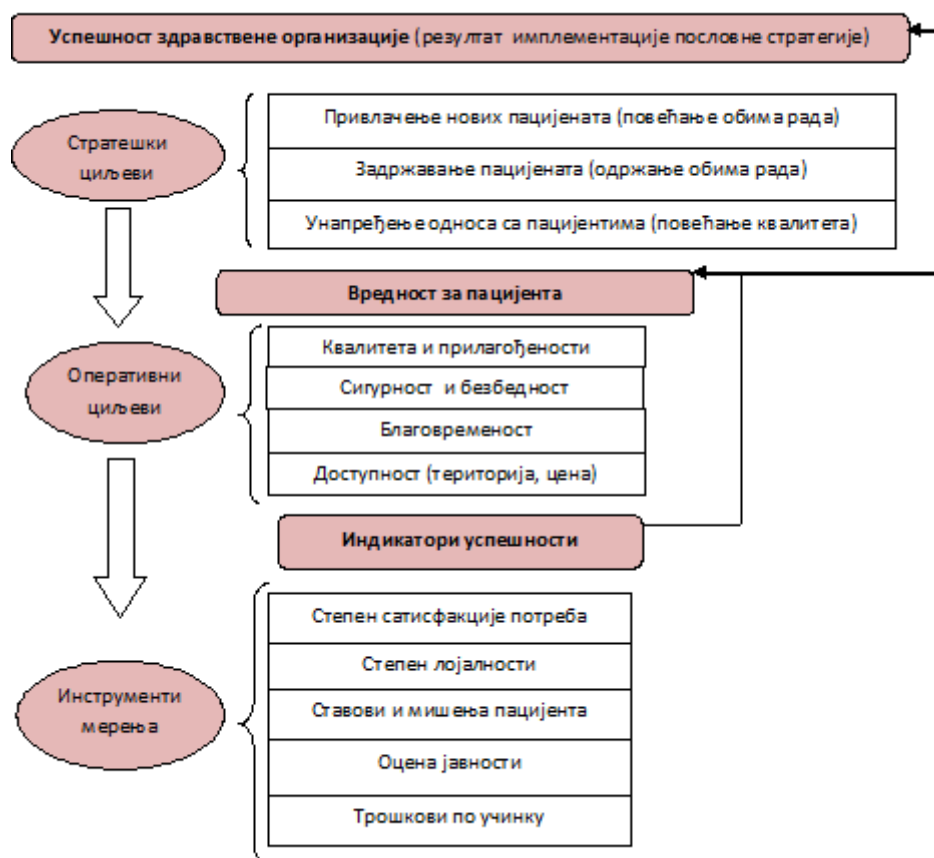
циљним, односно референтним вредностима или са резултатима сличних здравствених установа, при чему модел не пружа одговор на питање како, дакле на који начин унапредити пословну успешност. То значи да модел само сигнализира или препознаје проблеме остављајући простор менаџменту да их кроз развој управљачких вештина, током времена самостално решава зависно од својих интереса и способности. Имајући у виду да проблематика унапређења пословног успеха, у делу активне политике менаџмента здравствене организације, превазилази област којом се концепт BS бави, као концепт имплементације пословне стратегије ова питања треба да буду предмет оних метода које се односе на унапређење пословних стратегија здравствених организација о чему ће бити речи у другом делу овог поглавља.

2.1.2. Креирање вредности

Креирање вредности као концепт имплементације пословне стратегије здравствене организације темељи се на примени тзв. супериорних вредности ентитета као вредности у функцији континуираног превазилажења очекивања купаца, у овом случају пацијената. Дефинисање супериорних вредности и њихово посматрање као извора пословне успешности здравствене организације значи да се стратегија пословања ентитета спроводи на бази континуираног креирања вредности у процесу пружања здравствене неге.²³⁴ При томе, савремено пословање здравствене организације обележје вредности реализованих учинака проистеклих здравственим ангажовањем посматра као вишедимензионални концепт вредновања где се вредност као степен задовољења интереса корисника (пацијената) разматра са аспекта: квалитета и прилагођености (адекватности), сигурности и безбедности, као и благовремености и доступности здравствене заштите. Имплементација пословне стратегије применом концепта креирања вредности подразумева да је степен успешности организације као пословног ентитета условљен степеном задовољења потреба пацијената, а на основу понуде коју ентитет пружа, укључујући и квалитет испоручених вредности,²³⁵ што је представљено узрочно–последичним односом свих елемената у оквиру система ланца вредности на *Слици бр.25* на следећој страни.

²³⁴ *Redefining Health Care*, Institute for Strategy and Competitiveness, Harvard Business School, према извору: www.isc.hbs.edu;

²³⁵ Gupta, S., Lehmann, D. 2006. *Managing customers as investments*, Pearson Education, New Jersey, p.154–155;



Слика бр.25: Приказ система ланца вредности у функцији имплементације стратегије пословања здравствене организације применом концепта креирање вредности, прилагођено према: *Implementation Program, Evaluate Impact od implementation on Kay Performance Indicators*, <http://www.performance-innovation.com/>

Спровођење пословне стратегије према елементима система ланца вредности значи да се стратешке активности и/или начин њиховог извршења дефинишу на бази значаја, односно доприноса одређених процеса или њихових карактеристика реализацији пословне успешности здравствене организације. У том смислу полазећи од условљености захтева успешности пословања организације степеном генерисања вредности за корисника (пацијента) неопходно је успоставити општи консензус око питања: шта је квалитет ако је аутпут здравље, односно прогрес здравља; ко има користи од његове реализације; ко плаћа услуге лечења и колико; које су последице реализације здравља и на кога се оне односе; у ком обиму и када се остварују бенефити од реализације ефекта здравља;

шта значи вредност у здравству и од чега зависи; како егзактно исказати вредности ефекта здравља; како измерити последице и ризичност одложеног бенефита и сл.

Не улазећи на овом месту дубље у решавање наведених питања битно је истаћи да се имплементација пословне стратегије применом концепта креирања своди на избор једне или више активности креирања вредности на начин који креира више укупне вредности за непосредног корисника у односу на конкуренцију. У том смислу супериорна вредност као основ конкурентског позиционирања ентитета у основи своди на два приступа остварења, први предност цене и други, предност диференцијације,²³⁶ а који се манифестује кроз варијације у нивоу, односно интензитету квалитета здравствене неге коју пацијент добија.²³⁷ У оба случаја ради се о вредностима које су од стране купца (пацијента) препознате и уважене, у смислу битне различитости (надградње) здравствених користи у односу на оне коју му пружа конкурентски ентитет. Другим речима, ради се о разликама које ентитет поседује, а које су у складу са схватањем појма вредности непосредног потрошача, односно пацијента основана, а то значи тржишно заснована и/или кориснички потврђена предност, као облик дугорочно одрживе доминације ентитета.

Ипак, конкурентска предност заснована на приступу *ниже цене* треба да је у складу са општим принципом финансирања система здравствене заштите и то стабилизација или смањење трошкова лечења само уз одржање или унапређење квалитета здравствене заштите²³⁸ с обзиром на то да смањење трошкова може да угрози квалитет здравствене неге узрокујући накнадне компликације и додатно продужење процеса лечења, а тиме последично још већи раст трошкова. Најефикаснији начин примене приступа предности цене је доследност у поштовању усвојених процедура и протокола у складу са водичима добре праксе чиме се избегавају додатне и/или накнадне здравствене услуге,

²³⁶ Porter E.M., 2010., *What Is Value in Health Care?*, Engl J Med 2010; 363:2477-2481;

²³⁷ Међутим, ако се разлике у квалитету здравствене неге јављају као последица нормативног регулисања или посебног статуса организације код основача или пак због одсуства конкуренције ефекти таквих „погодности“ на унапређење квалитета иако су присутни у здравству нису предмет истраживања овог рада с обзиром на то да нису последица пословне политике ентитета, већ су узроковани екстерним факторима ван контроле организације.

²³⁸ Извор: <http://www.who.int/civilsociety/relations/principles/en/>

а тиме и непотребно трошење финансијских средстава у смислу продужења периода лечења и процеса опоравка.

Други приступ имплементације пословне стратегије применом метода креирања вредности почива на принципу разликовања, а где се обележје различитости испољава кроз интензитет и/или квалитет задовољења потребе пацијента као непосредног корисника здравственог бенефита у контексту: *квалитета и прилагођености* (стручности, уважавања специфичних потреба, нивоа приватности, укључујући и могућност избора или самоопредељења), *сигурности и поузданости*²³⁹ (увођење редовних и посебних мера заштите и контроле током процеса лечења у циљу смањења вероватноће настанка медицинске грешке и/или смањења последица евентуалног настанка), *благовремености* (смањење чекања на преглед, фаворизовање превентивног деловања, накнадних контрола и прегледа и сл.), као и *доступности и приступачности* (медицинском особљу, подацима, информацијама и свим потребним процесима, анализама и медикаментима који доприносе лечењу и стању опоравка).

Без обзира који приступ спровођења пословне стратегије здравствена организација у пракси спроводи јасно је да његова примена, као уосталом и коришћење концепта креирања вредности уопште захтева значајне пословне заокрете, како у начину размишљања, тако и у пословној оријентацији ентитета где важе измењена више тржишно оријентисана правила пословања. Ипак, редефинисање, тачније приближавање пословне политике здравствених организација тржишним принципима функционисања више је везује за однос здравствене организације према потрошачу (пацијенту) у смислу начина и/или степена уважавања његових захтева и потреба, него у односу на начин формирања и/или висину цене здравствених услуга (а тиме и степен профитабилности ентитета као пословног субјекта), а што је битна специфичност ове делатности. Осим померања тежишта процеса имплементације пословне стратегије са приступа смањења трошкова на приступ максимизације вредности за потрошача (пацијента) током процеса

²³⁹ Иако је тешко дефинисати појам безбедности опште је прихваћено да је безбедност скуп процедура, правила и стандарда које не само пацијент, већ и шира јавност очекује да здравствена организација обезбеди (пружи) током процеса лечења. Безбедност је у инверзном односу са стопом грешке од негативног исхода (неадекватна или недовољна здравствена заштита).

имплементације пословне стратегије неопходно је уважити и друге промене у приступима и/или принципима управљања организацијом који су такође у функцији унапређења вредности за крајњег корисника, а где спадају:²⁴⁰

- фаворизовање конкурентности на бази квалитета реализованог учинка, у овом случају квалитета здравствене заштите, најшире посматрано;
- остваривање конкурентности током свих фаза (циклуса) процеса лечења (смањење фактора ризика – спровођење превентивних активности, дијагностификовања обољења, процеса лечења, као и поступака опоравка и рехабилитације);
- смањење трошкова не сме ићи на уштрб квалитета (адекватности) здравствене неге;
- квалитет здравствене заштите унапређује се усавршавањем, стицањем вештина и искуством;
- конкуренцију треба схватати и сагледавати регионално, а не локално;
- иновативност треба подржавати и подстицати.

Увођењем, односно применом наведених образаца и принципа пословања у процес имплементације пословне стратегије здравствене организације редефинише се начин његовог спровођења, а који се сада, у складу са новим правилима, као што је изнето више прилагођава тржишним основама конкурентности, али на начин који не угрожава специфичност тумачења захтева успешности здравствене делатности. Табеларни приказ промена правила и принципа у процесу имплементације пословне стратегије здравствене организације у складу са концептом креирања вредности дат је у *Табели бр. 15* на следећој страни.

²⁴⁰ Michael E. Porter, 2006., *Health Information Technology Symposium Massachusetts Institute of Technology*, Harvard Business School Press;

Табела бр.15: *Редефинисање приступа (правила) имплементације стратегије здравствене организације у складу са концептом креирања вредности*²⁴¹

СТАРА ПРАВИЛА	НОВА ПРАВИЛА
Циљ	
Минимизација трошкова по јединици аутпута	Максимизација вредности током свих фаза (цикла) процеса лечења у циљу потпуне сатисфакције пацијента
Доступност	
Значајна папирологија и администрација	Минимална администрација и поједностављење поступака и процедура приступа и добијања здравствене неге
Понуда	
Ограничен избор услуга и третмана	Висок ниво информисаности пацијента и значајан степен индивидуализације пословног програма
Индикатори успеха	
Квантитативни показатељи обима спроведених прегледа и третмана	Вишедимензионално вредновање учинака на бази егзактно установљених индикатора
Тумачење успеха	
На бази резултата из прошлости – историјски приступ	На бази сталног учења (feed back) и надградње постојећих индикатора успеха по том основу

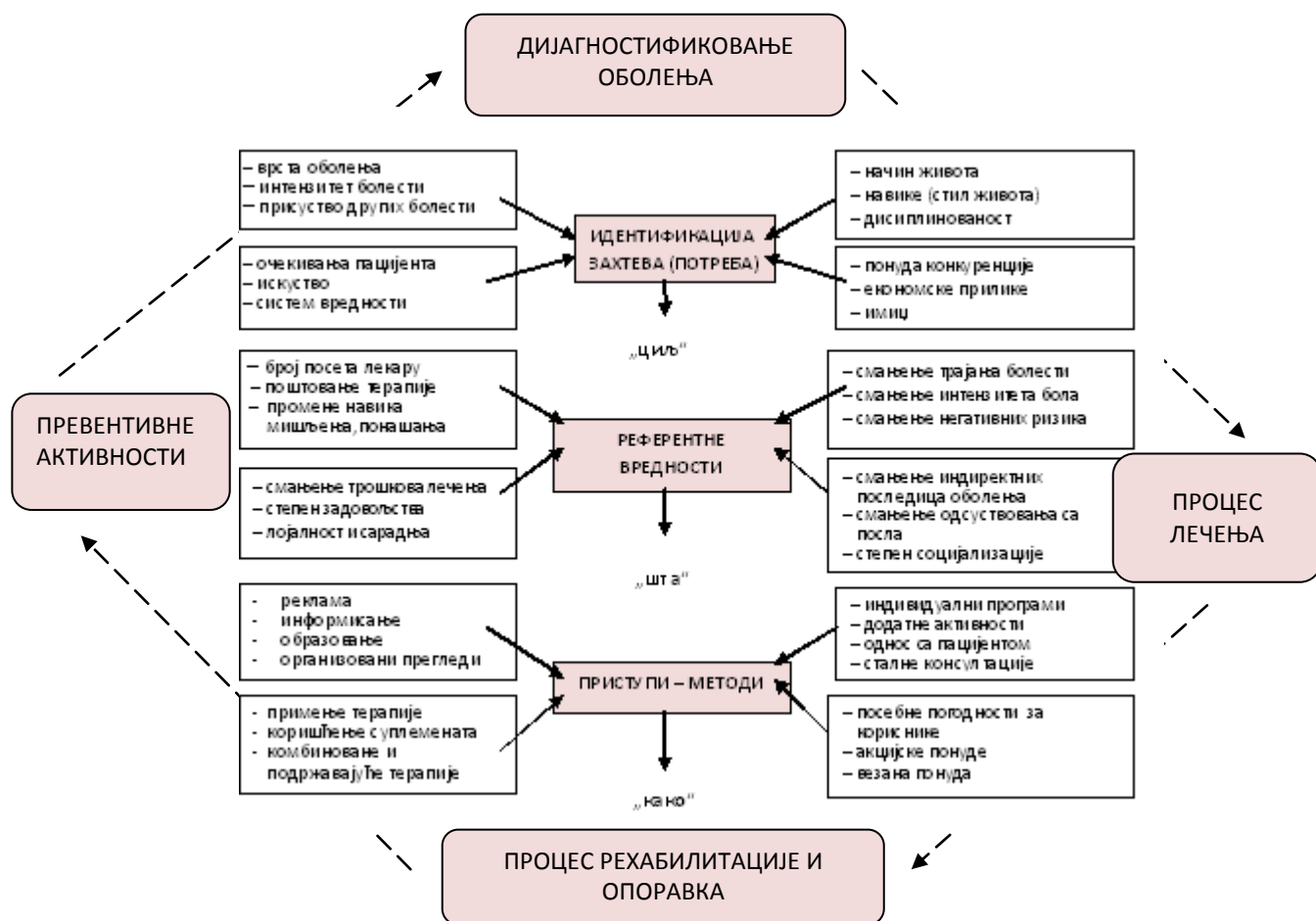
Да би на принципу креирања вредности понуде или конкретније конкурентности здравствене услуге, тачније прогреса здравља, као њеног исхода здравствена организација успоставила доминантну предност као начин спровођења пословне стратегије неопходно је да предузме следеће кораке и то:

- идентификује процесе и/или врсте и/или карактеристике аутпута који су за пацијенте (одређене групе пацијената) значајни, у смислу да их пацијент сматра вредним, а што се утврђује анализом одговора на питања: „шта пацијент жели“, као и „када, где, како и зашто нешто жели“;
- дефинише интерна побољшања која је организација у могућности да спроведе (управљање кадровима, унапређење просеца, процедура и перформанси, контрола ризика, организациона побољшања и сл.);

²⁴¹ Porter M.E., Teisberg E., 2006., *Redefining Health Care, Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press;

- утврди посебне информационе, методолошке, инструменталне и техничке претпоставке и потребе менаџмента које се односе на разумевање, изградњу и унапређење капацитета креирања вредности као облика конкурентске предности;
- процени будуће трендове (очекивања) везано за промену вредности учинака здравствених активности и предвиди користи које се по том основу могу постићи.

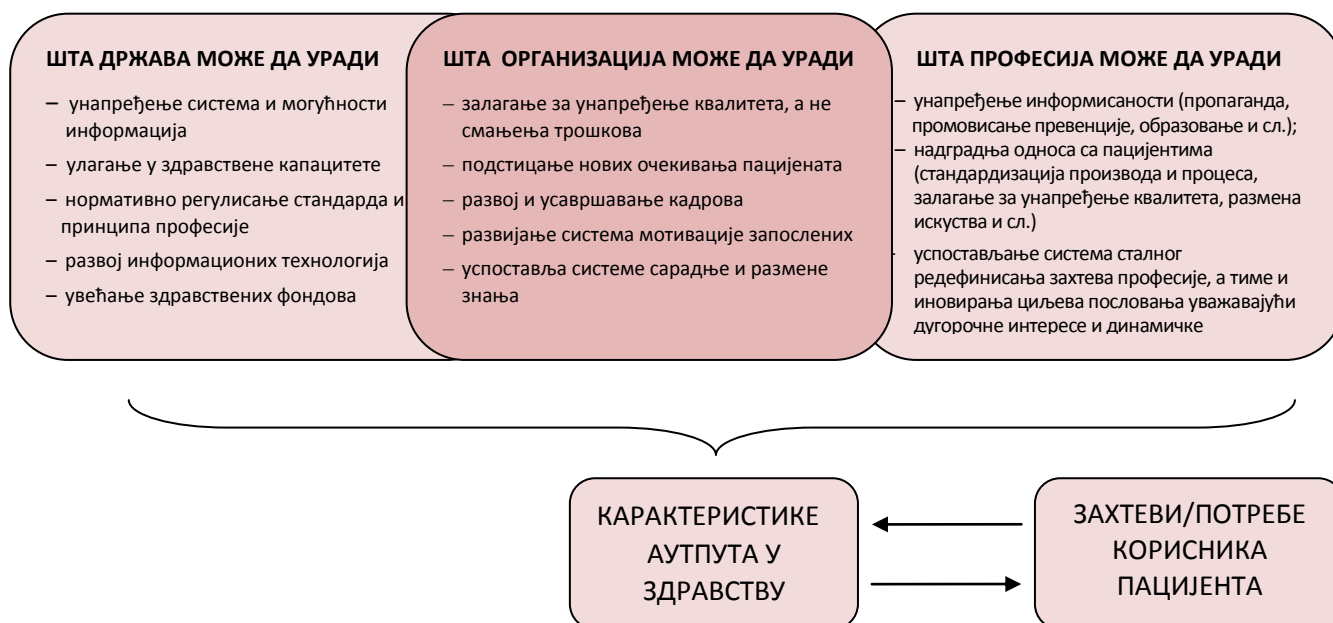
У том смислу даља разрада, односно развијање система ланца вредности као оквира ефикасне имплементације послове стратегије захтева идентификацију стварних, али истовремено и ургентних потреба пацијената, потом усвајање референтних мера перформанси које доследно репрезентују степен реализације циљних вредности уважавајући све аспекте (карактеристике) циљних унапређења, као и избор најбољих начина, а то значи приступа, метода и/или техника извршења постављених захтева, у делу оперативног спровођења стратегије. Наведени елементи, односно карике система ланца вредности доследно се спроводе у свим фазама здравствене заштите, хронолошки према корацима које процес лечења диктира, а што укључује: превентивне активности, дијагностификовање обољења, процесе, односно третмане лечења и давање терапије, као и поступке рехабилитације и опоравка. То заправо значи да се током свих процедура лечења идентификују потребе (захтеви) корисника, а на основу тога циљеви пословања, потом уређује се систем референтних вредности којима се исказује њихова реализација и на крају врши се одабир метода и приступа лечења као начина извршења постављених норми. Приказ тока и садржаја процеса имплементације пословне стратегије применом концепта креирања вредности у складу са захтевима корисника, односно пацијената графички је представљен на *Слици бр.26* на следећој страни.



Слика бр.26: Развијање система ланца вредности у циљу имплементације стратегије здравствене организације у складу са концептом креирања вредности, према извору Michael E. Porter, 2006., *Health Information Technology Symposium Massachusetts Institute of Technology*, Harvard Business School Press

И поред значајних користи од примене концепта креирања вредности, као концепта имплементације пословне стратегије здравствене организације, посматрајући његов допринос реализацији циљне успешности ентитета треба нагласити да је могуће остварити и додатна пословна унапређења уколико се концепт креирања вредности заснива на динамичком тумачењу. Наиме, тумачење концепта креирања вредности у складу са динамичким приступом подразумева прихватање принципа сталних пословних унапређења. У складу са тим дефинисање и реализација супериорних вредности, као конкурентске предности, а тиме и извора пословне успешности здравствене организације

посматра се у контексту сагледавања и прихватања сталних промена у складу са увођењем нових или изменом постојећих захтева непосредних потрошача (пацијената), а тиме и захтева окружења, што истовремено значи и прихватање промена у односу на начин, методе и технике спровођења, односно пружања здравствене неге. Шире посматрање динамичко тумачење концепта креирања вредности као извора супериорних карактеристика реализованог учинка односи се и на коришћење позитивних околности и/или позитивног деловања и других учесника који директно или индиректно учествују у стварању здравствених потреба, као и могућности и карактеристика њиховог задовољења, а то су пред здравствене организације пре свих држава и здравствена професија. Допринос односно утицај, како здравствене организације директно, тако и здравствене професије и државе индиректно на реализацију карактеристика аутпута у здравству, а тим и степена задовољења потреба пацијената приказан је на *Слици бр.27*.



Слика бр.27: Субјекти који учествују у креирању вредности здравља као аутпута у складу са потребама корисника, односно пацијента

Стално прилагођавање карактеристика и начина обезбеђења коначног производа, а што је посебно случај када се ради о прогресу здравља као учинку треба да искористи све потенцијалне користи које су продукт деловања не само здравствене организације већ

и других укључених страна. То значи да здравствена организација као пословни ентитет треба да усклађује, али и подстиче активности у овом случају државе и професије које су у функцији унапређења здравствене неге, а тиме и унапређења захтева корисника (пацијената), као своју конкурентску предност. Дакле, ради унапређења квалитета здравствене неге, као извора раста пословне успешности менаџмент здравствене организације треба ефикасније од конкурената да користи предности окружења које су последица деловања државе и здравствене професије. То се практично остварује у подручју утицаја државе тако што здравствена организација обезбеђује боље техничке услове, виши степен развоја или обима капацитета, већа финансијска издвајања, бољу сарадњу са локалном заједницом и сл., а у делу утицаја професије мисли се, на пример, на јачу сарадњу са научним институцијама, усвајање савремених и ефикаснијих метода рада, већу професионализацију кадрова, размену знања и искуства и сл.

2.1.3. Обрачун трошкова по програмима/активностима

Пословање здравствених организација спроводи се реализацијом различитих програма здравља где сваки од програма чини скуп обједињених здравствених активности усмерених ка реализацији функције здравља из области, односно подручја којим се организација бави и ради којег је основана. Положај програма у односу на здравствену организацију, као и здравствене организације у односу на систем здравствене заштите пореди се са положајем и улогом ћелије у органу, односно органа у организму. Повезивањем, усложњавањем и/или надградњом једног или више програма формира се организација као правни ентитет на исти начин као што се повезивањем више правних ентитета формира систем здравствене заштите који истовремено функционише у оквиру јавног (државног) и приватног (тржишног) сектора. Тако, на пример, ако се посматра општа болница као пословни ентитет у оквиру које функционишу самосталне пословне и програмске целине – здравствене службе (на пример, службе пријема и збрињавања хитних стања, обављање специјалистичко – консултативне и стационарне здравствене делатности, лабораторијске и РТГ дијагностике, амбулантног прегледа са рехабилитацијом, фармацеутике и сл.) јасно је да се ради о програмима здравствене заштите који су између себе битно различити и то по више основа, а између осталог и према врсти, структури и учешћу трошкова, односно потрошњи ресурса.

Уколико је здравствена служба унутар себе пословно и/или програмски сложена врши се њена диференцијација по ужим – субпрограмским активностима где основ диференцијације зависно од случаја може бити рецимо, врста услуга или корисници којима је намењена као и процеси и/или методи који се у процесу лечења примењују. На примеру лабораторијске службе прави се разлика између хематолошке и биохемијске анализе, односно анализе урина, које се опет у зависности од приступа и обухвата, односно садржаја и корисника на које се анализа односи деле на уже пословно сродније, а често и организацијски дефинисане целине.

Чак и када је здравствена организација циљно основана за реализацију једног програма, рецимо лечење одређене болести уколико се процес лечења спроводи у више фаза/етапа, или се прилагођава стадијуму обољења могуће је поједине фазе, односно нивое лечења посматрати као самосталне субпрограмске активности које могу имати препознатљиве учинке или су њихови учинци у функцији реализације учинака наредне субпрограмске јединице. У пракси, структура субпрограмских активности најчешће прати тзв., „производни ток“ реализације здравља главног програма у којем се издвајају: програми превентивних активности (сузбијања фактора ризика), програми дијагностификовања обољења, куративни програми и на крају програми опоравка и ублажавања неповољних последица узрокованих обољењем.

Без обзира на основ и ниво диференцијације програмских/субпрограмских активности неопходно је да утврђене целине имају одговарајући ниво пословне и/или процесне самосталности која се може односити на реализацију конкретног учинка/услуге, задовољење потреба по групама корисника или у односу на методе и процесе рада. С тим у вези, између издвојених пословних целина није дозвољено преливање или мешање извора финансирања, уступање ресурса, пребијање пословних резултата и слично, без обзира што сви заједно, дакле збирно одређују пословну успешност на нивоу ентитета. Међутим, за разлику од здравствене организације која има статус правног лица, што значи да је правно самостална и законом одговорна, програмски и субпрограмски

ентитети могу да имају само економску,²⁴² а не ретко и организациону самосталност, али у сваком случају без правне аутономије.²⁴³

Програмске, односно субпрограмске активности са економског становишта представљају самосталне пословне јединице (business cells) што захтева да се и елементи потрошње и пословна остварења, односно резултати по том основу такође каналисано прате према припадности, заправо месту или узрочнику настанка.²⁴⁴ Приписивање појединих трошкова по припадности или њиховим узрочницима зависно од врсте трошка могуће је одредити директно или индиректно применом одговарајућег кључа расподеле (као што су, на пример, време и/или интензитет коришћења, обим реализације и сл.). Значај оваквог приступа у случају здравствених ентитета посебно је наглашен с обзиром да екстерно формирана потреба за здрављем, као покретач здравствених активности захтева праћење начина и/или ефикасности њеног задовољења у складу са буџетским принципом потрошње.

Имајући у виду да се под појмом буџета сматрају наменски одређена – посебно издвојена средства у циљу реализације дефинисаног програма здравља (као део пословања здравствене организације)²⁴⁵ произилази да захтев обрачуна трошкова по програмским целинама обухвата не само обрачун трошкова по програмској припадности што је случај код привредних ентитета, већ и неопходност праћења трошења по њиховој наменској одређености, али и начину, односно интензитету потрошње. То значи да се потрошња одређених средстава, другим речима трошкови који по том основу настају у оквиру програмских и субпрограмских активности истовремено

²⁴²На основама економске самосталности МРС за јавни сектор се залажу за сегментирано извештавање према групама сродних послова (пројектима) са циљем сагледавања индивидуалног доприноса укупној успешности ентитета као целине, опширније погледати МРС за јавни сектор – 18 „Извештавање по сегментима“, параграф 9;

²⁴³ Према МРС за јавни сектор 1 – „Презентација финансијских извештаја“, пар.8, израз економски ентитет користи се за дефинисање групе ентитета који представљају облик консолидованог ентитета. Као синоними користе се појмови административни или финансијски ентитет.

²⁴⁴Musgrove Ph., Fox-Rushby J. 2006., *Disease Control Priorities in Developing Countries: Cost-Effectiveness Analysis for Priority Setting*, Washington (DC): World Bank: 271 – 286;

²⁴⁵Вашичек В., Вашичек Д., Сировица К., 2000., *Рачуноводство непрофитних организација*, II измењено и допуњено издање, Загреб, преузето према “Codification of Governmental Accounting and Financial Reporting Standards”, p.45.

строго сегментирано прате по више различитих основа или карактеристика, као што су: извори финансирања (порекло); предмет реализације, односно врста услуге; корисници и/или групе корисника; методе и поступци који се у процесу реализације прогреса здравља примењују, као и начин, интензитет и динамика потрошње, што је уважавајући принцип израде буџета, као плана потрошње јавних средстава приказно на *Слици бр.28* на следећој страни.

Извори финансирања	Програми	Субпрограми	Методе/приступи/третман	Начин и динамика трошења	Очекивани ефекти/индикатори успеха
Буџетски извори	Раздео министарства просвете	П ₁ : сузбијање дувачког дима код малолетника	П ₁₁ : програм за децу у основној	Школски програми	Број укључених у програм
Буџетски извори	Раздео министарства за омладину и спорт	П ₂ : сузбијање алкохолизма код малолетника	П ₁₂ : програм за средњошколски узраст	ТВ емисије	Број упознатих са циљевима програма
Буџетски извори	Раздео министарства за омладину и спорт	П ₃ : сузбијање алкохолизма у региону	П ₂₁ : програм за децу у основној школи	Манифестације	Застуђеност у медијима
Буџетски извори	Донатор ХУ	П ₃ : сузбијање алкохолизма у региону	П ₂₂ : програм за средњошколски узраст	Предавања	Оцена јавног мишња
Буџетски извори	Донатор МН	П ₄ : сузбијање алкохолизма код трудница и новорођенчади	П ₃₁ : за кориснице до 20	Јавне трибине и стручни скупови	Стање свести популације о штетности и последицама зависности
Буџетски извори	Донатор МН	П ₄ : сузбијање алкохолизма код трудница и новорођенчади	П ₃₂ : за кориснице до 20	Груписне терапије	Укљученост чланова породица у програме
Буџетски извори	Донатор МН	П ₄ : сузбијање алкохолизма код трудница и новорођенчади	П ₃₃ : за кориснице преко	Индивидуални програми	Поддршка владиних и невладиних организација
Буџетски извори	Донатор МН	П ₄ : сузбијање алкохолизма код трудница и новорођенчади	П ₄₁ : за кориснице у региону...	Амбулантно лечење применом ...	Процент који су трајно оставили дувачки дим/алкохол
Буџетски извори	Донатор МН	П ₄ : сузбијање алкохолизма код трудница и новорођенчади	П ₄₂ : за кориснице у региону...	Амбулантно лечење применом ...	Процент који су привремено оставили дувачки дим/алкохол
Буџетски извори	Донатор МН	П ₄ : сузбијање алкохолизма код трудница и новорођенчади	П ₄₃ : за кориснице у региону...	Болничко лечење	Процент који су привремено оставили дувачки дим/алкохол

Слика бр. 28: Примена сегментираних трошења намењених одређених средстава према програмским/ субпрограмским целимама применом буџетског принципа потрошње

Обрачун трошкова по програмима/субпрограмима чија релација гласи „средства – пројекат – учинци“ у складу са буџетским принципом потрошње допуњује се елементима оправданости и/или ближе опредељености, као и динамике и ефикасности потрошње. То условава да се на нивоу пројеката трошкови прате према непосредним узрочницима њиховог настанка (здравственим потребама или корисницима здравственог бенефита), затим изворима финансирања, али и оствареним ефектима,²⁴⁶ због чега се претходна релација допуњује и гласи: „потребе – средства – пројекат – учинак – последице/ефекти“.²⁴⁷

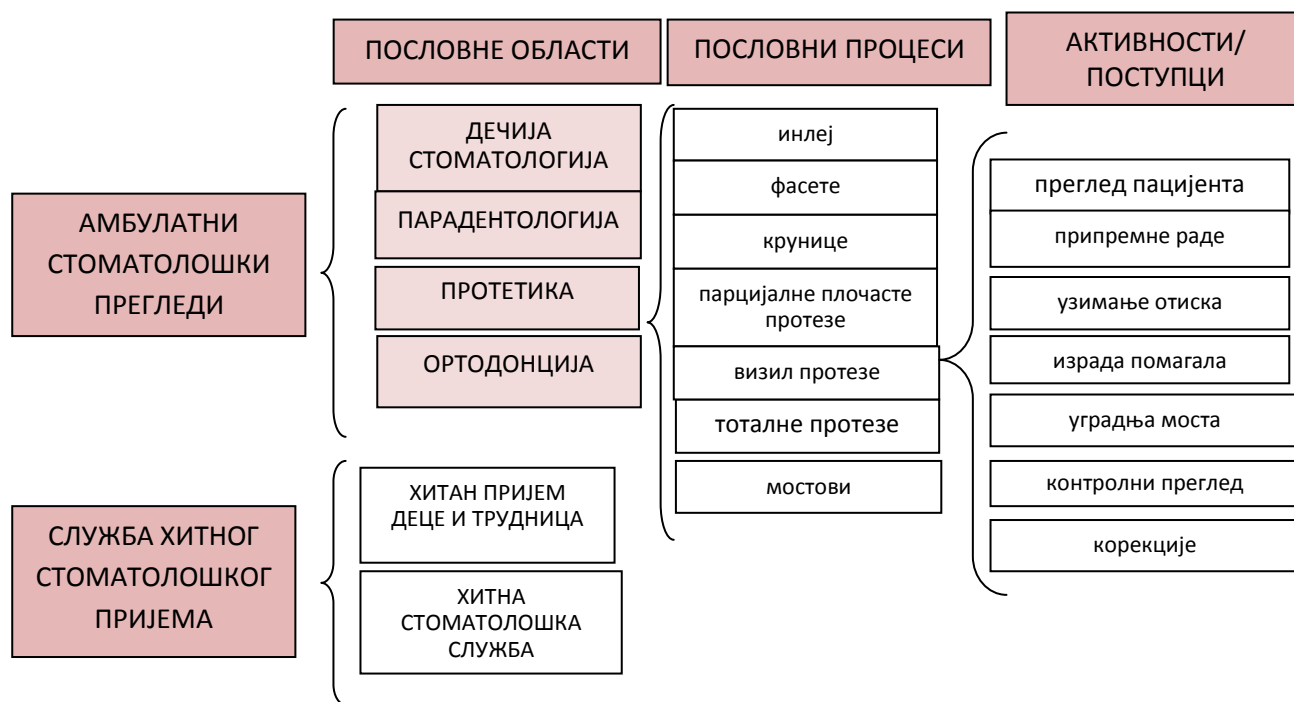
Такође посматрање пројекта у складу са принципом буџетске потрошње подразумева непосредније праћење врсте, динамике и интензитета трошења у складу са очувањем буџетске ликвидности. То значи да се праћење трошкова врши на вишем степену анализе (по врсти трошка) и уважавањем временске димензије трошења која се прати на кварталном, месечном, па чак и дневном нивоу. На тај начин омогућено је прецизније праћење трошкова по структури, врсти и извесности настанка, али и њихово директније везивање за непосредне изазиваче (у овом случају учинке здравља) чиме је могуће да се економичност трошења прати не само по основу висине, већ и врсте и динамике одлива средстава. Праћење трошкова на овај начин обезбеђује процену не само економске исплативости улагања (по правилу буџетских средстава) већ и друштвене оправданости извршења конкретне функције здравља у складу са друштвено прихватљивим и одговорним начином функционисања система здравствене заштите и ентитета који га чине.

Дефинисање активности које се спроводе у оквиру здравствене организације захтевају ближу диференцијацију здравствених процеса прилагођено врсти и/или типу здравствене неге, а потом унутар процесне опредељености утврђивање конкретних процедура и поступака лечења уважавајући редослед и/или динамику њиховог настанка у складу са

²⁴⁶ Freeman R. J., Shoulders C.D., 1999., *Governmental and Nonprofit Accounting – Theory and Practice*, seventh edition, Upper Saddle River, New Jersey, p.7–8;

²⁴⁷ Специфично у сектору здравства фазе инпута и аутпута започињу и завршавају се пре, односно после уобичајених фаза производног процеса имајући у виду да производња здравља почиње формирањем здравствених потреба, а завршава сагледавањем ефеката (последица) изазваних здравственим активностима који могу да се протежу за дрг временски период.

методом, односно процесном рада. Тако, на пример, зависно од врсте здравствене неге издвојиће се самостални пословни и организациони сегменти, где спадају, на пример, хитан пријем, амбулантни прегледи, лабораторијске службе, саветовалишта, патронажне службе и сл. Избор пословних јединица и њихова структура зависи од нивоа здравствене заштите и области медицине коју организација спроводи и чију функцију обавља. Када се установе основне пословне области и унутар њих уже организационе целине – пословни процеси у смислу приступа и/или начина лечења врши се ближе дефинисање процедура рада, хронолошки по фазама усвојене, односно одобрене професионалне праксе. Појединачни пословни процеси састављени од фаза – ходограма пословних поступака представљају логичан след или ток процеса лечења, а који најшире посматрано обухвата поступке дијагностификовања обољења, третмане лечења (терапије), процесе рехабилитације, контролне прегледе и сл. Свака од фаза, односно корака у процедури лечења садржи сет пословних активности, у смислу поступака, односно радњи које треба предузети како би се одређена фаза процеса лечења потпуно и ефикасно извршила. Шематским повезивањем пословних процеса, подпроцеса, процедура и активности (поступака рада) у систем међусобно повезаних и усклађених јединица и/или елемената које чине стоматолошку здравствену заштиту у оквиру, на пример, дома здравља добија се тзв. организациона мапа пословних активности на нивоу субјекта. Узимајући у обзир у пракси уобичајно коришћене пословне области, процесе, активности, односно поступке стоматолошке делатности могуће је извршити мапирање организационе структуре стоматолошке организације у оквиру дома здравља, што је графички представљено на слици *Слици бр.29*, на следећој страни.



Слика бр.29: Мапирање пословних процеса, процедура и активности стоматолошке организације у оквиру дома здравља, прилагођено према организацији и процесима рада више стоматолошких служби које се спроводе у пракси

На нивоу сваке активности појединачно утврђује се време обављања, одговорно лице, опис посла, документација, очекивани ефекти, систем контроле (надзора), документациона основа као и потребни кадровски, технички и финансијски ресурси. На основу наведених информација уводи се, односно усваја се стандардизација процеса и процедура рада, као и организација и координација пословања. Тако, на пример, процедура за отпуст пацијента из болнице који може бити планиран или на лични захтев може да се састоји из следећих поступака, односно пословних активности:

1. Планирање отпуста и обавештавање пацијента
 - време отпуста током дана (период отпуста)
 - ко врши отпуст (задужено лице)
 - начин информисања пацијента/породице о отпису...
2. Припрема пацијента за отпуст
 - преглед уочи отпуста
 - превијање уколико се ради о оперисаном пацијенту
 - предаја документације пацијенту

- провера поседовања упута или наплата партиципације ...

3. Вођење медицинске документације при отпусту

- сачињавање отпусне листе на одговарајућем обрасцу
- одлагање историје
- сачињавање пратеће документације

Имплементација стратегије пословања здравствене организације може се врши и применом концепта *заснованог на управљању активностима (Activity-Based Management)*. Спровођење овог метода имплементације заснива се на избору циљних активности (захтев ефикасности) и начина њиховог извршења (захтев ефикасности) тако да се обезбеди увећање корисности, односно бенефита од реализације остварених учинака које добијају непосредни корисници, у овом случају пацијенти. Максимизација циљних користи од остварења учинка у здравству за пацијенте, а и шире друштвену заједницу је основ дугорочног обезбеђења и унапређења пословне успешности организације, а то значи основ генерисања вредности за све интересне субјекте укључене у пословање ентитета. Примена концепта управљања заснованог на активностима пре свега врши се на стратешком нивоу који подразумева анализу ефикасности појединих активности чиме се настоје идентификовати активности које се могу елиминисати или заменити, односно допунити другим ради унапређења пословних процеса и реализације циљних бенефита. Као пример активности које имају директан утицај на унапређење циљних користи, могу се навести увођење нових или унапређење постојећих метода и процедура лечења, затим увођење активности којима се повећава безбедност и сигурност пацијената или увећава квалитет здравствене неге или обезбеђује већа доступност и приступачност здравствених услуга и сл. Са друге стране треба анализирати и активности које немају директан утицај на унапређење циљних користи, али су такође индиректно у функцији унапређења пословне успешности где се могу навести активности општих истраживања, инсталирања и поправке опреме, осигурања, транспорта, маркетинга, складиштења и сл. На оперативном нивоу захтева се анализа ефикасности трошења ресурса у оквиру постојећих активности, што треба да доведе до смањења трошкова. Оперативни ниво управљања активностима заснива се на организационих и техничким унапређењима који треба да доведу до пословних рационализација и по том основу остварења уштеда у потрошњи ресурса.

Не улазећи на овом месту даље у разлике између типова здравствене организације све здравствене активности, зависно од критеријума поделе могу се диференцирати на кључне и споредне, затим на здравствене и нездравствене, потом на активности које имају учинак и активности које су у функцији учинка и сл. Према критеријуму непосредности, односно могућности алокације утрошених ресурса на директне изазивање, дакле реализоване учинке све здравствене активности могуће је диференцирати на:²⁴⁸

- *Активности на нивоу јединице учинка* (unit level activity) – активности рада лекара, активности рада медицинског особља, активности других здравствених служби које је могуће везати за учинак (рентгенски, ултразвучни прегледи, лабораторијске анализе) и сл.;
- *Активности на нивоу организационе процесне јединице* (batch level activity) – активности ангазоване опреме и капацитета, активности транспорта, активности контроле и надзора и сл.;
- *Активности подршке учинку* (product sustaining activity) – активности рачуноводства, набавке, маркетинга, обезбеђења, правног заступања, осигурања и сл.;

Наведена подела здравствених активности основ је **обрачуна трошкова по активностима** (*Activity Based Costing - ABC*). У складу са ABC концептом носиоци трошкова, односно учинци здравствених активности настају као резултат више, између себе различитих пословних активности, при чему је свака од активности узрочник трошкова, односно доводи до трошења ресурса. Међутим, за потребе имплементације обрачуна трошкова по активностима неопходно је идентификовати појединачне пословне активности, а затим издвојити оне пословне активности које су кључне за реализацију пословног учинка (здравственог аутпута), што су по правилу све здравствене активности (рецимо прегледи, анализе, дијагнозе, терапије, процедуре, поступци лечења и сл.). С друге стране, остају споредне, најчешће нездравствене активности, као на пример, пријем пацијента, транспорт, набавка лекова, администрација, одржавање и сл.

²⁴⁸ Kaplan Robert, (2001): Introduction to Activity-Based Costing, Harvard Business School, No 9-197-076, July 2001, стр. 3

Када се дефинишу кључне или здравствене активности, следећи корак у примени АБЦ концепта је алокација утрошених ресурса на те активности, а што се спроводи на основу директних критеријума алокације или путем процена. На пример, трошкове директног рада и директног материјала могуће је алоцирати на бази евидентних показатеља потрошње, као што су: обим, количина или време ангажовања (број прегледа, број дијагностифованих оболења, број извршених терапија или датих доза лека и сл.) док се индиректни трошкови, а то су по правилу трошкови организационе јединице, односно трошкови опреме и капацитета, енергије, одржавања, грејања и сл. утврђују проценом на бази утврђених кључева за алокацију, као што су број радних смена, број радних сати, време потрошње и сл.

Када се изврши алокација утрошених ресурса на кључне активности следи алоцирање обрачунатих трошкова по кључним активностима на конкретне носиоце трошкова, односно здравствене учинке. С тим у вези учинци у здравству најчешће у зависности од гране медицине исказују у виду квантитативних показатеља здравственог ангажовања, као што су, на пример, у случају стоматологије број поправки, број извађених зуба, број уграђених визил протеза и сл. Без обзира на начин исказивања учинка здравственог ангажовања следећи корак је да се према учешћу одређене кључне активности у реализацији посматраног учинка извршити приписивање трошкова те активности на ниво јединичног учинка. У примеру израде стоматолошког протетичког помагала то заправо значи да треба утврдити колико од укупних трошкова сваке од активности (преглед, припремне радње, узимање отиска и др.) треба приписати изради јединичног учинка, а то је у овом случају уградња визил протеза, при чему се по правилу увек ради о просеку трошкова по јединици учинка. На крају ради добијања укупних трошкова по јединици учинка трошковима кључних активности треба додати трошкове споредних, односно нездравствених активности, а који се распоређују по утврђеном кључу прилагођено природи трошка. Сумирањем трошкова кључних и споредних активности добија се номинално исказана укупна потрошња ресурса, односно обрачун трошкова по јединици учинка у здравству.

2.1.4. Остале методе имплементације

Иако су у теорији и пракси познати и примењују се и друге методе имплементације пословних стратегија здравствених организација корисно је нешто више рећи о моделу индикатора укупних перформанси. Ово из разлога што модел индикатора укупних перформанси слично као претхоно поменути BS концепт има основа за примену у здравству с обзиром да уважава специфичности ових организација, такође има и битне различитости у односу на BS концепт о чему је неопходно нешто више рећи у наставку.

Модел индикатора укупних перформанси (*Total Performance Indicator – TPI*) је врста интегралног модела мерења перформанси због чега је веома погодан за имплементацију стратегије здравствене организације. Заснива се на упоредној примени квантитативно–финансијских и квалитативно–оперативних мерила перформанси захваљујући којим се свеобухватно исказују пословни циљеви и прати степен њихове реализације и то на начин да се упоредо уваже интереси финансијера, односно државе, непосредних корисника, дакле пацијента и запослених. Основна предност овог модела имплементације, поред обележја интегралности је његова сведеност, а тиме и једноставност примене. Наиме, модел се темељи на идеји да процес имплементације пословне стратегије треба да почива на релативно малом броју, кључних перформанси на основу којих је могуће створити јасну слику о томе шта је важно односно шта је стратешки циљ, а потом и колико се урадило у смеру степена или ефикасности реализације циљних вредности.²⁴⁹

Дефинисање кључних перформанси као алата за управљање учинком²⁵⁰ врши се превођењем пословних циљева у референтне вредности на основу који се мери степен остварења и прекорачења остварења утврђених норми, као и предвиђа начин унапређења ефикасности и веће мотивисаности извршилаца. Усвајањем кључних мера перформанси

²⁴⁹ Al Weber, 2005., *Key Performance Indicators, Measuring and Managing the Maintenance Function*, Burlington Ontario, Canada;

²⁵⁰ Према извору: *Key Performance Indicators*, Virbus project, http://www.virbusgame.eu/virbus/mediawiki/index.php/Key_Performance_Indicators

као начина непосредног „превођења“ примарних циљева пословања у мерљиве, једнозначно исказане и у формално – материјалном смислу током времена одрживе индикаторе пословне успешности прецизира се шта је важно (шта је циљ), шта се очекује (које су норме) и шта треба да се деси (који су циљни учинци). На тај начин показатељи учинка у форми циљних индикатора представљају инструмент за имплементацију пословне стратегије и основ су управљања, односно оцене и вредновања пословних достигнућа и доношења управљачких одлука у периоду који следи. Заправо, путем индикатора успешности спроводи се анализа пословања и контролише квалитет, квантитет и ефикасност реализације циљних исхода. При томе прави се разлика између индикатора реализације стратешких циљева што је у случају здравствених организација показатељи, на пример, ширења услужног асортимана, проширења активности на друга подручја, повећање пословних капацитета и сл, док се процена извршења оперативних циљева, као мерило текуће успешности прати индикаторима као што су: број прегледа у радној смени, степен ревизија, стопа дијагностификованих случајева при првом прегледу и сл.

Без обзира да ли се ради о индикаторима успешности на стратешком или оперативном нивоу (с тим да индикатори оперативне успешности произилазе, односно у функцији су индикатора стратешке успешности) неопходно је да недвосмислено представљају „оно што је важно“ и да јасно приказују „оно што се хтело и/или шта се постигло“. У том смислу прва карактеристика изабраних индикатора успешности, према моделу индикатора укупних перформанси је везивање за кључне пословне активности, док се друга карактеристика односи на висок ниво прилагођености или индивидуализације индикатора циљних извршења карактеристикама (природи) предмета процене, у овом случају конкретним активностима, процесима или методама рада чији учинак исказују и прате.

Имплементација стратегије здравствене организације применом модела индикатора укупних перформанси врши се хронолошки по следећим корацима (фазама) и то:

- избор мањег броја кључних праваца (смерница) у функцији реализације стратешких циљева (на пример, фокусирање на пацијента, унапређење техничко–

технолошких могућности рада, увођење хибридних здравствених услуга, смањење трошкова и сл.) – *шта је важно или шта се хоће?*;

- идентификовање перформанси циљног деловања у функцији пословних побољшања са именовањем задужених лица (што је рецимо случај са повећањем сигурности и безбедности процеса лечења, растом расположивих ресурса, већом мотивацијом и професионализацијом запослених и сл), што захтева и дефинисање квантитативних показатеља циљних остварења – *која је норма или које су референтне вредности?*
- усвајање плана активности односи се на дефинисање конкретних приступа, метода и начина спровођења циљног деловања по процесима и активностима које се спроводе, а што се врши на нивоу претходно утврђеним праваца, односно подручја промена (на пример, сектор финансија, сектор иновација, кадровски сектор, сектор професионализације и усавршавања и сл.) – *дефинисање начина деловања или плана активности на нивоу пословног сегмента?*

На основу одговора на питања шта се хоће, које су референтне вредности и какав је начин деловања, могуће је саставити иницијални модел индикатора укупних перформанси здравствене организације. Ради се о табеларном приказу изабраних места (подручја) имплементације стратегије са припадајућим циљевима које треба остварити у одговарајућим, претходно дефинисаним референтним износима. Свакако да реализација циљевих вредности у одговарајућим, плански утврђеним оквирима по сваком издвојеном подручју, као коначан исход треба да доведе до остварења стратешких циљева. Табеларни преглед места, циљева и мера перформанси као модела имплементације стратегије у случају здравствене организације дат је на *Слици бр.30* на следећој страни.

	МЕСТО/ПОДРУЧЈЕ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ СТРАТЕГИЈЕ		
	КАДРОВИ	ПАЦИЈЕНТИ	ИНВЕСТИЦИЈЕ И РАЗВОЈ
ЦИЉЕВИ	Окружење за лични развој	Пријатан амбијент	Набавка нове опреме
	Подршка иновацијама	Раст индивидуализације услуге	Информационе технологије
	Успостављање система мотивације	Категоризација услуга	Отварање новог одељења
	Каријерно напредовање	Стимулисање лојалности потрошача	
МЕРЕ ПЕРФОРМАНСИ	Раст личне и професионалне афирмисаности	Степен задовољености пацијента	Ниво информатичке писменост
	Просечан раст зарада	Повећање обима посета	Повећање ефикасности рада
	Степен унапређења тимског рада	Степен задржаности пацијената	Смањење грешака и пропуста у раду

Слика бр.30: Иницијални модел индикатора укупних перформанси здравствене организације, прилагођено према извору М.Е.Крук, Л.Р. Фредман, 2008., *Assessing health system performance in developing*, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>

Имплементације пословне стратегије применом индикатора укупних перформанси захтева израду детаљног плана деловања по секторима, односно подручјима извршења. Јасно је да ће сваки сектор, тачније свако задужено лице у оквиру сектора предвидети активности, задатке и извршиоце, као и време потребно за извршење плана. С тим у вези сектор задужен за развој кадрова у циљу унапређења кадровских капацитета ће се бавити питањима повећања професионалности рада, улагања у кадрове, обезбеђења веће мотивисаности, личне ангажованости, инвентивности и сл. На том пољу треба размотрити могућности стварања бољих радних услова, позитивне радне атмосфере, перспективе за афирмацију, усавршавање, лични развој и сл., као и друге облике побољшања који су у функцији већег задовољења потреба запослених. С друге стране, сектор задужен за унапређење сатисфакције потрошача (пацијената) како би ефикасније одговорио на захтеве веће усмерености на пацијенте, повећање пријатности и љубазности особља, виши квалитет и сигурност услуга и сл. треба да се усресреди на решавање проблема дефинисања потреба или захтева корисника, начина њиховог задовољења, адекватности или погодности понуде, поударности понуде са тражњом, сигурности, односно безбедности здравствених услуга и сл. Такође, на подручју инвестиција и развоја у функцији унапређења ефикасности и ефикасности здравственог деловања

неопходно се фокусирати на процесе модернизације рада, техничког описмењавања кадрова, усавршавања начина функционисања и организације и сл.

Спровођење планираних активности као начин, односно процес имплементације пословне стратегије здравствене организације у оквиру свих места (подручја) спровођења врши се сетом финансијских и нефинансијских мера перформанси, са квантитативних и/или квалитативним индикаторима остварења. Иако у основи ТРІ модела преовладавају финансијске мере перформанси, као мере „заједничког (новчаног) именитеља специфично у случају здравственог деловања финансијске мере перформанси треба посматрати више као симптоме, а не узроке појава.²⁵¹ Тако на пример, смањење обима активности или смањење степена коришћења расположивих капацитета треба тумачити у контексту неприлагођености или неадекватности здравствене неге, пропуста и грешака у раду, нељубазности и непрофесионалности кадрова и сл. У том смислу финансијске мере перформанси ради добијања јасне слике о узрочницима пословног стања треба допунити и/или појаснити нефинансијским мерама перформанси којима се исказују професионални резултати и задовољење корисника (пацијената).

2.2. Методе унапређења стратегије

Под методама унапређења стратегије у општем смислу сматрају се различите методе које примењују тржишни субјекти, као што су, на пример, benchmarking, унапређење пословних процеса, управљање тоталним квалитетом, управљање ризиком и остале. На исти начин као у случају метода за имплементацију пословних стратегија неопходно је и њих додатно прилагодити, односно ускладити са захтевима примарне непрофитабилности и обавезности заштите принципа континуитета пословања имајући у виду јавни значај, као и законом обавезујућу улогу здравствене организације. Примарна сврха метода унапређења стратегије је укључивање, односно уважавање могућности унапређења стратешких планова путем сагледавања прилика у окружењу у односу на тренутну позицију ентитета. Методе унапређења стратегије спроводе се кроз усавршавање, ширење и/или

²⁵¹ Al Weber, 2005., Key Performance Indicators, Measuring and Managing the Maintenance Function, Burlington Ontario, Canada;

промене пословних програма, као и повећање ефикасности оперативног деловања текућих пословних процеса.²⁵² У том смислу унапређење стратешких планова здравствених организација као самосталних пословних система спроводи се изменама и/или допунама текућег пословања, које се у крајњем изразу испољава као унапређено функционисање пословних процеса, што у случају здравства подразумева:

- стандардизацију здравствених исхода (смањење варијација резултата у околностима уједначених материјалних, финансијских и хуманих ресурса),²⁵³
- минимизирање одступања у трошковима пружања здравствених услуга (очување трошкова здравствених услуга у односу на стандардне вредности);
- повећање безбедности и сигурности процедура и поступака лечења (смањење ризичности поступака);
- ефикасније коришћење здравствених технологија;
- скраћење времена чекања на медицинске процедуре и интервенције;
- увећање задовољства корисника (које се не односи само на решавање здравствених проблема већ и на доживљени осећај пријатности, безбедности, пажње, љубазности и сл.);
- унапређење права пацијента (право на информисаност, право избора и сл.);
- повећање задовољства запослених и већа радна мотивисаност;
- сузбијање трошкова пословања, односно унапређење ефикасности трошења по свим изворима финансирања.²⁵⁴

Основни аспекти, односно елементи система на којима се темељи захтев сталних унапређења су: усмереност на корисника (пацијента), успостављање система праћења пословања (прикупљање података, мониторинг и евалуација) и система за процену

²⁵² 2009, *Methods and Tools for Strategy Implementation*, Project Companion Business Project Management, <http://www.projectcompanion.com/Download/40/docs/StrategyExample.pdf>

²⁵³ *Value in Health Care: Current State and Future Directions*, American Collage of Physician Executives, Institute for Healthcare Improvement, p.21, [http://www.aramarkhealthcare.com/RelatedFiles/1157_value report_w3.pdf](http://www.aramarkhealthcare.com/RelatedFiles/1157_value_report_w3.pdf).

²⁵⁴ Министарство здравља, 2009. „Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената“;

присуства (значаја) проблема/застоја, као механизма за праћење и унапређење захтева квалитета. По наведеним компонентама и/или сегментима испољавају се различите врсте унапређења рада здравствене организације, које проистичу на бази унапређених стратешких планова ентитета, као што су:

- ***већа доступност и приступачност здравствене заштите***, остварује се путем унапређења: финансијске доступности (утврђивање цена услуга и/или садржаја и квалитета „пакета услуга“ по одређеној цени), ресурса за задовољење формираних потреба, подесности/предусетљивости (прилагођавање и задовољење специфичних захтева корисника, степен диверсификације понуде сл.), приступачности/доступности, што се, пре свега мисли на географску и физичку доступност, отклањање негативних ставова, препрека, предрасуда и информативну доступност (укључујући и формат информације прилагођено кориснику као што су, на пример, за слабовиде или глувонеме особе, неписмене особе, представнике језичких мањина и сл.).
- ***унапређење једнакости права на здравље и већу професионалност рада*** у складу са захтевом социјалне праведности и безбедности пацијента (обухвата право и остваривање права на здравствену заштиту која не може бити условљена факторима изван или преко интереса професије и поштовања принципа хуманости и солидарности, а што се на нивоу ентитета остварује путем дефинисања јасних, доследних и општих правила и процедура лечења и пружања здравствене неге, увођења заштитника права пацијената и институције „изабраног лекара,“ праћења и уважавања жалби и притужби корисника, залагања за јавност и транспарентност функционисања организације и рада свих запослених);²⁵⁵
- ***укључивање заједнице у креирање и спровођење планова и активности везаних за здравље становништва***, остварује се путем успостављања сарадње са локалном заједницом, становништвом и привредним субјектима. На тај начин постиже се

²⁵⁵ Питање правичне дистрибуције здравствених роба/услуга треба посматрати у односу на карактеристике роба/услуга које се дистрибуирају, као и у односу на карактеристике (мисли се на потребе) оних који те робе/услуге треба да приме. У том смислу питање правичне дистрибуције подразумева добијање одговора на питања: која врста роба/услуга је предмет дистрибуције (на пример, да ли је основна потреба или луксуз), шта се сматра под појмом правичне дистрибуције (да ли фер процес или фер исход (право на лечење или постигнути ефекти)), као и које су карактеристике пацијената на бази којих се оправдава и/или стиче право на потраживање здравствених роба/услуга.

заинтересованост и укљученост свих актера у имплементацију здравствене политике и обезбеђује одговорност у процес спровођења јавног здравља. То захтева прилагођавање здравствених програма потребама и захтевима средине и становништва чије потребе се задовољавају, али и пружање финансијске и друге подршке, помоћи и спремности на учешће у заједничким пројектима/пословима локалне заједнице и здравствених организација (на пример, развијање тзв. хибридних врста здравствених услуга, као што су ангажовање породица за подршку, формирање радионица за рад са корисницима, збрињавање корисника током критичних сати (центри за боравак, дневни центри и сл.);²⁵⁶

- ***примена мултисекторског приступа сарадње и успостављање односа са релевантним институцијама и организацијама***, односи се на залагање за сарадњу са релевантним државним органима и институцијама, као и професионалним телима. Функционисање здравствених служби и резултати/исходи који се по том основу постижу значајно су већи уколико постоји интеративна сарадња у којој се здравље посматра као „заједнички подухват“²⁵⁷ и где сви субјекти сарадње дају допринос у сфери свог утицаја и своје одговорности. Инструментализација заједничке сарадње остварује се кроз интердисциплинарни, мултисекторски и тимски рад, као и друге облике партнерства, удруживања и/или савеза.

Постигнути резултати по основу унапређења пословне стратегије и с тим у вези унапређеног функционисања система здравствене заштите и свих субјеката у његовом саставу треба да донесу увећање укупних здравствених бенефита, како на индивидуалном, тако и општем нивоу. То се пре свега односи на користи од стабилнијег здравственог деловања, ефикаснијег задовољења елементарних потреба становништва, рационалнијег коришћења расположивих средстава, очувања производних потенцијала и спровођења

²⁵⁶ Алтернативним програмима здравствене заштите као видови подршке, односно укључености локалне заједнице у систем здравствене заштите и сарадње тим поводом са субјектима система поред трошковних уштеда (користи) остварују се и остали бенефити као што су: постизање социјалне блискости и осећаја друштвене ангажованости (заинтересованости), растерећење болница и медицинских радника, а тиме и обезбеђење веће доступности здравствене заштите, могућност ангажовања волонтера и лица по уговорном односу чиме се повећава степен запослености чланова заједнице и сл.;

²⁵⁷ Боља примарна здравствена заштита за све нас, *Смернице здравствене политике за јачање система примарне здравствене заштите у Србији од 2010. до 2015. године, Министарство здравља Републике Србије, Пројекат: „Политика примарне здравствене заштите на Балкану.“*

социјалне политике, као и увећања општег друштвеног благостања и осећаја сигурности, безбедности и правичности.

2.2.1. Benchmarking

Benchmarking као техника унапређења пословних стратегија здравствених организација представља „концепт унапређења перформанси ентитета путем идентификовања, разумевања и прилагођавања туђе успешне праксе која се спроводи и која је у пракси потврђена“.²⁵⁸ Benchmarking се дефинише као метод „анализе и планирања који се темељи на упоређивању свог пословања са „најбољим у класи“ с тим да се може радити о конкурентном ентитету или о ентитету из друге делатности“.²⁵⁹ Иако данас постоје различите дефиниције benchmarkinga опште је прихваћено да се концепт залаже за праћење, вредновање и унапређење перформанси ентитета у циљу достизања перформанси лидера (најбоље праксе). У случају здравствених организација области унапређења односе се на: процесе и методе лечења и збрињавања пацијената, пружање и доставу медицинске неге, као и друге техничке и организационе активности. То значи да се концепт залаже за континуирани процес учења којим се унапређују перформансе квалитета, ефикасности и економичности здравствених процеса што је основ развоја пословања здравствених ентитета.

2.2.1.1. Примена Benchmarkinga у здравству

Коришћењем перформанси лидера у улози референтних вредности обезбеђују се „алати и инструменти за праћење, евалуацију и надградњу управљачких, клиничких и оперативних процеса које се у оквиру ентитета спроводе“.²⁶⁰ Као предмет упоређивања са лидером, а на основу чега се дефинишу референтне вредности, по правилу узимају се кључне здравствене активности, затим важни пословни процеси, одређена техничка или

²⁵⁸ Cook, S.,1995.,*Practical benchmarking: A manager's guide to creating a competitive advantage*, London: Kogan Page;

²⁵⁹ Међународна група за контролинг (International Group of Controlling IGC), према извору: Rob Reider, 2000, *Benchmarking Strategies: A Tool for Profit Improvement*;

²⁶⁰ *Benchmarking health systems:Trends, conceptual issues and future perspectives Benchmarking*, An International Journal, Vol. 12 Iss: 5, p.436 – 448;

организациона решења и сл. Циљ је да се у изабраном подручју ангажовања, а везано за одређене карактеристике пословања методом упоређивања спознају сопствени недостаци, ограничења и пропусти ради њиховог превазилажења и неутралисања. Као предмет поређења, а потом и предмет пословних унапређења која се стратешки планирају у смислу надградње постојећих стратешких решења здравствене организације издваја се:

- унапређење квалитета услуга;
- унапређење пословних процеса;
- снижавање трошкова пословања;
- повећање задовољства корисника;
- увођење нових услужних активности;
- повећање капацитета или обима деловања;
- повећање сигурности и безбедности процеса;
- унапређење система надзора и контроле;

Битно је истаћи да се Benchmarking као метод унапређења пословне стратегије не односи на унапређење појединих и/или једнократних слабости здравствене организације, у смислу измена одређених активности, приступа или начина рада већ се ради о системском приступу пословних унапређења заснованом на сталним променама у циљу континуираног усавршавања, надградње и унапређења ефикасности како би се постигла и очувала најбоља пословна пракса, што је предуслов дугорочне конкурентске предности. То значи да је применом Benchmarking метода унапређења пословне стратегије неопходно обезбедити перманентан систем измена и трансформације пословања пословног субјекта који се заснива на принципима „сталног тренинга“,²⁶¹ а који се састоји из следећих корака:

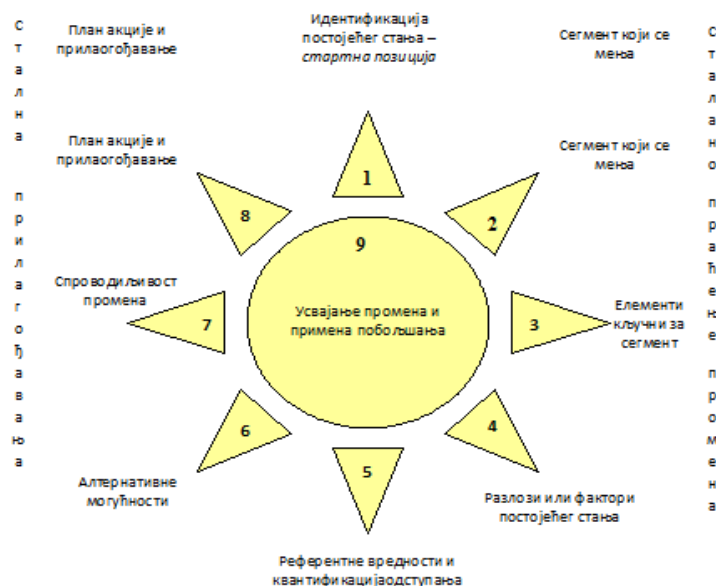
²⁶¹ Rob Reider, 2000, Benchmarking Strategies: A Tool for Profit Improvement

- идентификовати (потенцијалне) пословне промене које су значајне за пословање организације;
- усвојити приступе, критеријуме и смернице за имплементацију промена;
- усмерити се на карактеристике и обележја аутпута која су са аспекта корисника, у овом случају пацијента препозната и прихваћена као значајна;
- применити, односно усвојити пословна унапређења,
- пратити ефекат измена у циљу кориговања и даље надградње система, у складу са захтевом „учећег организма“.

Унапређење пословне стратегије засноване на овом моделу значи да се развој здравствене организације базира на уважавају и унапређењу задовољења интереса свих укључених страна, а што су у случају здравствене организације држава, јавно мњење, пацијенти, невладин сектор, менаџмент и запослени. Процес континуираног унапређења заснован на уважавању свих укључених страна захтева успостављање система сталног мерења ефективности и ефикасности појединих активности, процеса и приступа рада у односу на могућа чиме се на једном месту, а то значи у оквиру једног ентитета настоји објединити најбоља пракса и тиме максимизирати циљне користи свих интересних страна. Такође, применом метода Benchmarkinga настоји се плански, а то значи осмишљено и организовано обезбедити очување и унапређење пословних перформанси, али тако да се у оквирима стратешког управљања обезбеди извесност и сигурност пословања, што је додатно подржано коришћењем проверених и кроз праксу потврђених решења. Оба захтева на којима се метод Benchmarkinga заснива, а то је захтев континуитета унапређења и захтев сигурности, односно извесности промена су од пресудне важности имајући у виду функцију пословања здравствене организације и последице њеног деловања, не само са аспекта ентитета, већ и заједнице у целини.

2.2.1.2. Предности примене Benchmarkinga у здравству

Benchmarking као процес „проналажења праксе којом се долази до супериорних перформанси“²⁶² тумачи здравствени ентитет као организам у непрекидном развоју што поред сталног усавршавања захтева поседовање следећих карактеристика: (1) да је ентитет свестан постојећег стања и своје позиције, (2) да зна који сегмент жели или треба да се мења (предмет промене), (3) да је идентификовао карактеристике и/или елементе који су кључни за успех (генератори прогреса), (4) да је уочио разлоге (факторе) због којих је „ту“, а не „тамо“ (узрочници или кочнице), (5) да је утврдио референтне вредности као циљне перформансе и квантификовао одступања, (6) да је размотрио расположиве алтернативе унапређења, (7) да је сагледао њихову спроводљивост и уска грла, (8) да је сачинио акциони план за усвајање промена (укључујући прилагођавања) и на крају (9) да је применио, односно уградио „измене“ у постојећи систем и то на начин да дође до циљних побољшања, што је приказно на *Слици бр.31*.



Слика бр.31: Модел унапређења клиничке праксе применом benchmarking точка, према
извору: Ellis J., 2007., *Understanding benchmarking*, Royal College of
Nursing.<http://www.rcn.org.uk/>

²⁶² Kay J.F., 2007., *Health Care Benchmarking MBBS(Qid), MRCP(UK), FHKCP, FHKAM (Medicine)*, Medical Bulletin, VOL.12 NO.2;

Применом benchmarkinga здравствена организација је у позицији да препозна сопствене слабости и недостатке, установи реално спроводљиве перформансе успеха, оствари компаративне предности кроз фазна/етапна побољшања континуираног карактера, али и да промовише промене (унапређења) као општи образац пословања. Међутим, у случају здравствених организација посебан допринос benchmarkinga је у следећем:

- као референтне вредности користе се остварене и у пракси потврђене мере перформанси чиме се избегава увођење неспроводљивих решења, у складу са заштитом континуитета пословања;²⁶³
- омогућава прилагођено упоређивање здравствених резултата између сличних организација у смислу да се упоредивост своди и на изведене индикаторе успеха чији се формални и материјални садржај у професионалним круговима сматра стандардом;²⁶⁴
- истиче значај континуираног мењања перформанси у циљу прилагођавања пословних процеса захтевима корисника, односно потребама квалитетнијег и потпунијег задовољења здравствених потреба.
- промовише конкуретност и такмичарски дух између сличних организација или појединих пословних целина и на тај начин индиректно надокнађује одсуство тржишног механизма и предности које ривалство и надметање обезбеђују.

Прилагођено потребама здравственог сектора benchmarking методом дугорочно се постиже не само економска, већ пре свега друштвено прихватљива одрживост пословања здравствене организације, а која се односи на три области, односно подручја пословних унапређења и то: квалитет производа/услуга, задовољење и сатисфакција потрошача и оперативна, односно техничка ефикасност. С тим у вези, под захтевом унапређења

²⁶³ На нивоу регионалних централа праве се базе клиничке праксе у које се похрањују сва до сада стечена знања, искуства и препоруке у циљу обједињавања примера добре праксе, по врстама здравствених организација или сродним активностима којима се баве. Те обједињене базе отворене су, како за стални пријем нових знања, тако и за приступ и размену свима који су заинтересовани (open and shared), према извору: Kay J.F., 2007., *Health Care Benchmarking MBBS (Qid), MRCP (UK), FHKCP, FHKAM (Medicine), Medical Bulletin, VOL.12 NO.2, p.24;*

²⁶⁴ Професионални стандард квалитета циљног здравља (национални и/или професионални оквир) има функцију норматива циљног успеха дефинисаног или у форми препорука, смерница, процедура и доктрине струке у вези лечења посматране болести или у форми у номиналних индикатора којима се исказују очекиване или прихватљиве вредности, а које се односе на учинак здравља.

„квалитета“ здравственог производа (услуге) сматра се степен раста задовољености захтева или потреба пацијента или другим речима степен усаглашености понуде здравствене организације и тражње непосредног корисника, у овом случају пацијента. У општем смислу раст квалитета здравствене понуде еквивалентан је смањењу јаза између оствареног и жељеног прогреса здравља уважавајући фактор расположивих професионалних и техничких могућности.²⁶⁵ Када је реч о унапређењу задовољења и сатисфакције потрошача/ пацијената пре свега се захтева разумевање нових или иновираних здравствених потреба, затим задовољење посебних захтева пацијената у складу са фаворизовањем индивидуалног приступа лечења, као и уважавање посебних (додатних) потреба које су често изван сфере здравства, које такође доприносе бржем опоравку и бољем, пре свега, психичком стању пацијента где спадају на пример: љубазност, пажња, комуникација, комфор, амбијент, односно окружење и сл.²⁶⁶ На крају, унапређења у делу оперативних и техничких побољшања односе се на организационе, комуникацијске и информационе активности у оквиру којих је такође могуће остварити пре свих пословне и кадровске рационализације и уштеде, али на начин и под условом да се тиме не угрози обављање основних функција и процеса ентитета.

Шта ће и ком случају бити предмет промена, а то значи подручје активне политике унапређења зависи од висине потенцијалног побољшања који се квантификује висином установљеног одступања (геп) између постојећих и референтних вредности, затим значајем или утицајем посматраног подручја на пословну успешност ентитета, а која се исказује учешћем успеха конкретног подручја у укупно оствареном резултату, као и могућношћу организације да активно делује (мења) постојећу праксу. Овај трећи елемент, односно могућност здравствене организације да мења постојећу праксу треба посматрати као специфичност здравственог сектора која значајно утиче, тачније

²⁶⁵ Kay J.F., 2007., *Health Care Benchmarking MBBS(Qid), MRCP(UK), FHKCP, FHKAM (Medicine)*, Medical Bulletin, VOL.12 NO.2, p. 23;

²⁶⁶ Основна обележја заокруженог система мера перформанси подразумева да се процењивање перформанси пословних ентитета (што је посебно случај у здравству) не може базирати искључиво на финансијским индикаторима, већ треба детерминисати и пратити одговарајуће нефинансијске мере попут квалитета, опслужности потрошача, иновативности, флексибилности и сл. Према извору: Новићевић Б, Стевановић Т., 2006., *Функционисање система мера перформанси услужних предузећа*, Рачуноводство, вол. 50, бр. 11-12, стр. 46-54

ограничава примену benchmarking–а као метода за унапређење пословне стратегије у односу на профитне ентитете.

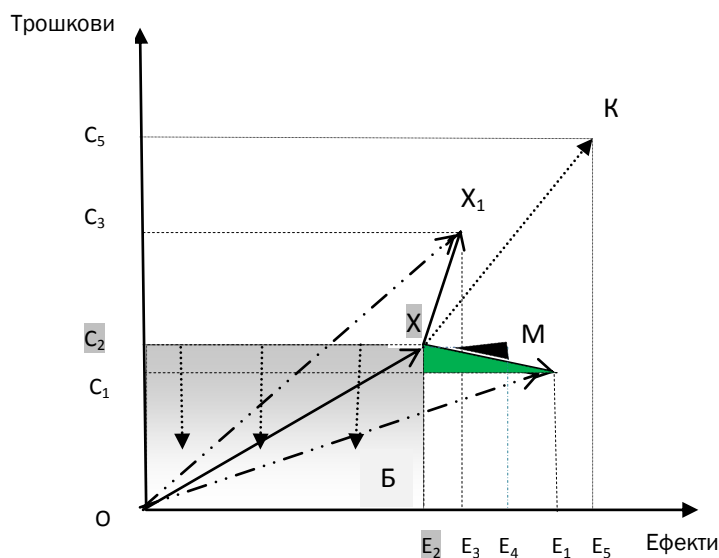
2.2.2. Унапређење пословних процеса

У околностима сталне доминације здравствених потреба у односу на могућности задовољења све су већи захтеви, а тиме и притисак на менаџмент здравствених организација да мерама активне политике унапређује пословне процесе преко вредности које су по врсти, обиму, квалитету, интензитету и нивоу задовољења установљене као стандард. То значи да се по извршењу „задатог“ или „обавезујућег“ нивоа успеха менаџмент бави разматрањем алтернатива за додатна пословна унапређења где спадају иницијативе као што су: дислоцирање одељења (територијална дисперзија), пружање нових сервиса/услуга (комплетирање понуде), унапређење квалитета постојећих услуга или повећање њиховог обима сл. Као резултати активних мера постижу се позитивни помаци и/или доприноси укупно оствареном резултату који се испољавају или као директно повећање прогреса здравља или као повећање економичности и рационалности трошења, а који се кроз преусмеравање остварених уштеда такође, испољавају као увећање прогреса здравља. У том смислу се анализа успеха здравствених ентитета у свом основном делу своди на анализу ефикасности извршења екстерно дефинисаних циљних вредности, а затим у делу проширене или потпуне анализе успеха и на разматрање доприноса унапређењу успеха по основу унапређења пословних процеса који се испољавају као унапређење ефикасности пословања, са здравственог или економског становишта.

2.2.2.1. Концептуална основа мерења унапређења процеса у здравству

Концептуална основа мерења унапређења процеса у здравству почива на претпоставци да ће се у пракси ретко десити ситуација „чистог листа папира“ која представља лечење потпуно новог обољења или лечење нове „врсте“ оболелог. То упућује на закључак да се пословне промене којима се врши унапређење пословних процеса искључиво спроводе супституцијом постојећих активности или начина њихове реализације проналажењем ефикаснијих решења. У том смислу се као референтне

вредности у односу на које се мери позитиван помак и/или процена његовог значаја, односно оцена прираста вредности по основу ефекта супституције узимају параметри текућих активности, као постојеће или затечено стање, а што је графички представљено на *Слици бр.32.*



Слика бр.32: Графички приказ пословних опција по основу мера активне политике менаџмента у циљу унапређења пословних процеса здравствених организација

Наиме, као полазна основа анализе унапређења пословних процеса узима се текућа пословна активност ОХ која је дефинисана оствареним аутпутом здравља (E₂ на X оси), то значи реализованим садржајем, квалитетом, интензитетом, временом испољавања, трајањем и обимом учинка здравља, али и трошковима његове реализације (C₂ на Y оси) који су такође ближе опредељени по врсти, структури, динамици, односно времену настанка. С тим у вези, оријентир за избор пословне опције у циљу замене постојеће биће могући, односно потенцијални максимално остварив прираст учинка здравља уз прихватљиву или друштвено оправдану (подношљиву) промену висине трошкова.²⁶⁷ Другим речима, све ефекте по основу унапређења пословних процеса треба посматрати

²⁶⁷Musgrove Ph., Fox-Rushby J. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries: Cost-Effectiveness Analysis for Priority Setting*, Washington (DC): World Bank p. 276.;

као промену нето ефекта здравља, чија је промена у функцији односа прираста трошкова здравља и њима проистичућег раста позитивних здравствених бенефита.²⁶⁸

Наведено тумачење може да се релативизује као основ избора циљне алтернативе уколико се критеријум висине трошења замени неким другим нетрошковним обележјем потенцијалног здравственог учинка (као што је његов значај, обавезност или приоритет извршења). У том случају висок раст трошкова ($C_3 - C_2$) уз релативно скромне ефекте здравственог учинка (бенефита $E_3 - E_2$) може да се објасни на пример, обавезом задовољења здравствене тражње корисника на удаљеним или тешко доступним местима што је обавеза која може бити рецимо, прописана законом без обзира на њене економске последице. Избор овакве пословне опције довешће до пословног унапређења који се графички представља кривом XX_1 и пословних резултата представљених кривом $O - X_1$, а што би био случај да се иновирана интервенција спроводила од самог почетка.

Као најчешће коришћене методе унапређења пословних процеса које се сматрају ефикаснијим мерама активне политике унапређења успеха на нивоу здравствених ентитета су: фаворизовање индивидуалног приступа лечења, унапређење субјективног осећаја пријатности и задовољства пацијента, унапређење аупута здравља преко стандардног садржаја (услуге вишег стандарда), као и замена постојећих трошковно штедљивијим интервенцијама, о чему ће у наставку бити више речи.

2.2.2.2. Мерење ефеката унапређења процеса у здравству

Пошто се утврди корелативност остварених са циљним вредностима и установи извршење условног нивоа успеха – праг примарног успеха, као предуслова реализације успеха уопште врши се процена свих видова позитивних одступања, односно прекорачења на основу којих се разматра степен унапређења успеха, у делу активне политике на нивоу установе. То значи да се анализа успеха на нивоу здравственог

²⁶⁸ (August) 2000., *Handbook for the Economic Analysis of Health Sector Projects – Valuation of Health Benefits and Identification of Beneficiary Impact*, Economics and Development Resource Center, p. 39;

ентитета своди, у свом основном делу на анализу извршења екстерно дефинисаних циљних вредности – индикатора циљног успеха, а затим у смислу проширене или потпуне анализе успеха и на разматрање висине њиховог прекорачења и оцене значаја прекорачења, као могућег простора за унапређење пословне ефикасности, са здравственог, али и економског аспекта.

Унапређење процеса здравственог деловања врши се применом неколико метода прилагођених тумачењу захтева успешности у здравству и то:

А) Индивидуални приступ лечења – Успешност здравствених активности значајно је детерминисана степеном адекватности, односно прилагођености поступака или метода лечења непосредном пацијенту и приликама у којима се процес лечења спроводи услед чега се простор за додатна унапређења може наћи у делу фаворизовања индивидуалног приступа лечења. Све више се у професионалним круговима заговара идеја, односно потреба да се пацијент, као случај за себе стави у центар посматрања и да се према његовим карактеристикама, потребама, али и могућностима прихватања потенцијалног бенефита дефинише прилагођени приступ/поступак лечења. У вези с тим успешност здравствених активности не посматра се само у односу на приступ или метод лечења, већ се допуњује и осталим аспектима или карактеристикама успеха, као што су: време, односно брзина реаговања, дужина и/или интензитет третмана, степен прихватљивости или оправданости ризика, висина трошкова и сл. Ово из разлога што се додатни прогрес здравља у сваком појединачном случају може постићи унапређењем оне врсте или фазе процеса лечења која је кључна или критична, односно чији је допринос битан и/или пресудан за реализацију прогреса здравља, а што је опредељено врстом обољења и здравственим стањем оболелог. Међутим, иако захтев прилагођености подразумева захтева да се у сваком разматраном случају дефинише најприхватљивији приступ лечења ипак медицинска наука установила је неке опште правилности код лечења одређених обољења. Рецимо, у пракси је потврђено да је на више од 80% свих малигних болести могуће утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика (спречавањем настанка болести), а уколико до болести ипак дође њен исход може се значајно побољшати раним откривањем, терапијом и рехабилитацијом уз одговарајуће

палијативно збрињавање. Другим речима, јасно је да лечење малигних болести захтева да се у циљу унапређења успешности акценат стави, како на превентивне активности којима се сузбија фактор ризика, тако и на благовремену дијагностику обољења. Остварени ефекти по основу тзв. „индивидуалних терапија“ у свом коначном изразу могу да имају двојаке позитивне последице, прво, остварење већег прогреса здравља (или веће шансе за брже и/или потпуно оздрављење) – унапређење здравствене ефикасности и друго, смањење трошкова лечења по основу скраћења процедура и времена лечења – унапређење оперативне ефикасности. Графички представљено увећање успешности по основу унапређења пословних процеса (*осенчени троугао на Слици 32.*) испољава се и кроз увећање ефеката здравља ($E_1 - E_2$), али и кроз смањење трошкова њихове реализације ($C_1 - C_2$). Пошто се у овом случају постојеће активности замењују успешнијим и по основу раста ефеката здравља ΔE , као и по основу смањења трошкова ΔC може се закључити да се унапређење пословних процеса заснива на одабир у тзв. доминантног здравственог поступка/процеса лечења.²⁶⁹

Б) Унапређење субјективног осећаја пријатности и задовољства пацијента –

Унапређење пословних процеса које се заснива на уважавању субјективног осећаја пацијента подразумева уважавање његовог осећаја пријатности, задовољства и сигурности током задовољења здравствених потреба, односно током боравка у здравственој установи. Овај аспект успеха, односно доприноса успеху почива на чињеници да се садржај категорије успеха или конкретније прогреса здравља, поред елемената здравствене и оперативне ефикасности одређен елементом „доживљене“ пријатности, која је пружена пацијенту током процеса лечења. Реч је о личном осећају благостања и испуњености којег је пацијент у могућности да препозна и искаже, често и квантитативно изрази, а којег истовремено сматра значајним сегментом унапређења у функцији реализације циљног оздрављења. Индиректно, увећање личног благостања испољава се у виду лакшег прихватања терапије, непосредније сарадње пацијента и медицинског особља, веће спремности пацијента на промену навика и понашања, раста мотивисаности и отворености на сарадњу и сл., а што све доприноси унапређењу коначног здравственог

²⁶⁹ Воровић Н.О., Обрадовић Т.Ђ., 2011., *Унапређење успеха у здравству применом мера активне политике здравствене установе*, часопис Индустрија број 3–4, Економски институт, Београд, страна 142–145;

прогреса. Имајући у виду да побољшања по овом основу најчешће не захтевају додатна улагања онда се унапређење резултата исказује као додатни прираст или прогрес корисности здравља ($\Delta E = E - E_2$) или графички ОМ, на *Слици 32*. Овај аспект унапређења посебно је значајан када се вредност учинка здравља утврђује на бази оцене непосредног корисника (технике евалуације стања здравља применом преференцијалне основе) где пацијент према личном ставу и преференцијама утврђује значај ефекта здравља, што је заправо показатељ његове признате и/или прихваћене вредности. Ради се о крајње субјективној оцени здравственог аутпута која је зависна не само од вредновања ефекта смањења боли, патње, немоћи и неспособности, већ делом зависи и од доживљене пријатности и сигурности током и у вези поступка лечења.²⁷⁰

В) Унапређење аутпута здравља преко стандардног садржаја – Мере активне политике које за исход такође имају унапређење пословних процеса су сви облици усавршавања и/или комплетирања постојећих поступака и метода лечења којима се обезбеђује пружање здравствене неге изнад, односно преко стандардних садржаја и/или услова лечења. На пример, уколико се увећа квалитет здравственог прегледа – по обухвату, интензитету, трајању и/или професионалности рада реално је очекивати да се по том основу додатно унапреди позитиван исход. С тим у вези, ако се комплетирањем здравствене неге или уз додатна, пре свега професионална и техничка залагања оствари значајна надградња стандардног учинка здравља (бржи или ефикаснији опоравак, спречавање накнадних компликација и сл.) реализација тзв. ефекта „плус“ сматраће се доприносом унапређењу укупног успеха. У стручним круговима јављају се противници овог вида унапређења резултата у здравству, а који свој критички став темеље на објективној бризи о рационалности трошења расположивих средстава, с обзиром на то да услуге „високог квалитета“ или услуге „потпуног оздрављења“ по правилу много коштају. Томе треба додати и честе ситуације када је неопходно извршити не само капитална улагања (у смислу висине трошкова), већ и улагања која захтевају време, а које је у здравству често критични фактор по питању успеха јер се по природи ствари на учинак здравља не може увек чекати. У том смислу, као критеријум улагања не

²⁷⁰ Воровић Н.О., Обрадовић Т.Ђ., 2011., *Унапређење успеха у здравству применом мера активне политике здравствене установе*, часопис Индустрија број 3–4, Економски институт, Београд, страна 145–147.

узима се расположивост средстава већ и брзина реаговања, компатибилност опреме, постојање техничких могућности као подршке, стручности кадрова и сл. С друге стране, заговорници овог модела с правом се позивају на специфичност схватања и тумачења појма успеха у здравству, у смислу да његова вредност није примарно монетарног карактера, односно да се пре свих поштују принципи непрофитабилности, ургентности и обавезности здравственог деловања у односу на економске критеријуме. У прилог оправданости улагања треба размотрити ефекат избегавања накнадних трошкова и/или компликација које могу настати због непотпуног или неадекватног реаговања у појединим ситуацијама. На графикону приказаном на Слици 32, примена овог модела представљена је функцијом ХК која подразумева раст трошкова до висине C_5 уместо C_2 уз истовремено раст здравственог бенефита од E_2 на E_5 . Иако ова алтернатива подразумева значајно повећање трошкова у односу на просек њен избор сматраће се прихватљивим у смислу унапређења успеха у здравству уколико: (1) је корист од ΔE значајно већа од ΔC (или трошкова који накнадно могу настати), (2) је извршење здравствене интервенције обавезно или приоритет па се о аспекту трошкова и не расправља и (3) постоје расположива, односно слободна средства. Међутим, свако унапређење квалитета здравствених услуга које се оствари у оквирима расположивих капацитета, а то значи одржање трошкови на нивоу E_2 сматраће се пожељним без било каквих других условљавања, дуж линије ХМ.

Г) Трошковно штедљиве алтернативе унапређења успеха – Уколико се менаџмент здравствене организације определи за унапређење пословних процеса путем фаворизовања тзв. трошковно штедљивих услуга онда ће управљачке напоре усресредити на техничка и организациона побољшања, као и унапређења економичности и рационалности трошења. Ова пословна опција посебно је прихватљива ако је учинак здравља стриктно дефинисан у смислу циљног квантума здравља стандардних карактеристика или ако је могуће смањити пословно ангажовање уз значајна смањења ангажованих средстава и тако „ослобођене“ ресурсе преусмерити ка другим приоритетним областима или функцијама здравља.

Примена трошковно штедљивих алтернатива подразумева, како успостављање чврстих механизма контроле трошења, тако и залагање за економичније приступе и методе рада. На пример, високи трошкови хоспитализације могуће је значајно редуковати уколико се поступак лечења настави коришћењем медикамената у кућним условима, уз прихватљив ниво унапређења или одржања здравственог стања. Чак и у ситуацијама када конзумирање пилула утиче на раст трошкова у односу на болничко лечење посматрана алтернатива сматраће се оправдана ако доводи до увећања нето бенефита здравља. Стања која је могуће збринути у амбулантним условима је концепт који пуно вреди, а мало кошта. То су стања која могу бити препозната и збринута на примарном или секундарном нивоу, а која често резултирају хоспитализацијама. Одговарајућа амбулантна здравствена заштита може да спречи настанак болести, контролише акутну епизоду болести и контролише хронична стања и болести.²⁷¹ Залагање за ефикасније процесе лечења свакако у складу је са економски оправданим настојањем да се иста услуга обезбеђује по нижој цени, а што је посебно погодно када се ради о простим, најчешће високо стандардизованим здравственим интервенцијама.²⁷²

Спровођење тзв. стратегије рационализације могуће је посматрати и са стране понуде где је здравствена организација (медицинско особље) носилац потенцијалних рационализација (британска, канадска, холандска и данска школа) или на страни тражње када је непосредни корисник, дакле пацијент главни генератор очекиваних уштеда (Америчка школа). У првом случају позитивни ефекти остварују се развојем супститута болничке заштите, стандардизацијом „профила“ здравствене услуге, фаворизовањем економичнијих метода лечења, већом професионалношћу рада, као и појачаном контролом стручности рада, али и контролом трошења ресурса (врста и висина трошења медицинске опреме и материјала, потрошња лекова, трошкови плата и примања запослених и сарадника, трошкови администрације и сл.). У другом случају потенцијалне рационализације остварују се деловањем механизма конкуренције на тржишту

²⁷¹ Према извору: *Боља примарна здравствена заштита за све нас, Смјернице здравствене политике за јачање система примарне здравствене заштите у Србији од 2010. до 2015. године*, Министарство здравља Републике Србије, Пројекат: „Политика примарне здравствене заштите на Балкану“, стр.13;

²⁷² Zarkin G.A., Hubbard R.L., 1998. *Analytic Issues for Estimating the Benefits and Costs of Substance Abuse Prevention*, NIDA Research Monograph, Number 176;

здравља, уредним и/или одговорним превентивним контролама и односом према здрављу, поштовањем прописане терапије и контроле начина живота и исхране и сл.

Међутим, економска евалуације није прост односно једноставан избор најјефтиније алтернативе јер у здравству најјефтинији истовремено не значи и најефикаснији пошто смањење трошкова може да угрози висину и/или квалитет ефекта здравља, а што може довести до негативних, веома штетних последица. „Нечињење“ у здравству само тренутно може довести до „штедње“ расположивих средстава с обзиром на то да ће накнадно довести до још већег раста трошкова и то по основу повећања или ширења болести, појаве компликација и продужења процеса и интензитета лечења, појаве нових обољења и других негативних последица.²⁷³ Када би се циљ ефикасности свео само на редукцију трошкова „најефикасније решење би било не радити ништа, пошто би тиме трошкови били нула“.²⁷⁴ Међутим уважавајући обавезност здравственог деловања као приоритетно обележје овог сектора захтеву минимизирања трошкова мора да претходи задовољење захтева реализације стандардизованог учинка здравља, као аутпута чији се квалитативни садржај налази у оквирима прихватљивих, професионално одобрених вредности. Графички посматрано трошковно штедљиве алтернативе су све алтернативе којима се смањују трошкови испод досадашњег нивоа С₂X на Слици 32, што се тумачи очувањем постојеће „производње“ здравља (Е2), уз смањење трошкова/улагања, дакле уз ослобађање средстава.

2.2.3. Управљање тоталним квалитетом

Полазећи од доста поједностављене, али потпуне дефиниције квалитета према којој се квалитет дефинише као „усаглашеност са захтевима потрошача“²⁷⁵ концепт управљања тоталним квалитетом (Total Quality Management – TQM) у случају здравствених организација захтева унапређење свих сегмената и/или фаза реализације учинка здравља, укључујући организациона и техничка побољшања, као и унапређење процедура,

²⁷³ Према извору: Woodward A., 1998., *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*, NIDA Research Monograph, Number 176, p.132;

²⁷⁴ Miller P, 2001., *Health Economic Evaluation*, Trent Institute for Health Services Research & Department of Economics, University of Nottingham, Trent Focus;

²⁷⁵ Према извору: *Introduction to Zero Defects*, <http://www.creativesafetysupply.com/zero-defects/>

приступа и метода који се у процесу лечења примењују. Реч је о менаџмент приступу који дугорочни успех пословања заснива на задовољењу захтева купца, а у корист свих чланова компаније и друштва,²⁷⁶ при чему се друштвени аспект циљних користи у овом случају односи на лакши приступ и/или доступност здравствене заштите, прилагођавање начина и интензитета лечења потребама пацијента, унапређење професионалности и стручности у раду, као и више стандарде и боље услове збрињавања пацијената током боравка у здравственој установи.²⁷⁷

2.2.3.1. Концептуална основа, принципи и систем управљања квалитетом

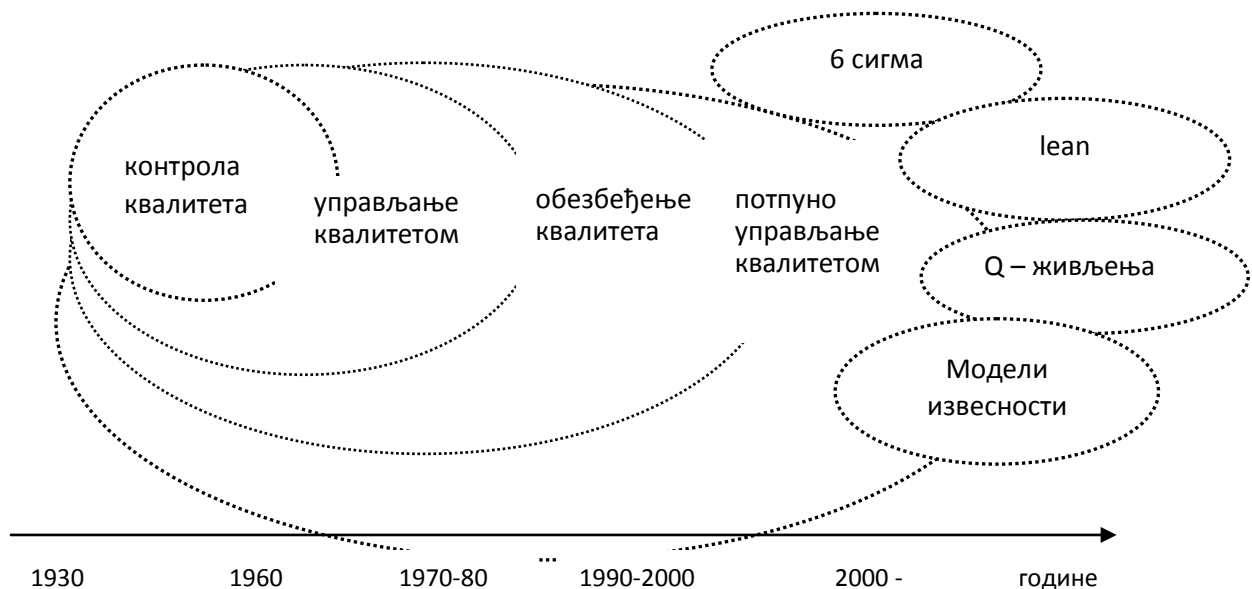
У условима савременог пословања здравствених организација све су заступљеније карактеристике тржишног привређивања и то посебно у делу који се односи на присуство конкуренције, драматичне промене пословања, брз развој и застаревање технологија и знања, као и значајан пораст ризика и неизвесности. Везано са тим мења се улога и начин размишљања, како пацијената као корисника здравствених услуга, тако и здравствених организација као понуђача или субјеката њиховог задовољења. Пацијент у условима развијених и софистицираних потреба за здрављем, али и са високим степеном информисаности формира очекивања о квалитету здравствене заштите инсистирајући да добије услуге „високог квалитета“ (са аспекта стандарда, комфора, пријатности и сл.). Наиме, за разлику од ранијих схватања где су се под појмом квалитета подразумевале доступне, правовремене и сигурне, односно безбедне здравствене услуге у савременим условима појам квалитета здравствених услуга приближава се тумачењу и перцепцији квалитета роба и услуга из групе опште, а често и луксузне потрошње.

У том смислу се здравственој организацији, како од стране корисника, односно пацијената, тако и од стране конкуренције која је све интензивнија намеће широк круг високо постављених захтева (стандарда) којима се дефинише квалитет, а тиме и ниво

²⁷⁶ Новићевић Б., Ђорђевић М., Хаџи Ђорђевић И., 2010., *Повезивање стратешког и оперативног менаџмента*, Рачуноводство, вол 54, бр. 7–8 страна 37–42;

²⁷⁷ TQM спада у програме унапређења квалитета, тзв. програме квалитета (Quality Programs) заједно са сличним концептима као што су: Six Sigma, Baldrige National Quality Program, European Foundation Quality Management (EFQM), према извору: Kaplan S., Bower M., *The Balanced Scorecard and Quality Programs*, Harvard Business School Publishing;

одговорности за производе/услуге које обезбеђује. Томе треба додати и општу одговорност која је специфична за здравствене организације с обзиром на извршење и/или неопходност извршења, односно задовољења једне од базичних функција од општег или друштвеног интереса. Као што се за 20–ти век говорило да је век унапређења продуктивности и ефикасности рада здравствених организација тако ће се за 21. век тврдити да је век „револуције“ општег (укупног) квалитета здравствене заштите, што се графички представља као временско кретање дуж Х осе, а који се огледа у делу обезбеђења права и могућности остваривања права на здравствену заштиту и у делу непосредног извршења, односно пружања здравствених услуга и услова лечења који се пацијенту омогућавају, што је приказано на *Слици бр.33*.



Слика бр.33: Евалуација концепата који се базирају на програмима унапређења квалитета на временској осе, према извору: 2008., др Милован Илић „Систем менаџмента квалитета, Универзитет Метрополитен, Београд;

У том смислу унапређење стратегије засновано на унапређењу захтева квалитета односило се на примену различитих метода које су се базирале на унапређењу квалитета пословних процеса и/или пружање услуга здравствене заштите и то почевши од успостављања система надзора и контроле квалитета, затим преко управљања и обезбеђења квалитета, па до циљева потпуног управља квалитета који подразумева све фазе, али и све аспекте

реализације циљних користи којима је квалитет као примарни циљ пословања детерминисан. Савремени методи примене концепта управљања тоталним квалитетом као методом унапређења стратегије примењују неку од нових модела унапређења квалитета здравствене заштите као што су технике: 6 сигма (засновано на проналажењу и елиминисању грешака и/или узрочника грешака у циљу реализације циљног учинка максималних карактеристика квалитета), lean (примењује систем развијања, односно провере квалитета циљног аутупта применом feedbackом метода унапређења све док се не постигне такође учинак максималних карактеристика квалитета), Q – живљења (детерминише захтеве унапређења кроз све аспекте бенефита које унапређено стање здравља рефлектује на унапређење квалитета живота у целини), као модел извесности (где се фаворизују сви елементи и/или фактори којима се обезбеђује и одржава квалитет, односно шире посматрано сигурност, безбедност и адекватност здравствене неге). Без обзира на технике унапређења захтева квалитета сваки од њих се темељи на уважавању опште признатих и препоручених стандарда квалитета које производ/услуга по основу здравствених активности треба да задовољи, а где спада:

- квалитет обезбеђења и адекватност здравствене неге;
- степен усклађености/прилагођености здравствене неге захтевима корисника и ниво постигнутог благостања и сигурности и
- општа доступност и свеобухватност здравствене неге високог квалитета уз обавезну контролу потрошње.

Наведене димензије квалитета и приступи његовом остварењу могу се посматрати према реализацији циљева одређених интересних сфера (аспекти посматрања циљних бенефита) где се издвајају захтеви корисника (пацијената), професије, али и друштва/ државе или пак у односу на порекло и/или узрок настанка квалитета здравља као учинка. У првом случају квалитет се посматра према начину његовог испољавања, где се прави разлика између:

- **маркетиншког аспекта квалитета** (односи се на перформансе производа/услуге у смислу задовољења захтева корисника, остварене прилагодљивости услуге/ третмана, лојалности „купца“, надмоћи у односу на конкуренцију и сл.);

- **пословног аспекта квалитета** (подразумева економске и организационе карактеристике здравствених активности у смислу повећања ефикасности и ефикасности здравствених процеса, раста продуктивности, снижења трошкова „производње“ здравља, профитабилности пословања);
- **друштвеног аспекта квалитета** (укључује уважавање моралних, етичких и хуманих принципа где спада заштита здравља људи, заштита животне средине, заштита права и безбедности пацијената, поштовање моралних, етичких, друштвених и професионалних норми).

С друге стране, према пореклу обезбеђења и унапређења квалитета прави се разлика између интерних и екстерних покретача, односно узрочника квалитативног садржаја. Интерно мотивишући захтеви унапређења квалитета настају као последица способности и/или спремности организације да користећи интерне снаге развоја (технологију, средства, знања, мотивисаност и сл.) доприноси унапређењу квалитета и то по основу унапређења процеса пословања/рада (поступци, процедуре и приступи лечења) или по основу унапређења квалитета непосредног производа, у смислу „дотеривања“ његових крајњих карактеристика специфичним приликама или потребама (интензитета, трајања, брзине реаговања и сл.). Међутим, екстерно мотивишући захтеви унапређења квалитета подстакнути су потребом и/или обавезом организације да квалитетно одговори захтевима директног корисника (пацијента) у ком случају се обележје квалитета посматра у односу нивоу прилагођености, индивидуалности и/или специфичности конкретне услуге потребама корисника у сваком појединачном случају. У том смислу пацијент је заинтересован да добије потпуну, правовремену, одговарајућу здравствену услугу (здравствену заштиту) која треба да буду доступна, високо стандардизована и са очекиваним (циљним) здравственим аутпутотом. Све то смањује неповољно дејство ризика и неизвесности, односно фаворизује принцип сигурности као значајан интерес купца, заправо корисника у здравству.

2.2.3.2. Елементи квалитета у здравственим организацијама

Иако је са економског становишта потрошач пре свега заинтересован за крајњи учинак и његову цену уважавајући специфичност „производње“ здравља пацијент као крајњи купац у случају здравства заинтересован је за стандардизацију процедура лечења и учинака здравља, могућност задовољења посебних потреба и специфичних захтева, обезбеђење сигурности и осећаја задовољства, ниво бриге и пажње која му је пружена током лечења и сл. У том смислу пословна оријентација ка купцу или маркетиншки заснован концепт унапређења реализације учинка здравља као производа треба да обезбеди ефикасно извршење пословних активности, смањење грешака и пропуста, скраћење времена реализације напретка здравља, увећање флексибилности и могућности прилагођавања процеса рада у складу са околностима и потребама корисника и сл.²⁷⁸

Унапређење пословне стратегије здравствене организације која се темељи на примени TQM концепта подразумева да се кроз праксу и стално учење обезбеди континуирано унапређење стандарда квалитета, а који се заснивају на осам општих принципа квалитета прилагођених савременим захтевима крајњег потрошача (пацијента), а то су:²⁷⁹

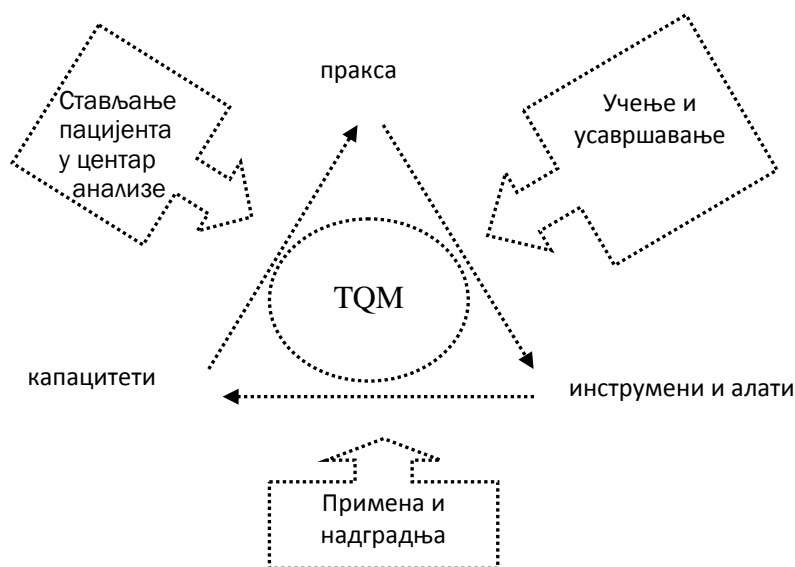
- **фокусирање на купца** (почетна тачка имплементације TQM модела) – организација постоји због пацијента што значи да пословна унапређења треба заснивати на бољем и ефикасније разумевању, уважавању и испуњењу његових захтева и/или потреба са циљем да се и превазиђу;
- **лидерство** – одржање значи сталне промене (прилагођавања) што подразумева да организација прати, прихвата и користи промене, па чак и да буде њихов иницијатор, односно творац (тзв. наметнуте или створене потребе);
- **укључивање свих у процес унапређења** – организација треба да уважава и подстиче идеје и иновативност, стимулише креативност и тимски рад, као и да користи сва расположива знања, искуства и стечене вештине.

²⁷⁸ Douglas T., Judge W., 2001., *Total Quality Management Implementation and Competitive Advantage: The Role of Structural Control and Exploration*, The Management Journal;

²⁷⁹ Patel G., *Total Quality Management in Healthcare B.E.-Biomedical Engg, PGD-Quality Management, MS-Medical Software*, Manipal University.

- **унапређење процеса и процедура** – постиже се бољом синхронизацијом и координацијом пословних активности, као и организационим побољшањима са посебним освртом на кључне и критичне тачке система;
- **унапређење менаџмента** (повећање расположивог капацитета управљања) – захтева боље разумевање повезаних и међузависних процеса, затим технологије, поступака рада, пословне културе и система вредности, чиме се унапређује ефикасност процеса управљања;
- **континуирана унапређења** – прихватање филозофије учеће организације која функционише по моделу сталног унапређења и усавршавања у циљу надградње важећих стандарда. Сталне промене и пословна побољшања обезбеђују дугорочан и стабилан развој организације;
- **унапређење на бази чињеница** – пословне промене се заснивају на документованим доказима који захтевају праћење статистичких података, као основа за одговоран, основан и доследан процес одлучивања, а што је у функцији квалитета;
- **успостављање поузданих и стабилних односа са добављачима** – постиже се усвајањем јасних и потпуних захтева према добављачима, као и благовременог измиривања доспелих обавеза чиме се штити стабилност пословања здравствене организације и одржава и/или унапређује квалитет уз приступачне цене;

Графичка интерпретација система унапређења пословања здравствене организације која се темељи на праћењу и унапређењу захтева пацијената као директних корисника у функцији унапређења квалитета здравствених исхода приказана је на *Слици бр.34* на следећој страни.



Слика бр.34: Систем унапређења здравствене организације заснован на праћењу и уважавању захтева пацијента – маркетиншки концепт унапређења пословне стратегије, према извору: Brent C.J., *Quality Management For Health Care Delivery*, The Hospital Research and Educational Trust Of the American Hospital Association, Chicago USA;

Унапређење пословне стратегије применом TQM концепта практично значи да се здравствена организација определила да прихвата промене као пословне могућности, односно изазове и да с тим у вези стратешки размишља и планира будуће потребе, захтеве и очекивања пацијената. У том смеру неопходно је проценити могућности техничког и технолошког развоја, размотрити опште правце унапређења друштвене бриге за пацијенте, као и ниво социјализације и хуманизације друштва. Пословна оријентација у смеру унапређења квалитета према захтевима крајњег потрошача опште посматрано сигуран је основ, како за стабилност функционисања ентитета, тако и за стабилност задовољења потреба крајњих корисника, а што је у случају здравствених организација не само интерес ентитета, већ и општи, односно јавни интерес друштва и државе у целини.

Здравствене организације у процесу збрињавања и пружања здравствене неге пацијената непрекидно се суочавају са потребом решавања проблема из праксе која захтевају одговоре на питања као што су: како, где, зашто и када, односно колико лечити одређене врсте болести и/или типове пацијената, као и како у појединим случајевима прилагодити

приступ и методе лечења конкретним потребама корисника. У том смислу концепт управљања тоталним квалитетом као стратешки приступ сталног унапређења пословања и пословних процеса подразумева уважавање свих елемената квалитета и свих аспеката у којима се поједини сегменти квалитета испољавају, а у циљу надградње постојећих стандарда и њиховог унапређења. Под појмом елемената квалитета подразумевају се облици или врсте квалитета које се односе на здравствену негу, здравствене услуге, менаџмент и праћење резултата, док се под аспектима квалитета подразумевају манифестације или појавни облици испољавања појединих елемената квалитета, што је представљено на *Слици бр.35*.



Слика бр.35: Четири подручја/аспекта унапређења квалитета пословања здравствених организација, према извору Brent C.J., *Quality Management For Health Care Delivery, The Hospital Research and Educational Trust Of the American Hospital Association, Chicago USA*

С тим у вези, концепт управљања тоталним квалитетом спроводи се као процес континуиране имплементације свих видова побољшања која у свом коначном изразу остварују као унапређења различитих карактеристика и нивоа квалитета везаних за

реализацију учинка здравља. У основи концепт треба да обезбеди информациона, методолошка, инструментална и техничка побољшања која треба да доведу до унапређења квалитета процеса рада у односу на постојећи ниво, а тиме и до бољих пословних остварења.²⁸⁰

2.2.3.3. Методе управљања квалитетом у здравственим организацијама

Унапређење стратегије методом управљања тоталним квалитетом постиже применом следећих активности менаџмента и то:

1. *Рedefинисањем улоге менаџмента* – менаџмент у складу са захтевима континуиране надградње треба да стимулише иновације и промене чије прихватање доприноси развоју организације, као и унапређењу квалитета њеног рада. Неопходно је да се менаџмент залаже са дефинисање јасних правила и процедура пословања и доследност њихове примене, унапређење процеса и поступака, надградњу постојећих мера перформанси, као и успостављање система перманентног усавршавања и мотивације запослених.
2. *Подриком корпоративној култури* – прихватање корпоративне културе подразумева ступање у интерактивне односе са непосредним потрошачима (пацијентима) у циљу побољшања укупних стандарда квалитета. Базирање унапређења квалитета на захтевима директних потрошача, у смислу уважавања, прихватања и задовољења њихових специфичних потреба и захтева је најефикаснији и најизвеснији приступ пословних унапређења.
3. *Улогом јавног мњења као надзорног органа* – прихватање здравствене делатности као делатности од општег интереса омогућава јавни увид и јавну оцену функционисања, односно ефикасности функционисања здравствених организација од стране свих грађана, односно јавног мњења. Надзорна функција јавности доприноси прихватању и контроли имплементације концепта сталних унапређења што између осталог обухвата и нормативно редефинисање ове области кроз измене закона којима се регулишу нормативи и стандарди квалитета.

²⁸⁰ Kaluzny A.D., McLaughlin C.P., Simpson K., Applying, *Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations*, University of North Carolina, Chapel Hill;

4. *Израдом мапе (путање) циљева* – планска имплементација унапређења квалитета захтева пројекцију очекиваних промена у периоду који следи. На тај начин могуће је спровести потпуну анализу потенцијала промена, дефинисати циљеве унапређења, као и могуће тешкоће које се у току спровођења измена могу јавити. Циљ је да се благовремено постигне консензус око питања расподеле ресурса, координације и синхронизације активности, организације времена и сл. уважавајући истовремено стандарде и захтеве професије. Плански приступ усвајања промена треба да обезбеди унапређење квалитета рада по више основа уз очување и/или смањење трошкова пословања и очување послове стабилности.
5. *Усавршавањем у циљу достизања врха* – усавршавање и унапређење пословних процеса захтева праћење и прихватање туђе успешне праксе чиме се обезбеђује преузимање проверених и кроз праксу потврђених решења. Иако у многим случајевима постоје разлике у врсти, приступу и методу лечења ипак је могуће са већим или мањим степеном уопштавања конкретних ситуација објективније и потпуније сагледати могуће проблеме и начине њиховог ефикасног решавања и/или благовременог превазилажења.
6. *Креирањем организационих побољшања* – ефикасна имплементација унапређења квалитета може бити озбиљно ометана уколико не постоје одговарајући капацитети који подржавају унапређења. Да не би дошло до застоја у спровођењу унапређења на самом почетку треба обезбедити све неопходне кадровске и техничке ресурсе, као и њихову организацију и координацију у времену. Имајући у виду да се по правилу финансирање врши из буџета који је изразито ригидан систем финансирања, планирање, односно прибављање средстава из алтернативних извора може бити највећа критична тачка за спровођење промена. Слична ситуација је и са обезбеђењем кадровских и техничких капацитета који такође захтевају дугорочни приступа планирања, у циљу усаглашавања са потребама измена и међусобно.
7. *Инсистирањем на континуираном решавању проблема* – настанак и идентификација проблема у складу са захтевом перманентних пословних унапређења подразумева континуитет њиховог решавања и коришћење нових искустава и сазнања у

функцији надградње стандарда квалитета и/или предуслова за њихову надградњу. У складу са тим проблем не треба игнорисати већ га решавати и то укључивањем пре свих непосредних извршилаца који су најбоље упознати са природом проблема и критичним факторима његовог решавања и који често имају и прихватљиве предлоге могућих решења. Овај вид унапређења заснива се на пословним побољшањима који проистичу из праксе или на основу статистичких прегледа и података (историјска линија), што значи да је неопходно обезбедити прво, поуздану документацију и/или механизме праћења обављања свакодневних активности и друго, брзе повратне информације које садрже препоруке за „редизајнирање“ досадашњег пословања.

8. *Избегавањем синдрома најбоље праксе* – у складу са општим пословним принципом у економији да не постоји универзално решење или у конкретном случају најбоља пракса као општи образац пословања свих здравствених организација јасно је да се питање квалитета рада и његовог унапређења решава у сваком појединачном случају према потребама(могућностима) пословања одређеног ентитета и ресурса са којима располаже. У пракси је потврђено да се до најбољих пословних решења у појединачним случајевима долазило на различите, често сасвим супротне начине. Међутим, свима је заједничко да примена иновативног приступа подразумева потврду (препознавање и признавање квалитета) од стране непосредних корисника и окружења, као и задовољење њихових захтева и интереса у оквирима расположивих могућности.
9. *Постављањем реалних очекивања у времену* – измене пословних процеса и поступака функционисања и организације рада у здравству захтева дуг временски период који се у циљу усвајања, прилагођавања и примене иновираних решења спроводе више година. У том смислу успешна примена пословних побољшања захтева објективну процену времена потребног за имплементацију. У пракси се показало прихватљиво уводити пословне промене на изабраним пословним сегментима или појединачним фазама процеса рада што захтева мање средстава и лакше прихватање, као и праћење и контролу ефикасности промена.

10. *Управљањем по моделу континуираног унапређења* – примена свих иновација везаних за спровођење нових процедура и процеса треба да се уклопи, односно прилагоди постојећем моделу функционисања организације као система. Дакле, примере добре праксе и кроз праксу потврђена добра решења треба угради као део функционисања и/или промене функционисања организације на начин да се очува стабилност и континуитет деловања. Увођење промена и надградња система је континуирани процес који захтева ангажовање свих субјеката система и њихову међусобну пословну или процесну синхронизацију и временску усклађеност.

Садржину TQM концепта чине, прво, успостављање система континуалних (сталних) побољшања, друго, унапређење способности и квалитета организације, као јединственог система, а не само појединих њених сегмената, треће, укључивање свих средстава и запослених и четврто, остварење бенефита свих интересних страна, а не само купаца.²⁸¹ Као подршка спровођењу TQM концепта успостављају се поуздани и потпуни механизми контроле, затим спроводе сталне едукације, усавршавања и професионална надградње запослених (тренинзи, обуке, курсеви и сл.), као и примењује модел „финих подешавања“ или „дотеривања у ходу“ у циљу елиминисања застоја и брзог реаговања на проблеме и пропусте.

2.2.4. Управљање ризиком

Утицај принципа примарне непрофитабилности и општег јавног интереса на формирање циљне функције здравствене организације доводи до модификације значења појмова ризика и улагања, као и њиховог међуодноса. Полазећи од улоге здравствене организације у делу извршења јавне функције здравља јасно је да циљеви здравствене организације превазилазе интересе ентитета и да имају импликације на друштво и друштвену заједницу у целини. Уважавајући значај стабилности и континуитета здравственог деловања фактор ризика замењује се фактором сигурности услед чега се и сврха улагања која почива на тржишним разлозима мења непрофитним, више

²⁸¹McLaughlin C.P., Kaluzny A. D., 2004., *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementation, and Application*, Jones and Bartlett Publishers, USA p.34;

хуманим разлозима.²⁸² У том смислу се и изрази као што су финансирање, пласирање и инвестирање замењују изразима уступање, давање или поклањање. Као последица наведеног релација: ризик – улагање у случају здравствене организације има своју „непрофитну“ интерпретацију, а то је прихватљив ризик (acceptable rate risk) – сигуран повраћај (security surety rate of return),²⁸³ при чему се сигуран повраћај везује за учинка здравља, односно његове карактеристике, интензитет и време испољавања.

2.2.4.1. Суштина и врсте ризика у пословању здравствених организација

Схватање пословних циљева и пословне успешности на примарно непрофитан начин захтева да менаџмент здравствене организације, између осталог значајно прилагоди политику управљања ризиком и да у складу са специфичностима јавне функције коју обавља дефинише: шта представља ризик, који су релевантни фактори ризика и како утичу на пословање (посебно критични фактори и фактори чији је утицај прилично извешан), како се ризик исказује и мери, који су нормативи ризичности, када и колика су могућа одступања, како обезбедити непристрасност, доследност и транспарентност управљања ризиком уважавајући законске, професионалне и пословне оквире.

Према могућностима утицаја, односно контролисања ризика и благовременог тражења алтернативних решења којима се ублажавају или избегавају негативне последице потенцијалних опасности сви ризици се деле на стратешке и оперативне. Стратешки ризици су ризици везани за функционисање здравствене организације, а на које менаџмент здравствене организације има слаб или занемарљив утицаја, као што су на пример: промене здравствене политике (посебно њеног развојног дела), измене законске регулативе, инфлација, буџетска стабилност и ликвидност, пореска политика, промене у изворима финансирања, демографске промене, промене навика и животног стила, појава епидемија или нових обољења, појава нових здравствених потреба или измене постојећих и сл.

282 Прилагођено према: JohnsonD., *What Does FASB Mean To You?*,
http://www.nfconline.org/main/info/notables/note95/95_1_b.htm.

283 Gapenski L.C., 2004., *Healthcare Finance – An Introduction To Accounting And Financial Management*, Health Administration Press, Chicago, p.287;

Међутим за потребе управљања, у смислу праћења и могућности контроле од стране менаџмента значајнији су тзв. оперативни ризици који обухватају све врсте пословних и финансијских ризика. Финансијски ризик, као ризик извора и стабилности финансирања (по обиму, динамици, али и цени) у случају здравствених организација карактерише висок ниво предвидивости (због релативно стабилних и поузданих извора финансирања), али и низак ниво финансијске флексибилности (у складу принципом наменске опредељености средстава) и њихове висине. Ове специфичности субјеката чије је пословање финансира из јавних средстава битно смањује финансијску ризичност ових ентитета у односу на ентитете у привреди. С друге стране, када је реч о пословним ризицима њихов интензитет одређен је врстом здравствених програма и обухватом корисника на које се ефекти програмских активности односе, као и временом и/или брзином њиховог утицаја.²⁸⁴ Наиме, јасно је да је ризичност програма којима се задовољавају егзистенционалне здравствене потребе већа у односу на програме који имају допунски значај са аспекта одржања живота или побољшања здравственог стања у његовом биолошком смислу, као што је такође већа ризичност програма чији ефекти имају утицај на већи број корисника у односу на програме персонализованог бенефита. При томе и у једном и у другом случају ризичност опада у односу на време чекања на ефекте који проистичу здравственим деловањем, с обзиром на то да време, односно дужина чекања на исход процеса лечења директно умањује значај, односно вредност остварених учинака.²⁸⁵

Ипак, без обзира на интензитет ризика његова специфичност односи се и на чињеницу да негативне последице могућег пословног неуспеха сноси не само здравствена организација као ентитет, већ и друштво, односно друштвена заједница у целини што пове-

²⁸⁴ Musgrove Ph., Fox-Rushby J. 2006., *Disease Control Priorities in Developing Countries: Cost-Effectiveness Analysis for Priority Setting*, Washington (DC): World Bank;

²⁸⁵ (March) 2008., *Using Cost-Effectiveness Analysis for Setting Health Priorities*, Fogarty International Center of the U.S., National Institutes of Health, The World Bank;

ћава значај овог вида ризичности, а тиме и значај његове контроле и назора. Менаџмент формулише управљање ризиком кроз следеће сегменте пословања и то:²⁸⁶

- **позицију конкурентности** (учешће на тржишту, степен лојалности потрошача, конкурентске предности, оцену могућих промена или преусмеравања и сл.);
- **изворе и стабилност финансирања** (учешће јавних средстава у финансирању, заступљеност субвенционисаних програма, степен тржишног ангажовања, лојалност потрошача);
- **однос према пацијенту** (степен задовољења потреба, примена индивидуалног или прилагођеног приступа лечења, квалитет рада, ниво достигнутих стандарда, професионалност рада и радна дисциплина и сл.);
- **управљање ликвидношћу** (политика цена, политика набавке, трошкови задуживања и др.).

Управљање ризиком по наведеним елементима захтева примену програмског приступа управљања где се зависно од врсте и/или предмета на који се програм односи ближе дефинише степен подношљивог ризика, мере заштите од последица ризика и могућности његовог избегавања, израда плана алтернативног деловања, као и увођење система, односно механизма за контролу фактора ризика. Разматрање пословне ризичности на програмској основи, у случају здравствених организација прихватљиво је из следећих разлога: прво, реализација пројекта увек се везује за задовољење одређене здравствене потребе коју карактерише приоритет, а тиме и значај задовољења/извршења, затим специфични индикатори успеха, као и ризици и потенцијалне претње; друго, пројекат има пословну, а често и организациону и економску самосталност што такође носи себи својствене ризике и припадајући значај на нивоу организације као ентитета.

С тим у вези, праве се разлике између програма који се односе на процесе, односно поступке непосредног лечења и програме који су њихова подршка, у смислу главних и споредних (помоћних) програма, затим разлика између самосталних и зависних

²⁸⁶ Gapenski L.C., 2004., *Healthcare Finance – An Introduction To Accounting And Financial Menagement*, Health Administration Press, Chicago, p.287;

програма, као и разлика између програма стратешког и оперативног значаја. Сви наведени елементи, односно карактеристике којима је конкретан програм детерминисан опредељују врсту и елементе његове ризичности где се под елементима и/или обележјима ризичности сматра његов значај (степен испољавања), могућности деловања/утицаја, начин реаговања и сл.

2.2.4.2. Ризици и њихово мерење у здравственим организацијама

Полазећи од различитих интереса које реализација програма из области здравствене заштите треба да задовољи фактор ризичности могуће је посматрати са аспекта степена остваривања програмских циљева (индикатора успеха), затим у односу на усклађеност програма као јединке/елемента у систем функционисања здравствене организације или у односу на задовољење интереса екстерних корисника(где се као ризици издвајају поштовање принципа сигурности и континуитета деловања, примена законских норми, успостављање и очување професионалности и квалитета рада и сл). С тим у вези укупни ризик везан за функционисање здравствене организације као пословног субјекта могуће је сегментирано посматрати као:²⁸⁷

- ризик издвојеног пројекта/програма (stand-alone risk)
- ризик система (corporate risk) и
- тржишни ризик (market risk).

Ризик издвојеног програма представља ризик успешности реализације одређеног програма при чему се програм посматра као самостална, односно изолована пословна целина. За овај вид ризичности заинтересован је пре свих менаџер здравствене организације који на бази контроле ризичних фактора успеха управља пројектом настојећи да максимизира позитивне исходе. Управљање ризиком у овом случају подразумева дефинисање: критичних фактора успеха, процену извесности њиховог утицаја, као и разматрање алтернативних могућности деловања. У том смислу неопходно је прво, дефинисати циљ чија ефикасна реализација значи успешност, друго, дефинисати

²⁸⁷ Gapenski LC, 2004., Healthcare Finance, Health Administration Press, Chicago, third edition;

критичне факторе успеха, треће дефинисати потенцијалне ризике са припадајућим процентом извесности настанка (вероватноћом), четврто, дефинисати опције или алтернативе реаговања којима се фактори ризика елиминишу и/или држе под контролом. Сви напред наведени елементи или сегменти управљања ризиком у функцији су правовременог реаговања и „очувања“ ефикасне реализације циљних вредности.

На пример, претпоставимо да је успешност опоравка током процеса рехабилитације значајним делом условљена фактором неге и бриге која се пружа пацијенту, а на коју у значајној мери делује поред професионалности запослених и њихова мотивисаност. Ако је квалификациона структура и број запослених за менаџмент здравствене организације екстерно дефинисана вредност²⁸⁸ онда се интензитет бриге и неге пацијента контролише преко елемента мотивисаности и то путем: стабилности и редовности плата, награђивања, стимулација, премија, додатних примања и сл, полазећи од претпоставке да је мотивисаност примарно условљена висином примања. Анализом осетљивости (sensitivity analysis) утврђује се степен или ефекат утицаја промене одређених варијабла на циљну вредност. На основу тога методом поређења у односу на базни случај утврђује се која је то варијабла чија контрола, а то значи и управљање ризиком највише доприноси стабилности или унапређењу извршења циљних индикатора. У ту сврху користи се тзв. сценарио анализа којом се симулирају стања циљних вредности у односу на промену контролисане варијабле, а која може да има лошу, очекивану или најбољу вредност у извесним процентима вероватноће.

С тим у вези, ако је у посматраном примеру ниво примања запослених промењива и неизвесна величина (условљена рецимо, сигурношћу прилива, нивоом инфлације, променама коефицијената или висином цене рада и сл.) онда би требало да менаџмент предвиди алтернативне опције реаговања како би одржао, па чак и унапредио примања запослених (тзв. додатна ињекција стабилности и унапређењу критичног фактора). На тај начин одржава се циљни ниво стимулативних примања/награђивања, као предуслов

²⁸⁸ Фактори ризика који су екстерно (независно) дефинисани нису предмет разматрања. Наиме, анализира се онај фактор ризика у циљу његовог контролисања (управљање ризиком) који кумулативно испуњава три услова и то: да на њега менаџмент може да утиче; да тај фактор значајно утиче на промену циљне вредности; да додатни трошкови изазвани његовом контролом и/или променама не превазилазе укупне користи које по том основу настају.

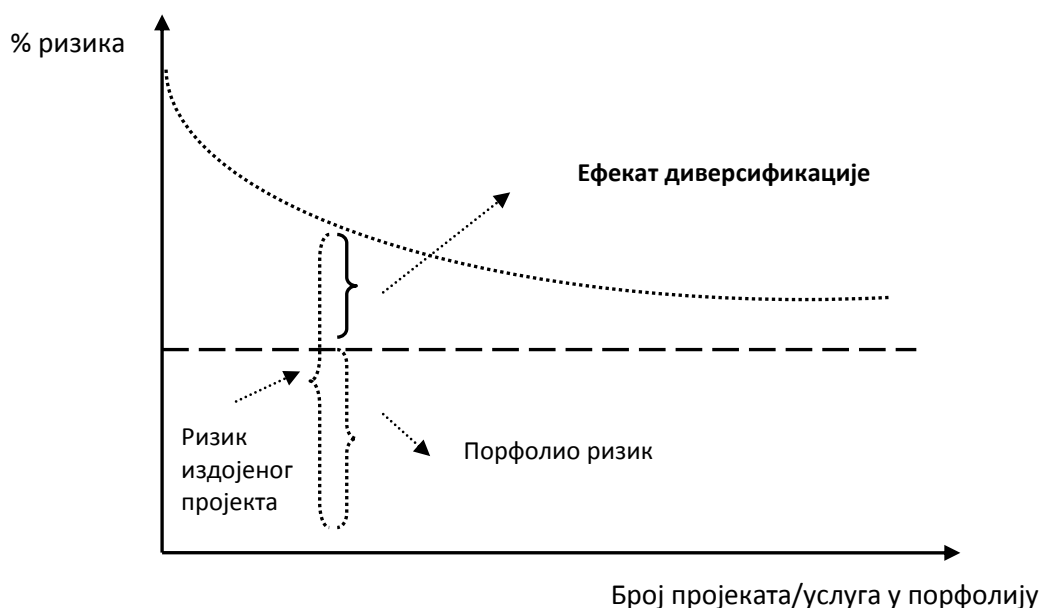
задовољавајуће мотивисаности запослених чиме се заправо одражава задовољавајући ниво здравствене неге (успеха реализације циљних индикатора), што је еквивалент пословне успешности у целини. У општем смислу, сматраће се да се остварује ефикасно управљање ризиком ако се ризичност прикаже као скуп могућих исхода са мањом или већом вероватноћом настанка (зависно од спољних и унутрашњих фактора на које менаџмент има различит утицај) и уколико се дефинишу алтернативна реаговања у сваком од могућих случајева/ситуација.

Други сегмент ризичности пословања организације је *ризик система* који представља ризик усклађености појединих пројеката на нивоу пословног система где се систем посматра као скуп синхронизованих, међусобно зависних и условљених програмских садржаја. Уколико се у оквиру здравствене организације реализују различити програми здравствене заштите онда се успешност посматра као максимизација укупно реализованих вредности свих сегмената система на нивоу збирне, односно обједињене вредности што подразумева висок ниво синхронизације, координације и усклађености пословног деловања. У том смислу менаџмент треба да се бави управљањем и контролом ризика система где спадају ризици по основу: појаве уских грла, технолошке и кадровске некомпатибилности са потребама, организационих пропуста, застоја у раду, неискоришћености капацитета и сл. Управљање ризиком система од менаџмента захтева посебну или додатну „бригу“ за пројекте чија је ризичност изнад просека на нивоу ентитета, као и посебну забринутост уколико је ниво ризичности пословања организације као ентитета изнад просека у делатности или директних конкурената. Проблем квантификације ризика као и свугде присутна је и у области здравства, с обзиром на то да се поставља питање да ли је ризик поуздано мерљива категорија. С тим у вези квантификација ризика у пракси по правилу се своди само на упоредивост ризика пројеката унутар организације или између сличних пројеката различитих ентитета.

На крају, као посебан вид ризичности који утиче на успешност реализације здравствених програма је *тржишни ризик*. Овај вид ризика у области здравства у односу на друге секторе специфичан је због тога што је:

- предмет услужног деловања претходно или већ формирана здравствена потреба, што значи да постоји „купац“, дакле тражња чиме је ниво тржишног ризика у односу на друге врсте потреба битно смањен;
- здравствена потреба је врста потребе са ниским степеном супститубилности из чега произилази висок значај/приоритет њеног задовољења што повећава ниво тржишне ризичности по основу обавезности и/или квалитета њеног извршења;
- тражња за здрављем условљена изразито индивидуалним захтевима због чега расте ризик тржишности у смислу прилагођености понуде конкретним захтевима корисника (потребама процеса оздрављења) као што су благовременост, индивидуалност приступа, задовољење специфичних потреба и сл.

Без обзира на специфичност тржишног ризика у здравству општа правилност диверсификације пројектног ризика у складу са посебним захтевима корисника (пацијената) важи и у овом случају. Наиме, дефинисање здравствене понуде као порфолија субпрограмских целина – третмана, метода и приступа лечења заснованих на уважавању посебних захтева корисника (индивидуализација понуде) обезбеђује смањење ризика издвојеног програма **за износ ефекта диверсификације**. У оса на *Слици бр.36* на следећој страни представља висину пословне ризичности издвојеног пројекта, док је испрекиданом линијом приказан ниво смањења ризика по основу ефекта диверсификације.



Слика бр.36: Ефекат диверсификације на смањење ризика изолованог пројекта (портфолио пословног програма/индивидуализација понуде), према извору: Gapenski LC, 2004., *Healthcare Finance, Health Administration Press, Chicago, third edition, p.300;*

Правило је да што је ризик издвојеног програма виши то су и могућности његовог смањења по основу ефекта диверсификације веће. Ефекат диверсификације у случају здравствених активности условљена је врстом/типом здравствене услуге и врстама корисника којима је услуга намењена (по заступљености посебних захтева, различитости корисника, обухвату и/или трајању обољења и сл.), али и капацитетима, односно могућности организације да удовољи индивидуализацији захтева. У том смислу ниво диверсификације или економски речено ниво софистицираности понуде условљен је различитим основама и/или карактеристикама разликовања због чега се када се говори о диверсификацији здравствених услуга може говорити о врстама третмана, интензитету лечења, групама корисника, нивоу здравствене неге, степену квалитета и сл.

2.2.5. Остале методе унапређења

У теорији и пракси развијено је доста метода унапређења стратегије али у наставку излагања осврнућемо се на две веома значајне, а то су: теорија ограничења и lean рачуноводство.

2.2.5.1. Теорија ограничења

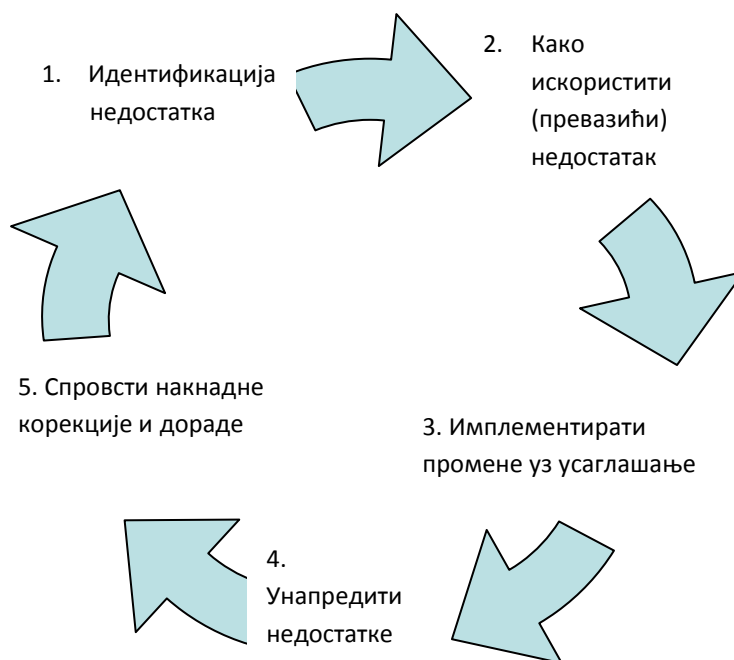
Теорија ограничења (*Theory of Constraints –ТОС*)²⁸⁹ заснива се на схватању да сваки систем, где спада и здравствена организација као пословни систем, без обзира колико добро обавља своју у овом случају јавну и друштвено одговорну функцију има најмање један ограничавајући фактор, у економији познат као „уско грло“. Ради се о врсти ограничења и/или мањкавости, односно како теорија каже „најслабијој карици“ која се налази на путу унапређења перформанси ентитета. У случају здравствених организација најчешћи ограничавајући фактори везани су за недовољност ресурса, неусаглашеност капацитета, ограничење у професионализацији и мотивацији запослених, као и инертности система као целине, а и шире на нивоу друштвене заједнице. Овде се ради о значајним или системским ограничењима развоја перформанси ентитета мада је могуће издвојити и материјално ситније недостатке, а који се такође налазе на путу развоја као што је случај са неефикасним, сувишним или несинхронизованим активностима, неразумевању, неорганизацији или преплитању надлежности извршилаца, застојима у процесу рада.

Кључна идеја теорије ограничења односи се на уклањање узрока ограничења, као најефикаснијег начина унапређења пословних перформанси. Наиме, сасвим је логично ако је непосредан проблем током процеса рада једна фаза, један извршилац или једна активност да се отклањање тог проблема проширују могућности пословних унапређења. С тим у вези неопходно је да се идентификују ограничења, утврде узроци, размотре алтернативе реаговања, а затим уочени проблеми или „заобиђу“ или „превазиђу“. Прва варијаната дешава се у случају када се, на пример, здравствена организација нађе у ситуацији да је делотворније, односно исплативије гасити одређене пословне активности (због недовољности капацитета или неефикасности процеса) и тако „ослободити“ простор за ширење и унапређење кључних или у пословном смислу успешних послова, а што је рецимо случај са необављањем свих видова прегледа, анализа, метода, односно приступа

²⁸⁹ Теорија која почива на схватању да је „ланац јак колико његова најслабија карика“ креирана је од стране Dr. Eli Goldratt 1984. године и први пут објављена у књизи „Циљеви“ (The Goal), према извору The Theory of Constraints (ТОС), <http://www.mindtools.com/pages/article/toc.htm>

лечења, чак и уколико се ради о једној врсти обољења. Друга варијаната је да се идентификовано „уско грло“ превазиђе у смислу улагања додатних напора, у виду нових инвестиција, оспособљавања, промене структуре запослених, надградње, измена у начину рада и функционисању (реорганизације) и сл.

Теорија ограничења као метод унапређења пословне стратегије здравствене организације спроводи се у пет корака, односно фаза чији је циљ идентификација проблема (недостатка), утврђивање могућности и начина његовог превазилажења, а потом спровођење односно имплементација промене.²⁹⁰ У том смислу неопходно је пре свега, одговорити на питања шта је циљ промене, о ком ограничењу је реч, које су опције деловања, а потом извршити избор најефикасније опције и спровести у пракси циљне измене. Кружни ток процеса пословних унапређења којима претходи и измена стратегије пословања здравствене организације графички је представљен на *Слици бр.37*.



Слика бр.37 : Графичка интерпретација концепта теорије ограничења заснована на примени пет кључних корака у циљу идентификације фактора ограничења

Извор Theory of Constraints <http://www.leanproduction.com/theory-of-constraints.html>

²⁹⁰ Business Excellence, *Theory of Constraints*, према извору: <http://www.bexcellence.org/Theory-of-Constraints.html>

Као што је представљено графички процес унапређења пословне стратегије здравствене организације применом метода ТОС спроводи се као систем сталних унапређења који функционише по принципу континуираних унапређења, односно пословних побољшања.²⁹¹ У том смислу процес се спроводи тако што се перманентно идентификује у том моменту „најслабија карика“ или узрок застоја у раду, а што се врши процесом „дијагностификовања узрочника“. Тај процес подразумева посматрање, праћење и анализу процеса, начина рада, распореда, организације, мотивисаности кадрова и сл., како би се прво утврдили симптоми проблема (мањкавости), а потом и установили њихови узрочници. Ради ефикасности процеса дијагнозе прво се разматрају кључни и најчешће коришћени процеси, односно начини рада с обзиром на то да понекада уклањање одређених ограничења може имати минималан учинак на унапређење перформанси или је евентуални учинак изазван промена недовољан, односно неоправдан у односу на карактер, трошкове или време неопходно да се промене спроведу.

Следећа фаза у имплементацији пословних унапређења је процес управљања идентификованим ограничењем. Треба се пре свега усресредити на могућност спровођења тзв. малих промена у смислу промена које не изискују велика улагања, усавршавања, застоје и време увођења. Овај приступ превазилажења проблема назива се "искоришћавање ограничења"²⁹² и сматра се најефикаснијим, а где спада, на пример, ротирање извршилаца, промене паузе и времена за одмор, организовања кратких састанака, усвајањем листе утврђених и обављених послова и сл. Као исход ове фазе неопходно је израдити и усвојити план „излечења“ проблема што подразумева дефинисање начин његовог решавања, садржај потребних промена, додатне радње и активности које такође треба извршити у циљу усаглашавања свих процедура и поступака, као и благовременог избегавања потенцијалних нежељених ефеката и додатних неповољности. На крају врши се оцена остварених промена и значај проистеклих ефеката. С тим у вези неопходно је сагледати да ли су уочени проблеми превазиђени, да ли је „надградња“ ограничења у довољној мери допринела превазилажењу проблема, потом

²⁹¹ *What Is Theory Of Constraints (TOC)*, Science of business Goldraff Implementayion Gropu US <http://www.scienceofbusiness.com/home/what-is-theory-of-constraints-toc/>

²⁹² Извор: Theory of Constraints <http://www.leanproduction.com/theory-of-constraints.html>

шта је и како уређено, да ли је систем унапређен, да ли су постигнути позитивни резултати и колики и сл.

Свакако да је корисно као коначан ефекат промена у процесу анализе оправданости промена спровести кост–бенефит анализу и на тај начин у економском смислу потврдити исплативост процеса унапређења. Фазе надградње процеса пословања и процедура рада као суштина теорије ограничења и с тим у вези модел унапређења стратегије здравствене организације треба да се врши по принципу сталних корекција, односно сузбијања првог наредног ограничења, што је сигуран и најефикаснији начин пословног напретка.

2.2.5.2. Lean рачуноводство

Lean рачуноводство је метод унапређења стратегије пословања здравствене организације којим се системски неутралишу сви губици и укидају све активности које не додају вредност с циљем да се утиче на квалитет, трошкове и време пружања здравствених услуга и тако унапреди пословање здравствене организације. С тим у вези, „lean“ рачуноводство, као метод унапређења стратегије базира се на хипотези да *свако трошење ограничених ресурса које није у функцији генерисања вредности за потрошаче треба да буде елиминисано.*²⁹³ Наиме, полазећи од самог значења појма „lean“ (енгл.) који се тумачи као захтев за смањењем трошења у процесу реализације циљног аутпута, а што практично значи мање: средстава, људског напора, времена, енергије и сл. уз очување квалитета учинка у здравству посебно је наглашено и то, како због сталне недовољности расположивих ресурса у односу на потребе, тако и због важности очувања квалитета здравља као циљног исхода. Успешна имплементација „lean“ метода унапређења стратегије користи пет кључних принципа који чине оквир модела, а то су:

- **принцип вредности** – вредност, заправо значење вредности везује се испуњење интереса и очекивања непосредних корисника (пацијената), у смислу задовољења

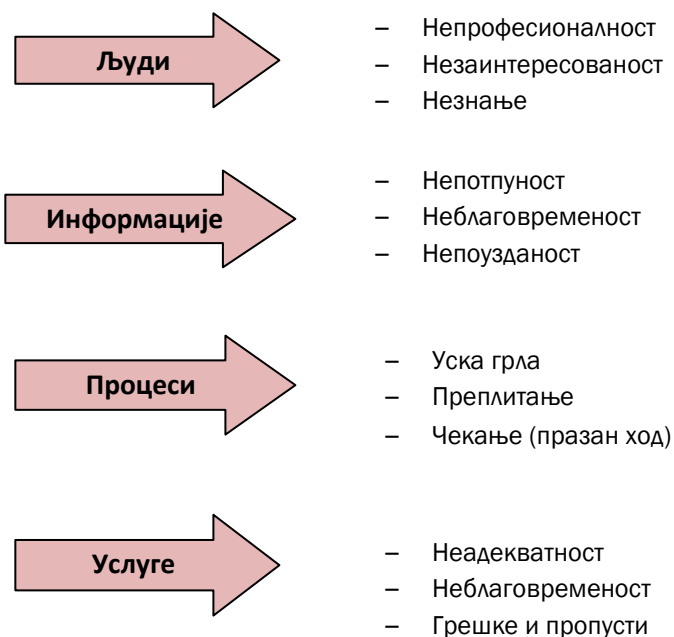
²⁹³ Основе „lean ” концепта се у највећој мери заснивају се на пословној пракси великих производних предузећа у Јапану. Видети више о „lean ” методу: Новићевић Благоје (2008), Леан системи производње као изазов управљачком рачуноводству, Савез рачуновођа и ревизора Републике Српске, Задаци рачуноводствене, ревизорске и финансијске професије након потписивања споразума о стабилизацији и придруживању са Европском унијом, Теслић, стр. 113-123.

захтева доступности, квалитета, благовремености, безбедности и сл. У општем смислу под појмом вредности сматрају се карактеристике аутпута које купац признаје и које је спреман да плати. У случају здравствених услуга захтев вредности не посматра се само као интерес и/или корист (бенефит) коју остварује пацијент као непосредни корисник, већ и у смислу избегавања негативних ефеката које неадекватно лечење може да има за последице;

- **принцип тока вредности** – кључне смернице за дефинисање циљних вредности су потребе и захтеви корисника (пацијената), а то значи њихове жеље, очекивања и сл., укључујући и специфичне захтеве и индивидуалне потребе. С тим у вези настоје се успоставити флексибилни процеси лечења, у циљу максимизирања подударности између реализованих учинка и захтева, односно потреба пацијената;
- **принцип континуираног тока** – процеси, процедуре и третмани лечења треба да се одвијају и/или обављају без застоја, грешака и пропуста, као и без понављања и накнадних корекција;
- **принцип иницирања („Pull“)** – спровођење здравствених услуга треба да се извршава у складу са захтевима корисника, а то значи временски усаглашено са потребама, као и динамиком и интензитетом који ће обезбедити ефикасан процес излечења. Принцип иницирања последица је специфичног формирања здравствене понуде у смислу да је тражња иницијатор и/или креатор здравствене услуге на начин да детерминише њене карактеристике и начин задовољења;
- **принцип усавршавања** – подразумева континуирани систем унапређења који омогућава достизање „најбољих перформанси“. Ради се о механизму сталног „дотеривања“ (надоградње) пословања чији се ниво успешности осликава интензитетом усаглашености пословања и/или његових исхода потребама крајњих корисника;

На основу изнетог може се закључити да се Lean рачуноводство као модел унапређења пословне стратегије почива на захтеву смањења и елиминације грешака и пропуста у раду при чему се под губицима сматрају сва трошења која купац није спреман да плати, а што се у случају здравствених услуга тумачи и као вредности од којих

корисник, односно пацијент нема позитивних ефеката (бенефита) без обзира да ли их препознаје, схвата и/или прихвата. С тим у вези узрочници губитака и пропуста током пружања здравствених услуга везују се за људе, информације, процесе и услуге, а што је графички представљено на *Слици бр.38*.



Слика бр.38 – Узрочници губитака и пропуста у процесу пружања здравствених услуга, прилагођено према извору: Д. Регодић, С.Јовановић, М.Станкић, 2009. *Lean production systems and supply chain reagibility, Инжињерски менаџмент;*

Процес унапређења пословне стратегије применом модела Lean рачуноводство спроводи се у неколико корака/фаза. Пре свега неопходно је извршити разграничење или груписање пословних активности на: активности које додају вредност (здравствене активности), активности које не додају вредност, али су потребне (споредне активности) и активности које не додају вредност и сувишне су. Иако се захтев „елиминације расипања“ пре свега односи на трећу групу активности током свих процеса (послова) који се у ентитету спровode неопходно је сузбити појаву и последице неадекватности, неприлагођености и непрофесионалности, а које доводе до грешака и пропуста у раду

(непотребне или погрешне активности, неорганизација, несинхронизација, празан ход, незнање, незаинтересованост и сл.).

Како би се постигао кључни циљ модела Lean рачуноводство, а то је реализација квалитетне и одговарајуће здравствене услуге уз најниже трошкове и у оптимално време неопходно је снимити текуће стање и то на начин да се разграниче и класификују пословни процеси и унутар њих поједине активности („ниво одговорности процеса“), а затим на том ниво деловања идентификују проблеми (уска грла) и грешке и пропусти. Спуштањем одговорности на ниво процеса и активности – *мапирање пословања ентитета*, постиже се конкретизација задатака, разграничавају поступци и токови рада, идентификују извршиоци, утврђује јасна веза између трошкова и њихових изазивача (узрочника), а што су све предуслови за прецизно и потпуно препознавање свих облика расипања. Процес идентификације неправилности и грешака у раду додатно се побољшава увођењем система контроле и надзора, дефинисањем процедура, писањем извештаја о раду, израдом путање (дијаграма) рада са прегледом контролних тачки и сл. Када се сними тренутно стање треба формулисати план побољшања – план акције који треба да садржи мерљиве циљеве, време предвиђено за њихово спровођење, као и извршиоце укључујући и све измене које треба да се спроведу. Мерило успешности спровођења Lean рачуноводство као метода унапређења стратегије операционализује се кроз степен елиминације грешака и пропуста у процесу пружања здравствених услуга, а што се испољава у смислу ефикаснијег рада, смањења накнадних прегледа и ревизија, смањења погрешно дијагностификованих оболења, смањења трошкова, боље синхронизације и организације рада и сл.

*Пракса је увек много комплекснија
и интересантнија од теорије
(Mintzberg)*

МОГУЋНОСТИ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ И УНАПРЕЂЕЊА ПОСЛОВНЕ СТРАТЕГИЈЕ ЗДРАВСТВЕНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА У СРБИЈИ

1. Могућности формулисања стратегије

Формулисање пословне стратегије здравствене организације што је предуслов не само планског, осмишљеног и организованог деловања здравствених ентитета већ такође и активног и ангажованог залагања менаџмента као релевантног репрезента управљачке, а не само извршне функције пословног субјекта је потреба која је све очигледнија и која се све више поставља као императив у Србији. Разлог томе је сазревање свести и уочавање значаја не само у професионалним и стручним круговима, већ и на друштвеном и политичком нивоу да је континуирано унапређење квалитета здравствене заштите једна од најважнијих карактеристика одрживог развоја, како здравственог система, тако и последично осталих сегмената нашег друштва, као што су привреда, економија, социјална заштита и сл. У том смислу формулисање пословне стратегије здравствене организације као дугорочне планске одлуке којом се обезбеђује осмишљено, одговорно и оправдано реаговање на промене у окружењу значајно је не само за организацију, односно њен опстанак и развој, већ и за друштво у целини. Формулисањем пословне стратегије, као начина планског реаговања на промене окружења и/или промене

потреба корисника, али и измене саме организације као пословног система настоји се постићи пословни континуитет на начин да се повећа квалитет здравствене заштите и унапреди ефикасност задовољења потреба корисника (пацијента) што су приоритетни интереси свих укључених страна. Као последица наведеног, до сада важеће схватање улоге здравствене организације у Србији, а које се односило на извршење и ефикасност извршења поверене функције јавног здравља проширује у смеру активнијег залагања менаџмента ентитета за унапређење и/или надградњу пословног успеха организације. С тим у вези, здравствена организације на челу са проактивно оријентисаним менаџментом процесом формулисања пословне стратегије треба да допринесе унапређењу процеса и процедура пословања, успостављању виших стандарда рада, задовољењу вишег нивоа потреба корисника (пацијената), бољој мотивацији запослених, квалитетнијим међуљудским односима, промовисању радне атмосфере и радног ангажовања и сл.

Ипак, када је реч о могућностима формулисања пословних стратегија здравствених ентитета треба указати на кључне предуслове или претпоставке који су од значаја за њену израду, а који у Србији, у једном делу омогућавају процес израде пословне стратегије, али у другом делу се налазе на путу, односно онемогућавају или отежавају тај процес. Могућности и ограничења за формулисање пословне стратегије најбоље је сагледати разматрањем извршења захтева, односно задатака свих субјеката укључених у стварање амбијента и/или услова за њену израду, а где се мисли на све субјекте релевантне за функционисање и развој здравственог система, а то су:²⁹⁴ актуелна државна власт, надлежно министарство, локална самоуправа, професионалне организације и институције, невладин сектор, јавно мњење, менаџмент и запослени.

Основ формулисања пословне стратегије здравствене организације као пословног ентитета је екстерно усвојени стратешки оквир, као општи, пре свих друштвени, политички и професионални консензус који се односи на стратешко регулисање делатности и професионалну стандардизацију рада здравствених организација. На бази

²⁹⁴ *Боља примарна здравствена заштита за све нас*, Смернице здравствене политике за јачање система здравствене заштите у Србији од 2010. до 2015. године, Пројекат „Политика примарне здравствене заштите на Балкану“ Министарство здравља Републике Србије;

стратешког оквира, као што је познато, здравствена организација формулише стратегију пословања водећи рачуна да у процесу њеног формулисања уважи све елементе, односно сегменте стратешког оквира чиме практично обезбеђује планско усклађивање свог пословања са местом, улогом и задацима који су јој оснивањем екстерно одређени и/или додељени.²⁹⁵

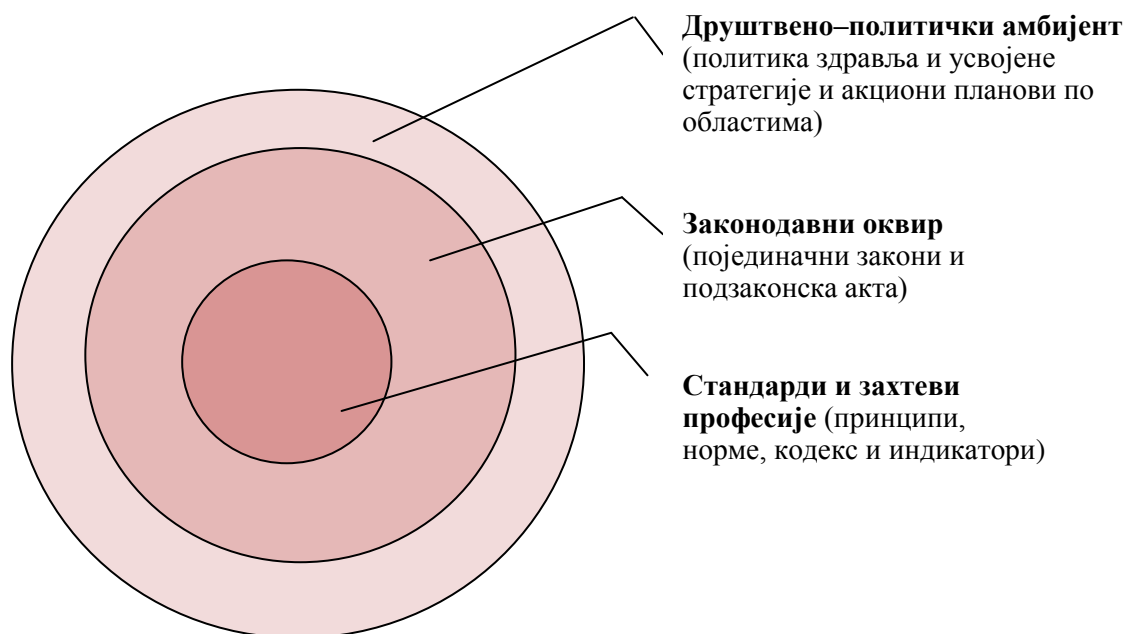
У делу уређења општег друштвеног и политичког амбијента за обављање здравствене делатности и с тим у вези доношења докумената и нормативних аката од стратешког значаја треба истаћи да је у Србији током претходног периода усвајана здравствена политика базира на поштовању општег права на здравствену заштиту (у складу са Уставом), а што је засновано на спровођењу идеје савременог друштва по којој је *„здравље народа од општег друштвеног интереса и најзначајнији ресурс развоја“*.²⁹⁶ Везано са тим усвојен је значајан број стратешких докумената из области здравља, као што су: реформа здравственог система, развој здравственог осигурања, развој јавног здравља, унапређење здравља младих, развој примарне здравствене заштите и сл., укључујући и акционе плане, као оперативне основе спровођења појединих стратегија. У делу законодавног регулисања донет се сет закона којима се између осталих уређује област здравствене заштите, здравственог осигурања, функционисања коморе здравствених радника и сл. укључујући такође и бројна подзаконска акта неопходна за спровођење сваког закона појединачно.

С друге стране, у делу професионалног уређења функционисања сектора здравства релевантне организације, институције, тела и удружења активно су укључена у процес афирмације и развоја делатности, настојећи да кроз указивање на значај здравства, односно негативне последице његовог нефункционисања пробуде и покрену укупну друштвену јавност и то пре свих локалну самоуправу као финансијера и субјекта развоја, али и грађане подстичући их на информисаност о потребама и правима

²⁹⁵ У случају здравствених организација у Србији број, структура, капацитети и просторни (територијални) распоред здравствених субјеката у државној својини, као и њихових организационих јединица по нивоима здравствене заштите регулисани су Уредбом о плану мреже здравствених установа ("Службени гласник РС", бр. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012 и 37/2012).

²⁹⁶ Стратегија јавног здравља Републике Србије ("Службени гласник РС", бр. 22/2009);

корисника (пацијената). Ради регулисања и унапређења рада здравствених организација и веће професионалности усвојена су одговарајућа нормативна решења којима се уређују питања квалитета и стручности кадрова, начина стицања и верификације лиценци, кодекса професионалне етике, стандарда квалитета, индикатора успешности и сл. Као последица наведеног на нивоу Србије, а то значи на националном нивоу усвојени су и нормативно подржани стратешки, законодавни и професионални захтеви, као правци развоја и циљеви здравствене заштите којима су детерминисани елементи општег, односно стратешког оквира за формулисање стратегије пословања здравствене организације, као пословног ентитета, а што је приказано на *Слици бр.39*.



Слика бр.39: Нивои стратешког оквира за обављање функције јавног здравља у делу стратешког, законодавног и професионалног регулисања као оквир за формулисање пословне стратегије здравствене организације

У том смислу општим оквиром као оквиром стратешке, законодавне и професионалне одређености, односно одређености дефинисана је пословна оријентација здравствене организације, као самосталног пословног ентитета, што практично значи да су усвојени принципи, приступи, циљеви, програми и стандарди пословања, као и перспективе,

критеријуми и индикатори циљне успешности, а потом и оцене њеног извршења са аспекта организације, као самосталног пословног ентитета. Дакле, стратешким оквиром, као оквиром за израду пословне стратегије здравствене организације у нашој земљи је по нивоима здравствене заштите (примарни, секундарни и терцијални ниво) постигнута општа сагласност у виду израде општег докумената којим су установљени правци, циљеви и вредности којима се менаџмент здравствене организације руководи у процесу формулисања пословне стратегије, али и после, односно током њене имплементације, а што се пре свега односи на следеће захтеве, односно смернице:²⁹⁷

- *формулисање пословних циљева здравствене организације*, циљеви треба да су у функцији побољшања здравственог стања грађана, унапређења доступности здравствених услуга, веће транспарентности и одговорности рада, развоја сарадње приватног и јавног сектора, развоја система мреже здравствене заштите у целини, укључујући и сарадњу са истраживачким институцијама и телима.
- *кључни принципи професионалности рада и функционисања организације*, треба да се односе на поштовање начела интегрисаности, ефикасности, правичности, једнакости, фаворизовања захтева и потреба корисника, документованости, унапређења сарадње, партнерства, уважавања захтева квалитета и развоја менаџмента и менаџерских вештина.
- *подржавања прихваћених мерила вредности*, која се тичу приступачности и доступности, правичности и ефикасности, безбедности пацијента, захтева високог квалитета, благовремености, заснованости на правима, развоју квалитета, одрживости и одговорности, као и усмерености на корисника.

Поред уважавања опште постављених циљева пословања, принципа рада и основа функционисања у складу са захтевима професионалности и здравствене етике, као уважавања прихваћених мерила вредности о остварењу циљне успешности неопходно је да менаџмент здравствене организације у процесу формулисања пословне стратегије

²⁹⁷ *Боља примарна здравствена заштита за све нас*, Смернице здравствене политике за јачање система здравствене заштите у Србији од 2010. до 2015. године, Пројекат „Политика примарне здравствене заштите на Балкану“ Министарство здравља Републике Србије;

уважи и друге оквире дефинисане од стране државе као оснивача, а које се односе на: *подручје рада* (област, функцију и ниво здравствене заштите коју ентитет обавља), *минимални ниво кадровске, просторне и техничке опремљености, стандардан обим и квалитет рада*, као и *предвиђени финансијски оквир за обављање делатности* (висина и намена опредељених јавних извора по основу наплате средстава обавезног здравственог осигурања). То значи да у оквирима расположивих ресурса потребних за пословање здравствене организације, а у складу са установљеним циљевима, стандардима и норматива рада менаџмент здравствене организације приступа процесу формулисања пословне стратегије ентитета.

Треба напоменути да је у правцу јачања значаја, односно важности процеса формулисања пословне стратегије од стране ентитета код нас ова обавеза уређена и законом у складу са прихватањем начела „сталног унапређења квалитета здравствене заштите“²⁹⁸, а везано за спровођење поступка акредитације. Наиме, поступак акредитације који обухвата оцењивање квалитета рада здравствене организације на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда рада у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине којој установа припада, као обавезан поступак подразумева и преглед постојеће документације, а која између осталих треба да садржи и стратегију пословања здравствене организације.²⁹⁹ То практично значи да је за процес акредитације неопходно, између осталог формулисати и пословну стратегију ентитета, као обавезан елемент, односно условни захтев чиме се повећава значај, односно важност ове планске одлуке.

Иако се из претходно реченог може закључити да постоји општа сагласност о значају израде пословне стратегије здравствене организације, као и да постоје успостављени оквири, у смислу претпоставки да се тај процес ефикасно спроводи у реалним приликама долази до великог броја проблема. Као један од већих проблема је чињеница да се у

²⁹⁸ Према члану 23. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 107/2005, 72/2009 - др. Закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013–др. закон);

²⁹⁹ Установе као облици јавних служби обављају делатности којима се обезбеђује остваривање права односно задовољење потреба грађана и организација, као и остваривање других законом утврђених јавних интереса у одређеним областима, према извору: Закон о јавним службама („Службени гласник РС“, бр.42/91, 71/94, 79/2005 - др. закон, 81/2005 - испр. др. закона и 83/2005 - испр. др. закона);

Србији пословна стратегија здравствене организације више начело усваја као део формалног испуњења захтева, него што је тај документ од стратешког значаја начин планског деловања и с тим у вези стварно исходиште будућих пословних одлука. То је узроковано великим делом и недовољно развијеном свести менаџмента о значају стратешког планирања здравствене организације и неопходности, чак и обавезе директнијег и активнијег залагања руководећег тима за реализацију, а потом и унапређење циљне успешности здравствене организације као самосталног пословног ентитета. Наиме, у Србији у значајном броју организација, пре свих од стране менаџмента није прихваћено схватање да је стратешко планирање и његов „производ“ стратешки план, најчешће за петогодишњи временски период начин, односно инструмент активног приступа руковођења и да је здравствена организација као самостални пословни субјект директно одговорна за своје пословање, а то значи непосредно одговорна за свој опстанак и развој. У прилог томе је обавеза менаџмента здравствене организације да одговорно, савесно и сврсисходно располаже од стране државе као оснивача уступљеним јавним средствима и јавном својином, као ресурсима који су ентитету дати на располагање (коришћење) ради извршава функције јавног здравља као општег интереса.

Ипак, и поред недовољно уочених и прихваћених одговорности менаџмента за принципе проактивног руковођења у функцији непосредног унапређења реализације циљне успешности објективно је присуство и других тешкоћа у процесу формулисања пословне стратегије, као што су, на пример, неуспостављени или недовољно усавршени механизми сагледавања и анализе шанси и слабости ентитета, а потом и могућности и ограничења окружења (због непостојања службе, ограничености средстава и/или мањка потребних знања и стручности), слабе економске и професионалне мотивисаности руководиоца и запослених да се баве или доприносе потребама стратешког управљања, одсуства тржишних принципа пословања у здравству и потребе, односно жеље за конкуренцијом и надметањем и сл.

Све наведено не треба да умањи даља настојања и инсистирање на значају формулисања пословне стратегије здравствених ентитета. То из разлога што је израда

пословне стратегије основ развоја не само организације као ентитета, већ и менаџмента у здравственој делатности, при чему је истовремено и реални показатељ достигнутог нивоа и примене менаџерских вештина. Свакако да се одговорно руковођење не може замислити без пословне стратегије као основа благовременог реаговања на промене околности и/или услова рада и с тим у вези стабилног извршења јавне функције здравља. На основу квалитетно састављеног стратешког плана доприноси се развоју менаџерских вештина везано за управљање ризицима, успостављање система праћења, контроле и надзора, обезбеђења ресурса (према потребама, изворима и временској синхронизацији), стручног усавршавања и едукације запослених, успостављања механизма мотивисаности и личне иницијативе извршилаца, формирања система комуникације на свим нивоима, као и са корисницима и друштвеном заједницом. Другим речима, захваљујући стратешком плану пословања менаџмент здравствене организације у прилици је да „на планским основама нађе „склад“ између мисије, визије и циљева организације, као и спољних околности и унутрашњих способности како би максимизирао користи од интерних снага и спољних могућности и минимизирао неповољан утицај сопствених слабости и претњи из окружења.“³⁰⁰ На бази стратешког плана могуће је постићи и/или осигурати „друштвено одговорно и оправдано“ уређивање, праћење и унапређење начина извршења циљне функције здравствене организације као ентитета, а тиме и очување стабилности и сигурности функционисања области здравства и здравствене заштите у Србији.

2. Могућности имплементације стратегије

Могућности имплементације стратегије пословања здравствене организације у Србији непосредно су детерминисане не само предметом и садржајем којег треба имплементирати у постојеће пословне програме/активности, већ и субјектима који их спроводе, односно непосредно учествују у тим процесима. С обзиром на то да сваки план, па тако и стратешки план пословања нема сврху ако се не извршава и ако не постоји лице, тим, служба или одељење, дакле прецизно утврђен субјект одговоран за резултате који по основу извршења плана проистичу неопходно је посебну пажњу посветити субјектима

³⁰⁰ 2010., Одлука о плану развоја здравствене заштите Републике Србије;

имплементације стратегије и то по сроднијим групама или врстама. Слично као и у случају процеса формулисања пословне стратегије здравствених организација у Србији и процес њене имплементације треба посматрати са аспекта доприноса и тешкоћа, односно немогућности имплементације сваке од укључених страна.

За разлику од привредних ентитета круг субјеката укључених у спровођење стратегије пословања организација од јавног интереса где спадају и здравствене организације, далеко је шири и комплекснији што значајно отежава и компликује сам процес њеног спровођења. Ово из разлога што су за имплементацију стратешког плана здравствених ентитета заинтересовани и у његово спровођење бар посредно укључени, како укупно јавно мњење (удружења грађана, невладине организације, медији, власт на свим нивоима, појединци и сл.) у делу праћења и заштите ефикасности функционисања система, тако и професионална тела и институције везано за заштиту права пацијената и циљева струке, као и очување етике и стручности рада.

На жалост, треба нагласити да је у Србији пракса да се залагање јавности и грађанских иницијатива, али не ретко и професионалних асоцијација у значајном броју случајева више врши због маркетиншких или промотивних активности, са политичком и интересном позадином у време промене власти, реструктурирања и сл., него што је реч о стварним стручним и корисним иницијативама за опште добро. Као потврда наведеног у Србији је још од 2010. године примарни ниво здравствене заштите (домови здравља и апотеке) у непосредној надлежности локалне самоуправе – општина и градова због чега је било за очекивати да локална власт не само сарађује у процесу имплементације пословне стратегије здравствене организације већ и да пружи озбиљнију подршку и иницијативу у процесу њене имплементације и унапређења, као оснивач и финансијер.

Ипак ретки су примери где се локална самоуправа у процес имплементације пословне стратегије укључила као важан чинилац у смислу да значајније финансијски, кадровски и институцијално подржава процес њеног спровођења и на тај начин додатно доприноси заштити јавног интереса у области очувања и унапређења здравља становништва и очувања стабилности пословања и функционисања ентитета. Углавном везано за

имплементацију стратегије пословања обавезе локалне самоуправе односиле су се на финансирање рада здравствених организација и то само у делу законом утврђеног нивоа обавезног издвајања наменски опредељених средстава за изградњу и опремање здравствене организације, где спада финансирање инвестиционог улагања, инвестиционо –текућег одржавања (просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава), опремање у области интегрисаног здравственог информационог система, као и обезбеђивања средстава за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању. Овај начин имплементације стратегије посматра се у складу са буџетским принципима пословања, а који процес операционализације стратегије посматра у контексту извршења и/или степена извршења буџета, а везано за анализу следећих показатеља:

- износа наменски опредељених средстава за финансирање укупног пословања на нивоу ентитета и појединих пројекта у његовом саставу;³⁰¹
- структуре и висине појединачних трошења по свакој врсти трошка, сагласно принципу наменски опредељених средстава (дефинисање категорије буџетских апропријација);
- динамике трошења и поштовања захтева очувања буџетске ликвидности, односно буџетске уравнотежености финансирања.

Међутим, у периоду који следи очекује се да локална самоуправа као, не само важан већ и активан учесник у имплементацији стратегије пословања здравствене организације, више се заложи за модернизацију рада, унапређење техничких и информационих могућности, развој капацитета и опреме, професионализацију кадрова, јачање сарадње са локалним институцијама, промовисање значаја здравља и здравих стилова живота и сл. У том смислу неопходно је подржати информатички развој организације, успоставити различите облике сарадње са локалним институцијама, асоцијацијама, удружењима грађана, привредницима, као и промовисати значај здравља у сегменту предшколског

³⁰¹ Посебним законом за конкретну буџетску годину укупно расположива средства државе деле се на тзв. буџетске разделе и то појединачно по сваком директном кориснику буџетских средстава. У терминологији јавних финансија појам буџетског раздела дефинише се планом предвиђено и законом дефинисано учешће директног буџетског корисника у укупној расподели јавних средстава за период једне буџетске године. Потом, директни буџетски корисници као непосредни финансијери врше даљу расподелу средстава својим индиректним корисницима унутар свог буџетског раздела, на основу чега прате рад својих корисника, а тиме индиректно контролишу и извршење буџета.

васпитања, образовања, спорта и сл. Локална самоуправа у процесу имплементације стратегије пословања здравствене организације треба да успоставља и јача сарадњу здравствених организација, социјалних институција, медија, невладиних организација, удружења грађана и сл., ради смањења фактора ризика настанка одређених болести и значаја превентивног деловања, сузбијања последица ризичних понашања (алкохолизма, наркоманије, дувана и сл.), као и заштите угрожених категорија становништва, на пример, деце, трудница, лица са инвалидитетом и сл.

С друге стране, када је реч о имплементацији стратегије пословања здравствених организација, такође у делу финансирања, при чему се захтеви финансирања врше путем донаторских давања проблеми спровођења стратешких планова у Србији, пре свега се односе се на поштовање захтева наменске одређености уступљених средстава, као и њихове ефикасне, а то значи одговорне и економичне потрошње. Намена коришћења датих средстава регулише се уговором о донацији³⁰² и ако у том смислу нема одступања по основу подржаног пројекта престаје било који вид даље обавезе између уговорних страна. Међутим, честа је пракса да се одредбе уговора о донаторству током реализације пројекта прекрше, односно да се уговор о донаторству злоупотреби за прикривање неких облика интересних радњи, на пример, утаје пореза, стицање користи за донатора, за потребе рекламе и сл., а што негативно утиче и додатно отежава стабилност прилива финансијских средстава, а тиме директно и процес спровођења пословне стратегије.

Када се говори о непосредној, односно директној имплементацији стратешког плана здравствене организације у смислу оперативног спровођења надлежности, обавеза и активности, дакле послова и задатака који су планом предвиђени треба нагласити да су они у непосредној надлежности, пре свих менаџмента, запослених (здравствених радника и сарадника), али и корисника. У пракси процес спровођења пословне стратегије за

³⁰² Донација односно поклон је облик уступљених, а не уложених средстава где се донатор трајно одриче права власништва над предметом донације у корист организације, водећи рачуна само о њеном наменском и ефикасном коришћењу. „Curius est dare, i eus, est disponere” (Ко нешто даје, има право и да одреди како ће се то користити). У том смислу донације спадају у врсту „условљених“ давања где се као услов поред наменског трошења могу јавити и посебни захтеви донатора предвиђени уговором. Због наведеног за ова давања каже се да се ради о бесповратним, али не и безусловним давањима.

наведене субјекте такође наилази на велики број проблема. Као најчешћи узрок наводи се чињеница са се стратегија пословања здравствених организација код нас у великом броју случајева доноси, односно усваја више као формални чин него што се ради о планском упоришту за доношење будућих пословних одлука и за вођење дугорочне пословне политике. С тим у вези често су очигледне мањкавости везано за нереалност и неизводљивост постављених стратешких циљева, присуство организационих и кадровских неусаглашености, несинхронизације рада, неусклађености промена са постојећим процесима и текућим активностима, непостојања времена за упознавање и усвајање промена (време обуке/пробни рад) и сл. Такође, присутно је одсуство иницијативе и мотивисаности за променама, неприлагођености капацитета и/или недовољности средстава (по врсти, обиму, квалитету, временској усаглашености и сл.), превазиђености приступа, односно начина руковођења и управљања, непостојања жеље и интереса за залагањем и доказивањем и сл.

Ипак, у процесу имплементације пословне стратегије у Србији остварен је видан напредак у схватању и прихватању функције менаџмента која се са традиционалног приступа управљају све више оријентише ка управљају људима и процесима, а у циљу уважавања и задовољења потреба корисника, односно пацијената. У том смислу све више се примењују основни захтеви, односно предуслови за реализацију квалитетне здравствене заштите, а према којима је *„квалитетна здравствена заштита потпуно задовољење потреба оних којима су здравствене услуге највише потребне, по најмањем трошку за организацију, а унутар ограничења и смерница које постављају здравствене власти и финансијери”*.³⁰³ Веће залагање менаџмента, запослених, као и веће укључивање и уважавање положаја и значаја локалних самоуправа, као оснивача и финансијера, а потом и пацијената, као непосредних корисника здравствених услуга обезбедило је значајна достигнућа која су у пракси потврђена, а која се односе на већу уједначеност пружања здравствене заштите, увођење информационих система, успостављање система сталне едукације запослених, ангажованост руководства на континуираном унапређењу здравствене заштите, већу опремљеност капацитета и сл.

³⁰³ Ovretveit J., 1995., Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Oxford;

Захваљујући наведеном остварен је значајан помак у обезбеђењу и унапређењу правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије³⁰⁴, где се под појмом правичности подразумева постојање једнаког приступа здравственим услугама за све кориснике у стању здравствене потребе без обзира на разлике у полу, етичкој и верској припадности, инвалидитету, социјално–економским карактеристикама и месту становања.³⁰⁵

Проблеми се нагомилавају и у делу делегирања овлашћења и надлежности, у систему комуникације на свим нивоима и између различитих подручја и функција рада, успостављања механизма контроле, мониторинга и евалуације пословних остварења, праћења и вредновања резултата и/или доприноса резултатима и сл. Често се дешава да је не само план, већ и сврха промена тешко разумљива што доводи до неприхватања и личне незаинтересованости. Разумљивост конкретних задатака од стране непосредних извршилаца, као и мотивисаност везано за резултате који се очекују битан је предуслов за прихватање и усвајање промена као и за ефикасну имплементацију пословне стратегије. Од запослених се у процесу имплементације стратешког плана очекује одговорност, оданост (лојалност), залагање, као и професионалан приступ спровођењу и извршењу постављених задатака. Планирање послова и задатака по конкретним местима и субјектима извршења (систематизованим радним местима) пре самог спровођења треба уредити (оперативно развити) у смислу израде детаљне мапе плана активности (ко, шта, како, када, где и сл.) што подразумева ангажовање, односно уважавање предлога непосредних извршилаца. Наиме, непосредни извршиоци на основу својих знања, искуства и доброг познавања природе посла којег обављају треба додатно да унапреде или „дограде“ постојеће планове у циљу њиховог потпунијег и/или ефикаснијег извршења. У пракси се код нас показало да је доношење стратешких планова и планирање њиховог спровођења често обављано на самом врху организације без укључивања непосредних извршилаца и уважавања њихових предлога због чега је изостало

³⁰⁴ (2003.) *Боље здравље за све у трећем миленијуму*, Министарство здравља РС, Београд;

³⁰⁵ Министарство здравља, 2009., „*Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената*“;

прихватање, односно разумевање нових решења, као и њихово спровођење и надградња у циљу унапређења и ефикасног извршења постављених задатака.

С тим у вези, свакако да планска решења по конкретном послу/задатку поред уважавања разлика у врсти и/или начину извршења треба да укључе и разлике узроковане конкретном ситуацијом, способностима и карактером лица које га извршава, као и околностима у којима се сваки појединачни случај решава. Прилагодљивост и доследност спровођења предвиђених задатака кључни су атрибути ове фазе имплементације стратешког плана, како би се остварили постављени циљеви и достигли стандарди дефинисани као нормативи њиховог успешног извршења. Процес спровођења стратегије пословања здравствене организације треба да почива на доказима, односно документационој основи о оствареним задацима. С тим у вези као потврду (доказ) извршења постављених задатака запослени током спровођења стратегије попуњавају предвиђене обрасце као што су: радни налози, извештаји, изјаве, прикази о достигнућима и сл.

Увидом у документацију стиче се представа о степену (ефикасности) извршења постављених задатака при чему је такође могуће идентификовати учесталост и правилност испољавања одређених промена и/или одступања од правила у циљу додатних корекција и накнадних прилагођавања. На пример, поступак дневног прикупљања и лабораторијске обраде крви и урина који се приказује коришћењем дијаграмског прегледа по фазама/корацима извршења (а којег попуњавају лаборанти) може јасно да дефинише кораке који се предузимају, факторе који су кључни за успех (брзина доставе, време пријема, начин дистрибуције и сл.)³⁰⁶ као и елементе које је могуће, односно које треба мењати у циљу пословних унапређења. Коришћење знања и сугестија непосредних извршилаца добар је основ за тзв. „фина (додатна) подешавања“ ради дограђивања, односно унапређења већ утврђених процедура, правила и начина рада и корекције

³⁰⁶ Ако је циљна побољшања могуће остварити унапређењем кључног фактора успеха, у наведеном случају рецимо да је то време или начин транспорта онда се унапређење пословне ефикасности и/или смањење ризика од могућих компликација постиже променама чији је циљ оптимизација кључног фактора. При томе су парцијални (фазни) циљеви, конкретно време или начин транспорта заправо у функцији ефикасне реализације крајњих циљева.

евентуалних пропуста. У здравственим организацијама у Србији у интерним документима којима се уређује пословање организације по правилу су усвојена и акта којима се регулишу процедуре, приступи и правила рада (водичи добре праксе) којима се уређују поступци, задаци, одговорности, документациона основа, начин извештавања, контролни поступци и сл. у оквиру појединих области или подручја рада. Међутим, стабилност, односно сигурност и доследност њиховог спровођења која подразумева и механизме санкционисања за непоштовање и евентуалне пропусте није увек заступљена или није увек спроводљива у пракси што систем уређења, односно стандардизације пословања чини бесмисленим.

Следећа група субјеката која је значајна у процесу имплементације стратешког плана здравствених организација, а којој се у Србији не посвећује довољна пажња су пацијенти. Они као непосредни корисници, а то значи и директни оцењивачи здравствених услуга имају велику одговорност у процесу спровођења стратешких планова. Њихова улога односи се на обавезу јасне идентификације сопствених потреба, учествовање у процесима њиховог дефинисања, као и на предлагање бољих (прихватљивијих) решења, а која се са аспекта њихових интереса сматрају битним, као што су, на пример, квалитет, професионалност, брзина, безбедност, сигурност и сл. Циљ укључивања непосредних корисника у процес спровођења стратешких планова је да се обезбеди поуздана и релевантна анализа, како ризичних тако и кључних догађаја здравственог деловања како би се ризици по здравље пацијената и могуће негативне последице свеле на минимум. У контексту спровођења овог дела стратегије здравствених организација у Србији покренути су и значајној мери спроведени важни инструменти којима се унапређује ефикасност имплементације стратегије са аспекта непосредних корисника, а где спадају, на пример, институције изабраног лекара и заштитника права пацијента, затим постигнута је већа отвореност и јавност рада кроз развој активног приступа пружања здравствене заштите и то путем формирања здравствених савета, укључивањем медија, већом сарадњом са удружењима и грађанима, формирањем call и информационог центра и сл. На дуги рок наведени механизми дају позитивне резултате као што су рецимо, промене понашања и/или очекивања корисника (пацијената), развој

локалних иницијатива, веће учешће социјалних програма посебно у делу превенције, помоћи угроженим групама, хуманизацији друштва и сл.

С друге стране, активан приступ имплементацији стратешких планова од стране пацијената захтева њихову укљученост и личну заинтересованост у истраживачке процесе везано за оцену квалитета и карактеристика здравственог деловања и здравствене неге, а што подразумева давање сугестија, предлога, иницијатива и сл., као и учествовање у анкетама, упитницима, интервјуима, испитивањима и сл. Такође од пацијената се очекује да знају и да користе своја права и да се непосредно залажу за њихово проширивање и већи квалитативни садржај. Формирањем различитих облика организовања у Србији (удружења, комисија, тела, иницијатива и сл.) корисници здравствених услуга укључују се у процесе планирања здравствених активности и утврђивања, односно унапређења права по основу здравствене заштите по категоријама корисника и врстама обољења, али се све више укључују и у процесе оцене квалитета рада здравствених организација и појединих њених служби и извршилаца кроз различите методе евалуације здравственог деловања и запослених у овој области.

Статус пацијената у процесима дефинисања здравствених потреба, предлагања начина и/или могућности њиховог задовољења, као и дефинисања улоге у процесу оцене, односно вредновања крајњег исхода непосредно је условљен положајем пацијента у смислу да је сасвим јасно шта се активнијим ангажовањем корисника жели постићи, у којој мери (обиму) и на крају шта се по том основу очекује са аспекта имплементације пословне стратегије. Наиме, процес имплементације стратешких планова, у складу да захтевом одговорности (савесности) од корисника очекује специфична знања, висок ниво информисаности и заинтересованости, као и поседовање критичног става према постојећем стању. Савремени корисник треба да буде обавештен, упознат са проблемима и спреман да се активним приступом укључи у његово решавање уважавајући при томе право пацијента на мишљење (став), избор, као и коначну одлуку о поступцима и начинима лечења.

3. Могућности унапређења стратегије

Једна од најозбиљнијих промена у приступу и односу према систему здравствене заштите у Србији на нивоу здравствених ентитета, а коју подржава текућа политика ове области тиче се заговарања идеје "одговорног и пажљивог менаџмента благостања становништва"³⁰⁷. У том правцу од менаџмента се не очекује само формулисање здравствене политике (израда мисије, визије и праваца развоја), регулисање њеног спровођења/имплементације (усвајање и поштовање норми), обезбеђење учинака и размена информација по том основу већ и све непосредније и интензивније залагање за успостављање и примену система сталних унапређења, а која треба да проистичу из унапређених решења документованих стратегијом пословања организације. Таква усмеравања последица су све већег инсистирања на захтеву „прогреса квалитета“ као општег циља система здравствене заштите према којем су и „даваоци здравствених услуга, дакле и здравствене организације активни учесници у процесу побољшања рада и унапређења ефикасности услуга које пружају“.³⁰⁸

Стална унапређења као континуирани процес треба да омогуће виши ниво ефикасности пословања и потпуније задовољење потреба корисника, али и оних који те услуге непосредно обезбеђују где се мисли пре свих на запослене у здравству. Овакво тумачење могућих праваца развоја последица су схватања према којем је једини пут или начин „за смањење времена трајања циклуса и учесталости грешака побољшање непосредних процеса које користимо у поступцима испоруке производа и пружања услуга“.³⁰⁹ Уважавајући том приликом ефекат материјалности и могућност утицаја са аспекта побољшања непосредних процеса простор за могућа унапређења од стране менаџмента организације треба налазити у делу надградње оних карактеристика поступака и/или фаза рада које су не само значајне са аспекта захтева успешности, већ на које је могуће утицати у смислу мењања или усмеравања.

³⁰⁷ Извештај Светске здравствене организације, 2000, WHO;

³⁰⁸ *Боља примарна здравствена заштита за све нас*, Смернице здравствене политике за јачање система примарне здравствене заштите у Србији од 2010. до 2015. године, Министарство здравља Републике Србије, Пројекат: „Политика примарне здравствене заштите на Балкану“;

³⁰⁹ Juran J.M., De Feo J.A., 2010., *Juran's Quality Handbook: The Complete Guide to Performance Excellence* Sixth edition, New York;

У циљу дефинисања садржаја и праваца будућих стратешких унапређења квалитета здравствене заштите од стране ентитета Министарство здравља је 2004. године дефинисало нормативни оквир за системски приступ увођења и уређења система квалитета. У складу са тим дорада стратешких планова у функцији унапређења квалитета остварује се у пет праваца и/или подручја унапређења којима је уређен квалитет здравственог деловања, а што је спроводи кроз реализацију пет општих (стратешких) циљева унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената, а то су:

- *Стварање услова да пацијенти буду у средишту система* (препознавање потреба и уважавање права пацијената утврђених законом, учешће корисника/пацијената у креирању пословне политике, право пацијента на избор и информисаност, унапређење доступности здравствене заштите, пре свих маргинализованим групама, уз очување стандарда квалитета);
- *Унапређење знања здравствених радника и подизање свести о значају сталног унапређења квалитета здравствене заштите и развијање посебних знања и вештина* (стална едукација запослених и сарадника, развој професионалних норми и стандарда који се односе на квалитет рада и безбедности пацијената, стимулисање учења и професионалног усавршавања и напредовања);
- *Стварање услова који промовишу културу сталног унапређења квалитета* (увођење система добровољне акредитације, управљање ризицима по здравље пацијената и запослених, праћење, унапређење и промовисање показатеља квалитета, управљање и организација листе чекања);
- *Обезбеђење сигурности, безбедности и исплативости технологије* (праћење нових метода, процеса и технологије, развој нових и ревизија постојећих водича добре праксе, залагање за рационализацију поступака, ефикасније коришћење медицинских средстава);
- *Увођење финансијских подстицаја за стално унапређење нивоа квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента* (здравственој организацији и/или здравственим радницима и сарадницима).

Остваривање изнетих стратешких циљева и унапређење стратешких планова на нивоу здравственог ентитета спроводи се путем промена, односно мера унапређења постојеће праксе која се односи на унапређење квалитета рада, изградњу или санацију капацитета, залагање за превентивне програме, унапређење задовољства корисника и већу мотивисаност запослених. Подручја могућих унапређења прате се по стању или нивоу промена индикатора којима се поједини стратешки циљеви представљају, а чији је преглед дат у *Табели бр. 16.*

Табела бр. 16: Преглед мера за унапређење стратешких планова груписаних по припадности одређеном стратешком циљу, прилагођено према Стратегији развоја здравства и Акционом плану планираних активности из одговарајуће области

Мере за унапређење стратешких планова на нивоу здравствене организације

1. **стратешки циљ – Унапређење квалитета рада**

- увођење специјализованих обука запослених (о правима пацијената, развоју комуникационих вештина у односима са корисницима, заштити права пацијената и сл.)
- дефинисање водича добре праксе и процедура рада којима се уважавају и поштују права пацијената
- предвиђање групе/тима за комуникацију са удружењима пацијената
- усвајање интерактивних модела учешћа корисника у креирању пословне политике
- примена планског приступа у циљу подизања свести о правима пацијената,
- планирање едукација запослених о потребама осетљивих популационих група,
- стварање техничко–безбедних услова за осетљиве популационе групе
- успостављање сарадња са локалном заједницом о идентификацији осетљивих популационих група и решавању питања која се на њих односе

2. **стратешки циљ – Изградња нових капацитета и санација постојећих**

- планирање и праћење акредитованих програма континуиране едукације
- израда планова стручног усавршавања запослених
- успостављање система мотивације запослених за професионално усавршавање
- дефинисање ревизије протокола, водича и клиничких путева за унапређење квалитета и њихове имплементације
- предвиђање израде показатеља за процену квалитета здравствене заштите
- планирање процедура за обуку новопримљених кадрова

3. **стратешки циљ – Залагање за превентивне програме**

- промовисање значаја акредитације и планирање едукације оцењивача за акредитацију
- формирање тимова за самооцењивање
- предвиђање координатора за акредитацију

- увођење менаџмента ризицима по здравље пацијената и запослених
 - дефинисање процедура за анализирање нежељених догађаја
 - формулисање процедура пријема, третмана и отпуста пацијента
 - праћење и анализирање професионалних обољења
 - предвиђање превентивних активности за заштиту запослених
 - израда плана за акцидентне ситуације на нивоу локалне заједнице
 - увођење информационих и комуникационих технологија
 - дефинисање мера извршења и унапређења учинака
 - праћење и унапређење показатеља квалитета здравствене заштите
 - планирање ревизије критеријума за стављање пацијената на листу чекања, као и стављање нових интервенција на листу чекања
 - увођење или унапређење софтверског пакета за праћење листе чекања
 - тврђивање процедуре за ажурирање и објављивање листе чекања
4. стратешки циљ – Унапређење задовољства корисника
- израда упутства за процену постојећих и увођење нових здравствених технологија
 - увођење нових технологија
 - дефинисање критеријума за одређивање приоритета набавке медицинске опреме
 - процена потреба коришћења технички савремених и безбедносно сигурних информационих и комуникационих технологија
 - израда водича добре праксе и ревизија постојећих
 - спровођење едукације запослених за примену водича добре праксе
 - формирање тимова за спровођење рационалне фармакотерапије
 - праћење и извештавање о нежељеним ефектима лекова
 - истраживање терапијских програма
5. стратешки циљ – Већа мотивисаност запослених
- увођења показатеља квалитета као критеријума за уговарање
 - опредељење средстава за стимулисање здравствених радника
 - предвиђање обука менаџмента о променама у начину финансирања и могућностима стицања средстава из других, пре свих тржишних извора (у оквирима примарне непрофитабилности)
 - укључивање критеријума квалитета у начин плаћања/награђивања запослених
 - израда критеријума за подстицај (стимулацију)

Од менаџмента здравствених организација очекује се да развију сопствене капацитете развоја и примене посебно прилагођене механизме унапређења пословних система којим руководе што подразумева „дораду“ пословних планова – стратешких и оперативних. Као фактор унапређења неопходно је остварити и/или очувати блиску сарадња са здравственим институцијама, професионалним телима, локалном заједницом и локалним властима. Пословна унапређења, без обзира на врсту и начин испољавања,

непосредно се везује за захтев надградње квалитета здравствене заштите с обзиром на то да је квалитет, односно ниво квалитета препознат и издвојен као најбитнија карика или фактор пословне успешности на чему треба да се темељи развој система здравствене заштите у целини.

Унапређење стратешких планова здравствених организација у Србији до почетка овог века односило се на спорадичне иницијативе појединих ентитета чији је, пре свих менаџмент препознао и уочио потребу, али и значај унапређења квалитета рада и позитивне последице (бенефите) које по том основу проистичу. У одсуству правног и професионалног оквира којим се уређује област унапређења квалитета здравствених организација индивидуални случајеви који су се бавили овом темом користили су механизме унапређења квалитета који потичу из индустрије (ИСО стандарди). Први пут, односно 2003. године систем квалитета здравствене заштите и његово унапређење препознато је и прихваћено као један од стратешких циљева, а што је током наредног периода потврдило и Министарство здравља доношењем општих стратешких документа (Здравствена политика, Визија развоја система здравствене заштите и Стратегија реформе здравственог система до 2015. године са акционим планом), као и усвајањем нових законских решења којима је нормативно уређена ова област (Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању и Закон о коморама здравствених радника).

Потом је надлежно министарство донело Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама којим је уведен и/или дефинисан концепт сталног унапређења квалитета рада здравствених установа и по том основу унапређење здравствене заштите у целини. Ради праћења квалитета рада³¹⁰ као саставни елементи стратегије пословања којим се прати њено унапређење Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић – Батут“ сачинило је упутство за извештавање здравствених установа о показатељима квалитета (где спадају показатељи квалитета рада, листе чекања, параметри о стицању

³¹⁰ У професионалном и организационом смислу на нивоу државе, односно струке на подручју унапређења квалитета остварени су значајни помаци као што су: успостављено је традиционално одржавање националне конференције о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите, формирана је Јединице за квалитет у циљу креирања и спровођења националне политике унапређења квалитета здравствене заштите, установљена је пракса проглашавања најуспешнијих домова здравља и општих болница, спроводи се поступак акредитације и сл.;

и обнови знања(вештинама запослених), као и о задовољству запослених), као и упутство за поступак заказивања прегледа у специјалистичко консултативним службама здравствених установа. То је последица неопходности, односно потребе да се квалитет и његово унапређење прати и процењује на бази претходно, јасно дефинисаних показатеља квалитета који су предвиђени Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите. Правилник поред обавезних показатеља квалитета по нивоима здравствене заштите (примарни, секундарни и терцијарни) предвиђа и додатне показатеље који су осетљиви и оријентисани ка исходима, дакле резултатима рада и начину, односно квалитету његовог обављања, а који треба да мотивишу и подстичу на залагање у циљу унапређења квалитета. С тим у вези Правилник садржи показатеље којима се прати и процењује:

- безбедност пацијената (евиденција неочекиваних инцидената);
- задовољство корисника услугама здравствене службе;
- задовољство запослених у здравственој установи;
- квалитет и континуитет рада комисије за унапређење квалитета и
- стицање и обнова знања и вештина запослених;

Донета документа и на основу тога политике, објашњења, упутства, инструменти и сл. представљају правни основ, односно оквир којим се уређују питања праћења и унапређења квалитета функционисања здравствене заштите и здравствених служби у Србији, а што је предуслов за одговорну (у професионалном смислу) и економичну (у финансијском или материјалном смислу) реализацију постављених циљева, али и њихово унапређење у делу одговорности и надлежности ентитета.

Једна од значајних иницијатива у функцији унапређења стратегије пословања и/или унапређења квалитета здравствене неге по том основу, а која се спроводи на захтев здравствене организације је **поступак акредитације**. Наиме, у складу са законском одредбом којом је уређено да се „начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите остварује мерама и активностима којима се у складу са савременим достигнућима медицинске науке и праксе повећавају могућности повољног исхода и

смањивања ризика и других нежељених последица по здравље и здравствено стање појединца и заједнице у целини³¹¹ од менаџмента се очекује да у циљу прихватања, односно примене „сталне културе квалитета“³¹² се заложи за акредитовање програмских садржаја из области пословања здравствене организације.³¹³ Поступак акредитације обухвата оцењивање квалитета рада здравствене организације на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда рада у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине којој установа припада. У делу спољног оцењивања квалитета здравственог деловања неопходно је извршити преглед постојеће документације која, између осталог треба да садржи и **стратешки план пословања здравствене организације (установе)**.³¹⁴

Добијање сертификата о акредитацији потврђује се да је организација препознатљива по квалитету обављања здравствених активности или другим речима да испуњава утврђене стандарде/норме дефинисане за одређену област здравствене заштите, односно грану медицине из области рада ентитета. У пракси критеријум „препознатљивости по квалитету“ значи да је потпуно нормативно уређен начин рада и функционисања здравствене организације, као и да су у функцији захтева квалитета ангажовани, односно у процес унапређења квалитета укључени сви запослени на челу са менаџментом. Нормативно регулисање пословања здравствене организације као целине, као и појединих њених делова/сегмената (процеса и послова), али и извршилаца, као основе унапређења пословне стратегије здравствене организације подразумева испуњење следећих захтева:

- дефинисање начина и организације рада у складу са стандардима квалитета,
- креирање система контроле на нивоу система и појединих делова/елемената,

³¹¹Према члану 23. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 107/2005, 72/2009 - др. Закон, 88/2010, 99/2010 и 57/2011);

³¹² Министарство здравља, 2009., *Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента*, р.2;

³¹³ Министарство здравља, 2009., *Правилник о акредитацији здравствених установа*;

³¹⁴ Установе као облици јавних служби обављају делатности којима се обезбеђује остваривање права односно задовољење потреба грађана и организација, као и остваривање других законом утврђених јавних интереса у одређеним областима, према извору: Закон о јавним службама („Службени гласник РС“, бр.42/91, 71/94, 79/2005 - др. закон, 81/2005 - испр. др. закона и 83/2005 - испр. др. закона);

- дефинисање процедура, правила и метода рада и
- именоване акредитованог менаџерског тима на свим нивоима руковођења.

Од ефикаснијег функционисања здравствене организација и с тим у вези унапређења здравствене заштите и здравствене неге која се пружа пацијентима користи имају сви, а посебно непосредни корисници, дакле пацијенти и запослени. У првом случају позитивни ефекти од унапређења квалитета испољавају се на пример процесом уједначавања квалитета поступака и процедура лечења, стандардизацијом учинка, односно ефеката здравља, побољшањем услова и/или амбијента лечења, унапређењем безбедности и сигурности збрињавања и пружања неге и сл. Савремени корисник очекује да добије здравствену услугу у којој ће ризик по његово здравље бити минималан, а корист од пружене здравствене заштита максимална.³¹⁵ У другом случају, односно са аспекта запослених позитивни помаци односе се на дефинисање методологије рада, унапређење стандарда и услова лечења, усавршавање модела награђивања и стимулације и сл. Прва група показатеља унапређења квалитета који се уграђују као део стратегије пословања односе се на професионалне или стручне захтеве унапређења рада здравствене организације, док је друга група захтева више организационе, процесне и управљачке природе и везује се за вештине рада, управљања и способности професионалнијег и ефикаснијег коришћења расположивих средстава.

Са аспекта пословања и функционисања здравствене организације као ентитета позитивни помаци исказују се као проширивање пословних капацитета и/или побољшање постојећих, увођење нових здравствених услуга (подручја рада) и/или усавршавање и надградња постојећих, побољшање стручности и знања запослених, увођење информационих система и савремене технологије (електронски картон, софтвер за заказивање прегледа и сл.), увећање тржишног учешћа и проширивање пословне делатности изнад основног нивоа и сл.

³¹⁵ Министарство здравља, 2009., *Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената*, стр.2.

На крају нарочито значајно у функцији унапређења квалитета је утврдити, унапредити и спроводити аспект одговорности у свим елементима рада, при чему се прави разлика између пословне одговорности (предмет и начин спровођења), финансијске одговорности (могућност и/или извесност спровођења), као и одговорности за учинак (за услуге, исходе и резултате рада).³¹⁶ Врста и садржај одговорности зависи од врсте и значаја посла који се обавља као и од субјекта, тачније радног места (послова) лица на којег се елемент одговорности односи, а који може да се односи на аспект квалитета или интензитета рада, искоришћености ресурса, личног доприноса, иновативности, залагања и сл. Битно је такође, да постоји јасан оквир вредновања и/или мотивације (путем дефинисања норматива, зарада, награда, бонуса, укључујући могућности рада и личног и професионалног напредовања) који недвосмислено пружа одговоре на питања шта представља резултат, односно ефекат рада, како се он мери, затим вреднује и на који начин се спроводи механизам награђивања везано за постављене стандарде и допринос њиховом извршењу.³¹⁷ Свакако да је питање одговорности и с тим у вези систем стимулисања блиско повезано и/или условљено системом санкција с обзиром на то да је одговорност, односно њен значај и улога без успостављеног механизма санкција битно ослабљена и обесмислена.

³¹⁶ Ова врста одговорности објашњава ток предузетих мера у дефинисаном временском року, у пружању здравствених услуга када се упореди са договореним циљевима учинка. Циљеви учинка могу се повезати са показатељима резултата рада.

³¹⁷ Новићевић Б, Стевановић Т., 2006., *Функционисање система мера перформанси услужних предузећа*, Рачуноводство, вол. 50, бр. 11-12, стр. 48;

ЗАКЉУЧАК

Друштвена улога здравствених организација и с тим у вези ефекат и/или озбиљност последица условљених квалитетом и интензитетом задовољења здравствене тражње указују на значај истраживања чија је област праћење и унапређење перформанси субјеката из сектора здравства. Ово посебно из разлога што се у условима обавезности здравственог деловања и недовољности улагања све интензивније излаз налази у делу одговорнијег и ефикаснијег трошења постојећих средстава чиме на значају добија функција менаџмента, односно методе, инструменти и технике управљачког рачуноводства. Допринос управљачког рачуноводства уважавајући специфичности пословања и остваривања, односно тумачења успеха здравствених организација је да пружи потпуну и егзактно утемељену информациону, методолошку, инструменталну и техничку основу за доношење оптималних, а то значи друштвено корисних и економски оправданих пословних одлука.

Тумачење успеха у здравству тесно је повезано са схватањем општих циљева здравствене заштите који се заснивају на уважавању интереса различитих страна, затим различитих приступа и начина дефинисања циљних вредности, а потом и различитих исхода и/или облика њиховог испољавања, при чему су исходи између себе, не само неупоредиви, већ често и супротстављени. Успешност реализације циљних вредности директно је условљена степеном приоритетности њиховог извршења, при чему је приоритет опредељен у односу на здравствену, пре него на економску ефикасност. Као последица доминације здравствених критеријума успешности циљна функција ових ентитета различита је од максимизације пословног резултата и почива на доминацији непрофитних критеријума успешности. С тим у вези класична економска тумачења успеха прилагођавају се захтевима примарно непрофитног успеха и везано са тим, специфичностима ефекта здравља као аутпута што подразумева битно другачије вредновање циљних остварења у односу на тржишне принципе. Примерено, односно прилагођено вредновање пословне успешности

здравствених организација доприноси унапређењу алокативне и дистрибутивне ефикасности располагања ограниченим средствима, а затим и побољшању ефикасности и рационалности потрошње средстава, што су кључне полуге унапређења успешности пословних субјеката, а тиме и сектора у целини.

Разматрање успешности пословања сваке организације па тако и здравствене везује се са схватањем, тумачењем и вредновањем учинака проистеклих пословним деловањем. Имајући у виду да је „здравље“ примарни учинак здравственог деловања неопходно је разрешити у општем и појединачном случају: шта је учинак у здравству; како се мери; којом јединицом се исказује; који је и колики јединични прогрес здравља; како се утврђује важност или у здравственом смислу ургентност учинка која потом детерминише вредност успеха; како издвојено исказати и квантификовати све елементе учинка (директне/индиректне; сталне/повремене; тренутне/одложене) и сл. При томе се под појмом здравствене ефикасности подразумева очување или унапређење постојећег здравственог стања или ублажавање последица изазваних стањем болести или неспособности. Очигледно је да је учинак, односно прогрес здравља сам по себи нејасна и неегзактна категорија чије рачуноводствено представљање додатно компликује сложеност исказивања и вредновања ефеката изазваних здравственим деловањем, као и вредновање аутопута предузетих активности на бази друштвених потреба (користи) и/или пацијентове оцене благостања и среће коју му напредак здравља обезбеђује. Наведене тешкоће посебно су изражене уколико се здравље посматра шире од одсуства болести/неспособности, затим ако се учинак тумачи сложеније од егзистенцијалног, па и биолошког здравља, као и уколико се остварени ефекти прате обухватније од бенефита којег оствари непосредни корисник, односно пацијент. Због тога примењују се интегрални, односно сложени системи вредновања пословних остварења на нивоу организације или појединих њених делова.

Предуслов праћења, а потом и унапређења успешности здравствених организација односи се на поуздано исказивање, мерење и вредновање перформанси здравствених организација, а затим и њихово потпуно праћење, контролу и упоредивост уважавајући различите аспекте, начине и кориснике реализованог успеха. С тим у вези, могуће је методе, инструменте и технике управљачког рачуноводства који се примењују у привреди или прилагодити захтевима здравствених организација (улози, циљу и потребама) или установити нове који уважавају принципе правичности, друштвене неопходности, опште доступности и сл. Дефинисањем поуздане основе и њеном

надградњом у информативном, методолошком, инструменталном и техничком смислу, у складу са савременим захтевима менаџмента, омогућено је ефикасније извршење поверених послова (екстерно дефинисаних), али и њихово унапређење у делу могућег активног деловања на нивоу здравствене организације. Основни циљ је да се унапреди процес одлучивања ради рационалнијег трошења расположивих средстава, али на начин који не нарушава оквире непрофитабилности, доминацију хуманих вредности, као и значај очувања здравствене етике, што су примарни, често и условни критеријуми реализације успеха уопште. Функција менаџмента у здравственим ентитетима, у складу са одговорном и друштвено оправданом потрошњом, односи се пре свега на ефикасно извршење екстерно дефинисане циљне функције, што подразумева: коришћење средстава према наменски опредељеној потрошњи (*принцип ефикасности*), расподелу средстава према динамици одобрене потрошње (*принцип ликвидности*) и јачање система надзора и контроле коришћења расположивих средстава, без обзира на порекло финансирања (*принцип рационалности трошења*).

Пођемо ли од строго дефинисаних, екстерно утемељених оквира пословања који функцију управљања примарно своди на функције „извршења“ и „извештавања“ менаџменту преостаје да се бави питањима рационалности и ефикасности трошења како би евентуалним уштедама, пре свега у оперативном смислу, унапредио пословни резултат, при чему је избор методе унапређења условљен не само могућим утицајем (променама) од стране менаџмента, већ и висином очекиваног/потенцијалног унапређења. У том смислу функција информационе основе установљене на бази различитих димензија управљачког рачуноводства је да допринесе унапређењу ефикасности менаџмента, у делу тзв. „финог“ подешавања и/или усмеравања којим се доприноси увећању пословне успешности, као подручја активне пословне политике ентитета. Активна политика менаџмента, у делу имплементације стратегије спроводи се применом две алтернативе деловања и то: *фокусирање на интерне (унутрашње) снаге унапређења*, кроз пословна и организациона преусмеравања и рационализације и *тржишно ангажовање и диверзификацију активности у циљу стицања додатних извора финансирања* чиме се здравствена организација приближава пословној филозофији профитних субјеката.

Имајући у виду утицај и важност здравственог сектора на друштво у целини потреба је, али и обавеза пре свих државе да се темељно и засновано на дугорочним интересима бави развојем и надградњом функционисања здравственог сектора и свих субјеката у његовом саставу са посебним освртом на задовољење законом

утврђених права грађана. Показало се као правило да у земљама у транзицији постоје значајни пропусти у остваривању основних људских права, где спадају и здравствена и социјална права и сигурности чиме се додатно дестабилизује систем друштвених вредности, али и стабилност и перспективе развоја привредног, односно производног развоја. Да би се то избегло, односно предупредило поред државе која има законодавну и регулаторну улогу, све је више заговорника који истичу значај и важност функције менаџмента здравствених организација.

Све више се истиче потреба повећања одговорности и стручности органа управљања, што захтева развијање менаџерских вештина, усавршавање техника и метода управљања и увођење ефикаснијих система руковођења и пословног одлучивања на чему треба да се темељи не само просперитет овог сектора, већ и раст општег друштвеног благостања. Тенденција је да менаџмент здравствених организација има веће надлежности (права и одговорности) везано за пословање, дакле успех или неуспех пословног ентитета. На овај начин, функција управљања и пословног одлучивања приближава се схватању и тумачењу функције управљања у тржишно оријентисаном окружењу које карактеришу развијене информације, модели, методи и технике управљачког рачуноводства, а које треба свеобухватно развијати и користити и у овом сектору. Разлика је једино у томе, да се одговорност и професионализам као све присутније одлике управе здравствених ентитета штите, гарантују и подстичу са највиших државних инстанци, у интересу пре свих – државе и њених грађана. С обзиром на до сада оскудна теоријска истраживања ове области код нас, сматрамо да би остварени резултати у овом раду могли пружити теоријски основ за унапређење пословања здравствених организација и то пре свега кроз унапређење процеса управљања. Ово посебно због све интензивније потребе за ефикаснијим коришћењем расположивих средстава и укључивања, односно уважавања и тржишних критеријума успешности.

СПИСАК ЛИТЕРАТУРЕ

1. Антић Љ., (септембар) 2004., *Мерење перформанси у функцији управљања предузећем у савременим условима пословања*, Пословна политика:40-44.
2. Антић Љ., 2004., *Активности – нови концептуални основ обрачуна трошкова*, Рачуноводство бр. 9-10:42-51.
3. Антић Љ., Секулић В., 2007., *Савремени приступ обрачуна трошкова у непрофитним организацијама*, Рачуноводство бр.7-8:39-45.
4. Arnesen T., Nord E., (November) 1999., *The Value Of DALY Life: Problems with ethics and validity of disability adjusted life years*, Vol. 319: 1423–1425, National Institute of Public Health, Oslo, Norway.
5. Baal P.H.M, Hoenmans N., Hoogenveen R.T., G Wit A., Westert G.P, 2006., *Disability weights for comorbidity and their influence on Health-adjusted Life Expectancy*, Population Health Metrics.
6. Barton, A., 2005. *Issues in Accounting and Budgeting by Government*, Agenda, Vol. 12, No. 2, p. 211–226.
7. *Benchmarking Health Systems: Trends, conceptual issues and future perspectives Benchmarking*, An International Journal, Vol. 12 Iss: 5, p.436 – 448.
8. Berenson R. A., Horvath J.,2003., *Confronting The Barriers To Chronic Care Management In Medicare*, Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.
9. Birnbaum M.H., *A Web-Based Program of Research on Decision Making (Expected Utility /EU/)*, <http://psych.fullerton.edu/mbirnbaum/web/DIS3.pdf>
10. Bohmer R.M.J., 2009., *Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care*, Harvard Business School, Boston, USA.
11. *Боља примарна здравствена заштита за све нас – смернице здравствене политике за јачање система примарне здравствене заштите у Србији од 2010. до 2015. године*, Министарство здравља Републике Србије, Пројекат: *Политика примарне здравствене заштите на Балкану*.
12. Боровић Н., (март–април) 2011., *Унапређење анализе успеха у здравству применом Balanced Scorecard модела*, Рачуноводство 3–4:85–92, Савез рачуновођа и ревизора Србије, Београд.
13. Боровић Н., Обрадовић Т., 2011., *Унапређење успеха у здравству применом мера активне политике здравствене установе*, вол. 39, Индустрија бр. 3:139–152, Економски институт, Београд.
14. Боровић Н., Закић В., (септембар–октобар) 2011., *Концептуални оквир успеха непрофитних организација*, Економика предузећа:266–274, Савез економиста Србије, Београд.
15. Brent C.J., *Quality Management For Health Care Delivery*,The Hospital Research and Educational Trust Of the American Hospital Association, Chicago USA.
16. Brinkerhoff, D.W., Goldsmith A.A., 2004., *Good Governance, Clientelism, and Patrimonialism: New Perspectives on Old Problems*, International Public Management Journal, 7(2):163-185.

17. Buchanan J. M., Gordon Tullock, *Majority Rule, Game Theory, and Pareto Optimality, The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*, University of Michigan Press, Извор сајт: <http://oll.libertyfund.org>.
18. Bukoski W.J., Evans R.I., 1998., *Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: implications for programming and policy*, NIDA Research Monograph 176. NIH Publication No. 98-4021). Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
19. Calverley W.O., Song P.H., Cleverley J.O., 2011., *Essential of Health Care Finance*, seven edition, Jones and Bartlett Learning LLC, Canada.
20. Carlstrom E.D. 2011, *Strategies for change: adaptation to new accounting conditions*, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden;
21. Ceri Ph., 2009., *What is a QALY?*, Hayward Medical Communications, Hayward Group.
22. Cook, S., 1995., *Practical benchmarking: A manager's guide to creating a competitive advantage*, London: Kogan Page.
23. Critchley J.A., Fidan D. Capewell S. 2000. *Life-Years Gained From Modern Cardiological Treatments and Population Risk Factor Changes in England and Wales, 1981–2000*, Belgin.
24. Cunningham J. S., 2001., *An Introduction to Economic Evaluation of Health Care*, Journal of British Society, Vol. 28, No. 3, 246-250.
25. Douglas T., Judge W., 2001., *Total Quality Management Implementation and Competitive Advantage: The Role of Structural Control and Exploration*, The Menagment Journal;
26. *Department of Human Services, Primary Care Partnerships, Draft Health Promotio Guideline*, The Determinants of Health,
27. <http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/fondations/determinants.htm>
28. Drummond M., McGuire A., 2001., *Economic evaluation in health care: Merging theory with practice*, Oxford university press, International Journal of Epidemiology, Vol.31, Issue 4, p. 877-878.
29. Drummond M.F., Sculpher M.J., Torrance G.W., O'Brien B.J., Stoddart G.L., (Jul) 2005., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University press.
30. Ellis J., 2007., *Understanding benchmarking*, Royal College of Nursing, <http://www.rcn.org.uk/>
31. Fayers P., Machin D., 2007., *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient – reported outcomes*, West Sussex, England.
32. Freeman R. J., Shoulders C.D., 1999., *Governmental and Nonprofit Accounting – Theory and Practice*, seventh edition, Upper Saddle River, New Jersey.
33. Гајић Б., 2004., *Интегрални савремени системи за мерење перформанси предузећа*, Економски анали 161.
34. Gapenski L.C., 2004., *Healthcare Finance – An Introduction To Accounting And Financial Menagement*, Health Administration Press, Chicago.
35. Garrett T.A., Leatherman J.C. An, 2000., *Introduction to State and Local Public Finance*, Regional Research Institute, West Virginia University.

36. Gold M.R., Stevenson D., Fryback D.G., 2002., *HALYS and QALYS and DALYS, Oh My: similarities and differences in summary measures of population Health*, Annual Review of Public Health, Vol.: 23, Issue: 1, p: 115-134.
37. Господарске делатности непрофитних организација, Међународни центар за непрофитно право, Загреб, 1999.
38. (August) 2000., *Handbook for the Economic Analysis of Health Sector Projects – Valuation of Health Benefits and Identification of Beneficiary Impact*, Economics and Development Resource Center.
39. (December) 2001., *Health Indicators: Building Blocks for Health Situation Analysis*, Pan American Health Organization, Vol 22, No. 4.
40. *Introduction to Zero Defects*, <http://www.creativesafetysupply.com/zero-defects/>
41. Jagels M.G., Coltman M.M., 2004., *Hospitality Management Accounting*, John Wiley And Sons.Inc. USA.
42. Jamison, D. T., Mosley A. R., Measham A.R., Bobadilla J.L., 1993., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, New York: Oxford University Press.
43. Johnson D., *What Does FASB Mean To You?*,
44. http://www.nfconline.org/main/info/notables/note95/95_1_b.htm.
45. Juran J.M., De Feo J.A., 2010., *Juran's Quality Handbook: The Complete Guide to Performance Excellence* Sixth edition, New York.
46. Kaluzny A.D., Mclaughlin C.P., Simpson K., *Applying, Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations*, University of North Carolina, Chapel Hill.
47. Kaplan S.R., Norton P.D., 1992., *The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*, Harvard Business Review.
48. Kaplan S.R, Norton P.D.,1992., *The Strategy–Focused Organization – How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Harvard Business School Press.
49. Kaplan S. R., Bower M., *The Balanced Scorecard and Quality Programs*, Harvard Business School Publishing.
50. Kaplan, S. R., Sadock, B.J., Sadock, V.A., 2007., *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences: Clinical psychiatry*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
51. Kattan M.W., Cowen M. E., 2009., *Encyclopedia of Medical Decision Making*, Thousand Oaks, CA.
52. Kay J.F.,2007., *Health Care Benchmarking MBBS(Qid), MRCP(UK), FHKCP, FHKAM (Medicine)*, Medical Bulletin, VOL.12 NO.2.
53. King K.B.,Reis H.T., 2012.,*Health Psychology*, Vol 31(1),55-62.
54. Kit A.S., Gilson A. L., 1988, *Health Economics for Developind Countries*, HEEP working paper 01/88, LSHTM.
55. Laxminarayan R., Chow J., Shahid-Salles S.A., 2006., *Disease Control Priorities in Developing Countries: Intervention Cost-Effectiveness: Overview of Main Messages*, Washington (DC): World Bank: 35–86.
56. Laxminarayan R., Ashford L., 2008., *Using Evidence About “Best Buys” to Advance Global Health*, Fogarty International Center of the U.S., National Institutes of Health, The World Bank.
57. Лeko B., 2004., *Буџетски поступак и контрола буџета*, Економски институт, Београд.

58. Леко В., 2004., *Буџетско рачуноводство*, Економски институт, Београд.
59. Леко В. (уредник), 2008., *Врховна државна ревизија јавних средстава*, Правни факултет, Београд.
60. Lopez A.D, Mathers C.D., Ezzati M., Jamison D.T, Murray C. J. L., 2006., *Global Burden of Disease and Risk Factors*, A copublication of Oxford University Press and The World Bank.
61. (October) 2004, *Management Accounting System for Hospitals (MASH) Manual*, Emory University Rollins School of Public Health, University Research Co., LLC.
62. McLaughlin C.P., Kaluzny A. D., 2004., *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementation, and Application*, Jones and Bartlett Publishers, USA.
63. McIntosh C, Dexter F, Epstein RH., 2006., *Impact Of Service-Specific Staffing, Case Scheduling, Turnovers, And First-Case Starts On Anesthesia Group And Operating Room Productivity:Tutorial using data from an Australian hospital*, *Anal.*;103:1499–1516.
64. Малинић Д., 1999., *Политикика добити корипоративног предузећа*, Економски факултет, Београд.
65. Малинић Д., 2010., *Финансијски бенчмаркинг као инструмент за унапређење перформанси предузећа*, Зборник радова: Улога финансијске и рачуноводствене професије у превазилажењу кризе у реалном и финансијском сектору, Савез рачуновођа и ревизора Републике Српске, Бања Врућица.
66. Малинић Д., 2005., *Стратегијско буџетирање у функцији управљања перформансама предузећа*, Рачуноводство, 1-2.
67. Малинић Д., (септембар–октобар) 2011., *Етичка димензија квалитета финансијског извештавња*, Економика предузећа: 243–261, Савез економиста Србије, Београд.
68. *Measuring and Improving Costs, Cost-Effectiveness and Cost Benefit for Substance Abuse Treatment Programs*, Nida: National institute on drug abuse,
69. Извор сајт: <http://www.nida.nih.gov/impcost/IMPCOST9.html>.
70. Merna T., Al-Thani Fl.F, 2008., *Corporate risk Management*, John Wiley and Sons, Ltd.
71. *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)*, Quantifying the Burden of Disease from mortality and morbidity, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/index.html.
72. Милићевић В., 2005., *Мерење перформанси у непрофитним организацијама*, Рачуноводство 9, CPPC, Београд 80-85.
73. Millar D., March, 2001., *Applying Topic Maps to the Classification of Health Interventions*, Austin, Texas.
74. Miller P., 2001., *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care – Health Economic Evaluation*, University of Nottingham, Trent Focus.
75. Miller P, 2001., *Health Economic Evaluation*, Trent Institute for Health Services Research & Department of Economics, University of Nottingham, Trent Focus.
76. Mills A., Gilson L. 1988. *Health Economics for Developind Countries: A Survival Kit*, HEER working paper 01 LSHTM.

77. Милојевић Р., Новићевић Б., 2009., „Дивергентни информациони захтеви оперативног менаџмента и управљачког рачуноводства, Рачуноводство, вол 53, бр. 11–12 стр. 13– 20.
78. Министарство здравља, 2009., *Правилник о акредитацији здравствених установа.*
79. Министарство здравља, 2009., „Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената“.
80. Министарство здравља, 2009., *Стратегија јавног здравља Републике Србије.*
81. Мирковић М, Парлић М, Трајковић Г, Ђорац А, Вукотић М и Ђурић С., 2007., *Процена здравственог стања становништва, Praxis Medica, Professional Reviews.*
82. Mont D., Loeb M., 2008., *Beyond DALYs: Developing Indicators to Assess the Impact of Public Health Interventions on the Lives of People with Disabilities, Protection & Labor, The World Bank.*
83. Morrison M., 2011, *SWOT Analysis for Nurses and Health care environments,* <http://rapidbi.com/swot-analysis-in-nursing-health-care/>
84. Moseley G.B. 2008., “*Managing Health Care Business Strategy*” USA.
85. Murray C.J.L., Salomon J.A., Colin M.D., 2000., *A Critical Examination Of Summary Measures Of Population Health, World Health, vol. 78 No. 8, Geneva.*
86. Murray C.J.L., Salomon J.A., Mathers C.D., Lopez A. D., 2002., *Summary Measures of Population Health, World Health Organization, Geneva.*
87. Musgrove Ph., (July) 1996., *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns, Discussion Paper No. 339, The World Bank Washington, D.C.*
88. Musgrove Ph, (May) 1998., *Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related?, The World Bank Institute, The World Bank.*
89. Musgrove Ph., 2004., *Health Economics in Development, Human Development Network, The World Bank, Washington.*
90. Musgrove Ph., Fox-Rushby J. 2006., *Disease Control Priorities in Developing Countries: Cost-Effectiveness Analysis for Priority Setting, Washington (DC): World Bank: 271 – 286.*
91. Musgrove Ph., 2006., *Priorities in Health, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank Group.*
92. Musgrove Ph., Zeramdini R., (June) 2001., *Summary Description of Health Financing in WHO Member States, CMH Working Paper Series, Paper No. WG3:3, WHO.*
93. (October) 2001., *National Burden Of Disease Studies: A Practical Guide, Global Program on Evidence for Health Policy, WHO, Geneva.*
94. (March) 2011., *National Strategy for Quality Improvement in Health Care, Department of health and Human Services USA.*
95. Новићевић Б., 1997., *Однос рачуноводства и система информисања, XXVIII симпозијум, Рачуноводство, ревизија и пословне финансије у светлу нове законске регулативе, Златибор, стр. 36–49.*
96. Новићевић Б., 2005., *Управљачко рачуноводство – Контрола извршења буџета предузећа, Савез Рачуновођа и ревизора Србије, Београд.*

97. Новићевић Б., 2005., *Управљачко рачуноводство – буџетска контрола*, Економски факултет, Ниш.
98. Новићевић Б., 2004., *Мере перформанси у функцији реализације стратегија и циљева предузећа одређених сектора*, Остваривање димензија управљања предузећима у Србији у условима либерализације и глобализације: 13-25 Ниш.
99. Новићевић Б., Антић Љ., 2006., *Управљање перформансама предузећа*, Економски факултет, Ниш.
100. Новићевић Б., Секулић В., 2006., *Трошкови као фактор стицања и одржавања конкурентских предности*, Економски факултет, Ниш.
101. Новићевић Б., Стевановић Т., 2006., *Функционисање система мера перформанси услужних предузећа*, Рачуноводство, вол. 50, бр. 11-12, стр. 46-54;
102. Новићевић Б., Ђорђевић М., Хаџи Ђорђевић И. (2010), *Повезивање стратешког и оперативног менаџмента*, Рачуноводство, вол. 54, бр. 7-8, стр. 37-42.
103. Новићевић Б., Стевановић Т. ,2010., *Мерење и праћење перформанси пословних процеса*, Рачуноводство, вол.54, бр. 3–4.
104. Пешаљ Б.,2006., *Мерење перформанси предузећа*, магистарска теза, Економски факултет, Београд.
105. 2010., *Одлука о плану развоја здравствене заштите Републике Србије*.
106. Olsen M.D., West J.J., Yick Tse E.C, 2008.,*Strategic Management in the Hospitality Industry*, Jonh Wiley and son INC, Canada.
107. Ovretveit J.,1995., *Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services*, Blackwell Science, Oxford.
108. Patel G., *Total Quality Management in Healthcare B.E.-Biomedical Engg, PGD-Quality Management, MS-Medical Software*, Manipal University.
109. Phillips C. 2005., *Health economics*, Blackwell Publishing, Centre for Health Economics and Policy Studies, School of Health Science, University of Wales Swansea, Swansea, UK.
110. Plotnick R.D., Young D.S., Catalano R.F., Haggerty K.P., 1998., *Benefits and Costs of a Family- Focused Methadone Treatment and Drug Abuse Prevention Program: Preliminary Findings*, NIDA Research Monograph 176, National Institutes of Health.
111. Porter, D., 1994., *The History of Public Health and the Modern State*, London.
112. Porter M. E., 2010., *What Is Value in Health Care?* N Engl J Med 2010; 363:2477-2481
113. Porter M.E., Teisberg E., 2006., *Redefining Health Care, Creating Value–Based Comptetition on Results*, Harvard Business School Press.
114. 2007.,*Предговор Међународним рачуноводственим стандардима за јавни сектор*, Међународни рачуноводствени стандарди за јавни сектор, СРРС, Београд.
115. Preker A.S., McKee M., Mitchell A., Wilbulpolprasert S., *Strategic Management of Clinical Services*, iles.dcp2.org/pdf/DCP/DCP73.pdf.
116. Ранковић Ј., 2005., *Теорија биланса*, Економски факултет, Београд.

117. Рашић Г., 2004., Доношење Правилника о организацији буџетског рачуноводства корисника буџетских средстава и организација обавезног социјалног осигурања, Билтен за рачуноводство 9, Образовни информатор.
118. Redefining Health Care, Institute for Strategy and Competitiveness, Harvard Business School, www.isc.hbs.edu.
119. Roberge R., Berthelot J.M, Wolfson M., (1995.), „The Health Utility Index: Measuring Health Differences in Ontario by Socioeconomic Status, Health Reports“, Vol. 7, No. 2, p.25–30;
120. Salomon J.A, Mathers C.D., Murray C.J.L., Ferguson B., (August) 2001., Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis, Global Programme on Evidence for Health Policy Working Paper No. 10, WHO.
121. Samuelson, P.A., 1980, Economics, Mc Graw – Hill, 11th ed New York.
122. Sassi F., (July) 2006., Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations, Oxford University Press, Vol.21, Issue 5, p. 402-408.
123. Segal L., Jackson T., 1992., An Approach to Economic Evaluation of Community Health Centres, Centre for Health, Program Evaluation, Australia, Working paper 18.
124. Sheldon T.A., 2002., Discounting in health care decision-making:time for a change?, Academic Unit of Public Medicine, University of Leeds.;14(3):250-6.
125. Sokal, R.R., Rohlf, F.J., 1995., Biometry: The principle and practice of statistics in biological research. New York: W.H. Freeman and Company.
126. Стевановић Н., 2011., Сиситем обрачуна трошкова, Економски факултет, Београд.
127. Стевановић Н., Малинић Д., Милићевић В., 2011., Управљачко рачуноводство, Економски факултет, Београд.
128. Стевановић Н., (септембар–октобар) 2011., Финансијско–извештајна одговорност у контексту ЕУ, међународног и новог домаћег регулаторног оквира, Економика предузећа:227–242, Савез економиста Србије, Београд.
129. Stiglitz E. J., 2004., Економија јавног сектора, Економски факултет, Београд, стр:310–339.
130. Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M., 2006., Strategic management of health care organizations, Oxford UK.
131. 2012., SWOT Analysis in the Community Health Center Setting, Stony BrookMedicine, Stony Brook University Sites.
132. Шкарић К., 2002., Концептуални оквир Међународних рачуноводствених стандарда, Примена МРС, књига II, Савез рачуновођа и ревизора Србије, Београд.
133. Testa MA, Simonson DC., (March) 1996., Assessment of Quality of Life Outcomes, The New England Journal of Medicine, Number 13., 835-840.
134. 2005. „The Economist Intelligence Unit’s quality-of-life index“.
135. 2003, The Global Burden of Disease, Epidemiology and Burden of Disease World Health Organization, Geneva.
136. 2000., The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance, World Health Organization, Geneva, Switzerland; <http://www.who.int/whr/previous/en/index.html>.

137. University Hospital Organizational Structure, Извор сајт:
<http://nhhmn.wordpress.com/>;
138. (March) 2008., Using Cost-Effectiveness Analysis for Setting Health Priorities, Fogarty International Center of the U.S., National Institutes of Health, The World Bank.
139. Value in Health Care: Current State and Future Directions, American Collage of Physician Executives, Institute for Healthcare Improvement
140. [http://www.aramarkhealthcare.com/RelatedFiles/1157_value report_w3.pdf](http://www.aramarkhealthcare.com/RelatedFiles/1157_value_report_w3.pdf).
141. Veen N.D., Selten J.P., Tweel I., Feller W.G., Hoek, H.W., Kahn, R.S., (2004), „Cannabis Use and Age at Onset of Schizophrenia“, 161:501-506.
142. Вашичек В., Вашичек Д., Сировица К., 2000., Рачуноводство непрофитних организација, II измењено и допуњено издање, Загреб, преузето према “Codification of Governmental Accounting and Financial Reporting Standards.”
143. Wendell, W.W., 2008., Pharmacogenetics. UK: Oxford University Press.
144. Wenzel F.J., Baker G.R., Carpenter C., Friedman L., McCaughrin W., McIlwain T., Porter J.E., 2005., Health Finance, Healthcare Executives, Chicago, USA.
145. Wilk MB, 1991. Report of the National Task Force on Health Infomation, National Health Information Council, Ottawa.
146. Wolfson M.C., 1996., Health-Adjusted Life Expectancy, Health Reports, Summer, Vol. 8, No. 1, Canada, p.42.
147. Woodward A., 1998., Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy, NIDA Research Monograph, Number 176;
148. Yfantopoulos J., 2001., Quality of life and QALYs in measurement of health, University od Athens, Greece: 114–130.
149. Young, W. D., 2003., Management Accounting in Health Care Organizations, San Francisco: Jossey-Bass.
150. Закон о јавним службама („Службени гласник РС“, бр.42/91, 71/94, 79/2005 - др. закон, 81/2005 - испр. др. закона и 83/2005 - испр. др. закона).
151. Закон о здравственој заштити (“Сл. гласник РС”, бр. 107/2005, 72/2009 - др. Закон, 88/2010, 99/2010 и 57/2011).
152. Zarkin G.A., Hubbard R.L., 1998., Analytic Issues for Estimating the Benefits and Costs of Substance Abuse Prevention, NIDA Research Monograph, Number 176.
153. <http://www.who.int>
154. <http://www.hc-sc.gc.ca/>
155. <http://www.medterms.com/>
156. *The von Neumann-Morgenstern Utility Function*,
<http://homepage.newschool.edu/het/essays/uncert/vnmaxioms.htm>
157. http://stevereads.com/papers_to_read/uncertainty_and_the_welfare_economics_of_medical_care.pdf
158. www.mfin.sr.gov.rs
159. <http://www.investopedia.com/terms/q/quality-of-life.asp>
160. <http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>

161. http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/cost_of_injury/ch4-6.pdf
162. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1617105/>
163. <http://nhhmn.wordpress.com/tag/hospital-organizational-structure/>
164. <http://www.diabetes.rs/diabetes08.htm>
165. <http://www.businessdictionary.com/definition/values.html>