



ANALIZA

MERENJE I PLAĆANJE RADNOG UČINKA U ZDRAVSTVU

Autor: Simo Vuković, konsultant za zdravstvo

Analiza je pripremljena u okviru projekta „Socio-ekonomska prava i održivi razvoj“ koji Fondacija Centar za demokratiju realizuje uz podršku Međunarodnog centra Olof Palme


Primena osnovnih menadžerskih principa u zdravstvu u vidu merenja učinka zdravstvenih ustanova i radnog učinka lekara i medicinskih sestara i posledičnog nagrađivanja je tema koja zaokuplja zainteresovanu javnost više od jednog veka. Složenosti i kontroverzi u vezi sa ovim problemom doprinose tradicionalni položaj i percepcija medicinske struke u društvu, ali i specifičnost samog posla pružanja zdravstvenih usluga koji je sam po sebi kompleksan. Naime, pored klasičnog merenja efikasnosti, radni učinak zaposlenih u zdravstvu mora biti posmatran iz najmanje dodatna dva aspekta: kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga i ishoda dijagnostike i lečenja. Istovremeno, dizajniranje kriterijuma i merila za ocenu i nagrađivanje radnog učinka mora biti u vezi sa postavljenim prioritetima i ciljevima zdravstvene politike i mogu predstavljati potentno sredstvo za ostvarivanje istih. Kada se tome dodaju podjednako važni pokazatelji koji se odnose na zadovoljstvo pacijenata-građana pruženim zdravstvenim uslugama i potreba za pouzdanom kontrolom podataka koji se prate, merenje učinka u ovoj delatnosti ponekad ima iluzoran karakter. Merenje radne uspešnosti istorijski i praktično posmatrano samo po sebi generiše sukob između onih koji vrše merenje i onih čiji se rezultati rada ocenjuju. Pojednostavljeno rečeno, svi zaposleni žele uspostavljanje merila rada, ali većina ne želi da se merenje odnosi na njih. Uzimajući u obzir opisanu izazovnost i očekivan otpor na promene, merenje rezultata rada predstavlja nezaobilaznu činjenicu neophodnu za unapređenje kvaliteta i efikasnosti zdravstvene zaštite.

Javna zdravstvena delatnost u Srbiji predstavlja prvi i do sada jedini segment javnog sektora u čijem je jednom delu uspostavljena praksa merenja, ocene i nagrađivanja na osnovu precizno definisanih kriterijuma i merila za ocenu postignutog radnog učinka. Donošenjem odgovarajućeg pravnog okvira (izmene i dopune Zakona o platama u državnim organima i javnim službama iz 2001. godine¹ i posledično donošenje tzv. Uredbe o korektivnom koeficijentu 2011. godine²) stvorene su pretpostavke da se u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, počev od oktobra 2012. godine započne obračun plata timova izabranih lekara na osnovu ostvarenog radnog učinka u svakom tromesečju. Navedeni model obračuna (nazvan kapitaciona formula) bio je plod napora

¹ Sl. glasnik RS 63 od 29.6.2012., link: <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/viewdoc?uuiid=87aeeabf-5a55-4026-9cb4-d0e8c0f8b4f7>

² Uredba o korektivnom koeficijentu, najvišem procentualnom uvećanju osnovne plate, kriterijumima i merilima za deo plate koji se ostvaruje po osnovu radnog učinka, kao i načinu obračuna plate zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, „Sl. glasnik RS“ br. 100 od 29.12.2011.godine, link: <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/viewdoc?uuiid=2b1de4bb-56ee-497a-998c-2c472ed85a82>

stručnjaka u okviru zajedničkog projekta Ministarstva zdravlja i Svetske banke³ i pregovaračkog procesa sa tadašnjim reprezentativnim sindikatima u zdravstvu. Značajno je napomenuti da je sprovođenje usaglašenog modela u praksu bilo praćeno odlaganjima i naknadnim izmenama provobitnog modela i uz formalni „pritisak“ kreditora za obezbeđivanje nedostajućih sredstava za pokrivanje tada aktuelnog budžetskog deficita. Osnovni elementi donetog modela za obračun plate određeni zahtevom o finansijskoj neutralnosti modela obračuna (bez izdvajanja dodatnih sredstava za plate) su: osnovna plata, korektivni koeficijent i dodatak na platu (*slika 1*).

Plata = Osnovna plata x Koeficijent za radno mesto x Korektivni koeficijent		Varijabilni deo plate 4,04%
Korektivni koeficijent = 0,9612		Max uvećanje = 8,08%
96,12%		4,04%
Minimalna (garantovana) plata		
Puna plata		
Maksimalna plata		
		
**MIN plata 96,12%	Puna plata 100%	MAX plata 104,04%
91.314 дин.	95.000 дин.	98.838 дин.
**Напомена: приказани су износи без додатака на плату		

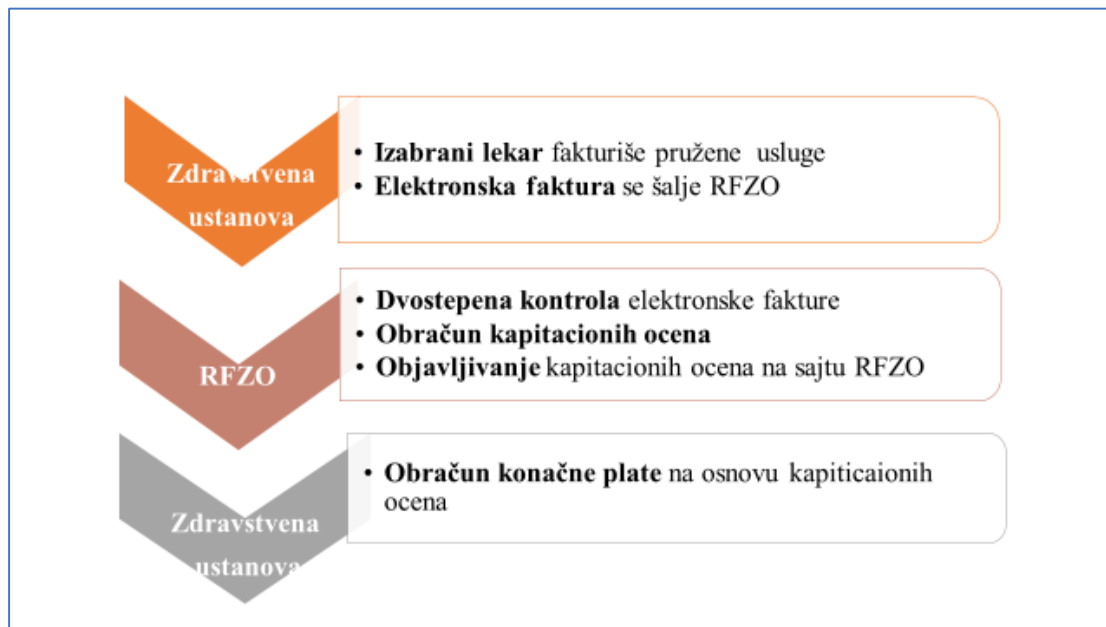
Slika 1. Osnovni elementi za obračun plate sa primerom

Izvor: Drugi projekat razvoja zdravstva Srbije (DPRZS)

Osnovna (garantovana) plata se izračunava množenjem osnovice sa koeficijentom za obračun plate i korektivnim koeficijentom koji donosi Vlada pomenutom Uredbom, a na osnovu utvrđenog protokola sa reprezentativnim sindikalnim organizacijama u zdravstvu (usklađivanje korektivnog koeficijenta sa rastom zarada). Dodatak na platu, tzv. varijabilni deo plate obračunava se na osnovu ostvarenog radnog učinka tima izabranog lekara u prethodnom kvartalu na osnovu kapitative ocene (u rasponu od 0 do 10) obračunate po utvrđenim kriterijumima i merilima. Sami kriterijumi

³ Projekat „Pružanje unapređenih usluga na lokalnom nivou“ (DILS), „Sl. glasnik RS“ – međunarodni ugovori br. 121 od 29.12.2008. <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/viewdoc?regactid=409802&doctype=reg&findpdfurl=true>

i merila , odnosno kapitaciona formula za ocenu radnog učinka primenjuju se od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, korišćenjem podataka iz zdravstvenih ustanova.



Slika 3. Prikaz obračuna plata timova izabranih lekara

Izvor: DPRZS

Izračunavanje kapitacionih ocena se od 2019. godine obavlja u odnosu na prosečne vrednosti na nacionalnom nivou i uz korišćenje korektivnih faktora (za starost pacijenta, gustinu naseljenosti, težinu zdravstvenog stanja pacijenta i dr). S obzirom da složena struktura kapitacione formule nije predmet ovog članka u nastavku dajemo samo grubi prikaz kriterijuma i njihovog procentualnog udela u obračunu ocene radnog učinka izabranog lekara (slika 2).

Kriterijumi	Opšta medicina	Pedijatrija	Ginekologija	Dečja i preventivna stomatologija
-------------	----------------	-------------	--------------	-----------------------------------

Registracija	30%	30%	30%	20%
Efikasnost	15%	15%	15%	20%
Kvalitet	50%	45%	40%	50%
DTP (dijagnostičko terapijski postupci)	5%	10%	15%	10%

Slika 2. Kriterijumi aktuelne kapitacione formule za ocenu radnog učinka sa procentualnim udelom⁴

Izvor: DPRZS

Uvođenjem korektivnog koeficijenta definisan je procentualni iznos varijabilnog dela plate, kao i maksimalno procentualno uvećanje plate. Inicijalno definisana vrednost korektivnog koeficijenta (2012) utvrđena je na 0,90, što je značilo da najviše procentualno uvećanje plate može iznositi 22,22%. Već pomenutim daljim pregovorima i uslovljavanjima od strane sindikata, vrednost korektivnog koeficijenta je povećana (na 0,9804) čime je maksimalno procentualno uvećanje plate svedeno na simboličnu meru od 4%. Uz dalju korekciju 2013. godine (na 0,9612) najviše procentualno uvećanje plate do danas iznosi nešto više od 8%. Posmatrano u nominalnom iznosu, razlika u neto plati između lekara sa najboljim i najlošijim radnim učinkom iznosi nešto više od 60 evra. Ovome treba dodati važnu činjenicu da su iz sistema merenja, ocenjivanja i obračuna plata po radnom učinku izuzeti lekari drugih specijalnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i lekari zaposleni u zavodima hitne medicinske pomoći ili tzv. zajedničkim službama. Iako su pravnim okvirom stvorene pretpostavke za merenje i nagrađivanje radnog učinka i za bolničke lekare, ova praksa do danas nije zaživela (na samom početku usled nedostatka kriterijuma i merila) te su i nakon gotovo deset godina od uvođenja plaćanja po učinku izabrani lekari i medicinske sestre i

⁴ Registracija = broj opredeljenih pacijenata za izabranog lekara; Efikasnost = broj ostvarenih poseta izabranom lekaru; Kvalitet = obračunava se na osnovu pokazatelja kvaliteta koji odražavaju obuhvat pacijenata određenom zdravstvenom uslugom; Dijagnostičko-terapijske procedure (DTP) = broj pruženih specifičnih zdravstvenih usluga

tehničari u domovima zdravlja i zavodima ostali jedina grupa na koju su primenjeni navedeni propisi (oko 5 hiljada naspram ostalih nešto više od 20 hiljada lekara u javnim zdravstvenim ustanovama).

Izneta situaciona analiza nakon decenije primene modela plaćanja po osnovu radnog učinka u zdravstvu pokazuje pre svega tradicionalnu nedovršenost i kompromitaciju započetih reformi. Prvo, merenje radnog učinka i sledstveno obračunavanje plata odnosi se na svega petinu lekara zaposlenih u javnom zdravstvenom sistemu i još manjem udelu medicinskih sestara i tehničara, čime se gubi celovitost efekta na sistem, a pojedine grupe zaposlenih bivaju diskriminisane. Takođe, sekundarna i tercijarna bolnička i specijalistička zdravstvena zaštita koja predstavlja ključni segment neefikasnosti i nedostupnosti u zdravstvenom sistemu, po oceni građana, ostaje van sistema merenja i plaćanja za rezultate rada. Drugo, jedan od ključnih mehanizama za podsticaj radne uspešnosti, varijabilni deo plate, ima gotovo beznačajan iznos, zbog čega deluje destimulativno na zaposlene i obesmišljava svrhu uvođenja. Iako je argument sindikata za protivljenje uvećanju varijabilnog dela plate bio izostanak rasta zarada do 2019. godine, ključni faktor za nastavak reformi u sistemu plata i nagrađivanja je bio izostanak političke volje i prioriteta u zdravstvenoj politici. Treće, kontrola tačnosti podataka koji se koriste u obračunu kapitacione ocene timova izabranih lekara, kao kontrola samog obračuna plata od strane zdravstvenih ustanova su na neadekvatnom nivou i ostavljaju prostor za nepoverenje u pravednost sistema. Pouzdanost i pravednost u sistemu merenja i ocenjivanja predstavlja temelj poverenja za prihvatanje ovakvih kompetitivnih mehanizama. Četvrto, izuzev za direktno zainteresovane strane (zdravstvene ustanove, zaposlene i RFZO) sistem merenja i ocenjivanja je netransparentan te ne doprinosi većem uvidu u kvalitet i efikasnost rada pojedinih lekara, niti omogućava poređenje (benchmarking) pružalaca zdravstvenih usluga, što je jedan od osnovnih ciljeva uvođenja ovog sistema. Peto, zadovoljstvo građana pruženim zdravstvenim uslugama nije uključeno u ukupnu ocenu radne uspešnosti čime se deklarativno opredeljenje za koncept „pacijent-građanin u centru sistema“ opovrgava u samoj praksi. Šesto, visokocentralizovan, uniforman sistem (ista merila i kriterijumi, obračun od strane RFZO), samo prividno obezbeđuje sprečavanje zloupotreba od strane menadžmenta zdravstvenih ustanova, i onemogućava fleksibilnost i prepoznavanje specifičnosti rada u pojedinim lokalnim sredinama i zdravstvenim ustanovama. Time se na početku pomenuta frustracija onih čiji se rad meri dodatno podstiče.

Zato ne čudi da se postojanje ovog sistema unutar zdravstvenog sektora doživljava kao puka formalnost, a da najveći deo građana nije ni upoznat sa njegovim postojanjem i efektima. Nedostatak dokaza i činjenica potrebnih za odlučivanje i valjano upravljanje sistemom, stvara plodno tlo za improvizacije u voluntarizam i održava stanje konstantnog nezadovoljstva i apatije sa snižavanjem nivoa kvaliteta zdravstvenih usluga. U javnosti često nazivan „uravnilovkom“, nasleđeni sistem ocene radnog učinka i raspodele dohotka u zdravstvu, opstaje na antagonizmima zaposlenih, građana i vlasti, nepoverenju, deklarativnim željama za promenom, hraneći se neargumentovanim otporom prema promeni.

Dodatnu konfuziju u sistem merenja i plaćanja radnog učinka unelo je donošenje Zakona o zaposlenima u javnim službama 2017. godine (čija je primena drugi put odložena za 2023. godinu). Navedeni zakon je proistekao iz zahteva za ujednačavanjem vrednovanja rada i radne uspešnosti u celokupnom javnom sektoru. Uzimajući za osnov platne grupe i razrede, Zakon o zaposlenima u javnim službama gotovo da ne prepoznaje specifičnosti rada u pojedinim delatnostima i nameće jedinstven model praćenja i nagrađivanja radnog učinka. Pored eksplicitnog ukidanja Uredbe o korektivnom koeficijentu i postojećeg sistema obračuna plata u zdravstvu, zakon određuje jedan retrogradan sistem „dirigovane radne uspešnosti“, propisujući unapred kriterijume i merila da najmanje 60% zaposlenih ostvaruje očekivane, a najviše 20% natprosečne rezultate rada. Zakonodavac je u ovom duhu definisao da se zatečene plate ne mogu smanjivati (u odnosu na radni učinak) već samo povećavati i to najviše jednom godišnje i to kroz prelazak u viši platni razred. Nerazumevanje postojećeg sistema za obračun plata po osnovu radnog učinka u zdravstvu od strane kreatora i donosilaca zakona, najslikovitije se prikazuje u odredbama koje određuju zadržavanje plata iz decembra 2018. godine, čime bi zaposleni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti bili dovedeni u neravnopravan položaj (s obzirom da se plate razlikuju u odnosu na kapitacione ocene u poslednjem kvartalu 2018. godine). O previdu koji je učinjen u vezi sa tzv. procenjenim finansijskim efektima primene zakona (neophodno je obezbediti značajna dodatna sredstva u budžetu zbog planiranog isključivog povećanja plata po osnovu radnog učinka) na ovom mestu bi bilo suvišno razmatranje.

Merenje i nagrađivanje radnog učinka u zdravstvu nije jednostavan ni lak zadatak. Taj sistem mora biti utemeljen na konzistentnoj zdravstvenoj politici, odnosno prioritetima i ciljevima definisanim na osnovu dokaza o zdravstvenim potrebama građana. Primera radi, višedecenijski pokazatelji opterećenja populacije oboljevanjem i umiranjem od preventabilnih hroničnih nezaraznih

oboljenja, trebalo bi da usmeri donosiocice odluka na uspostavljanje kriterijuma i merila za ocenu radnog učinka koji značajno podstiču i nagrađuju kvalitetno i efikasno pružanje preventivnih zdravstvenih usluga. Istovremeno, nagrađivanje uspešnog rada kroz varijabilni deo plate mora biti u iznosu koji evidentno nagrađuje posvećene individualce, ne narušavajući Ustavom i zakonima garantovana prava iz oblasti rada. Nastavak razvoja sistema merenja i nagrađivanja po ostvarenom radnom učinku treba gledati i kao šansu za ublažavanje ili zaustavljanje odliva lekara i medicinskih sestara i tehničara u privatne zdravstvene ustanove. To je razlog više da najveći mogući broj zdravstvenih radnika bude obuhvaćen ovim sistemom. Pored finansijske satisfakcije ostvarene po osnovu rada, ovaj sistem, uz odgovarajuću transparentnost, može doprineti i obnavljanju vrednosnog odnosa prema radu u zdravstvenim ustanovama, čiji se izostanak često navodi kao ključni razlog prelaska u privatni sektor ili migracije na rad u inostranstvu. Posebnu korist od jačanja i razvoja sistema merenja i ocenjivanja kvaliteta i efikasnosti zdravstvenih radnika mogu imati građani u okviru dostupnosti podataka, rangiranja i upoređivanja zdravstvenih ustanova i lekarskih timova, kao deo prava na izbor najkvalitetnije zdravstvene zaštite. Zakonodavni projekti poput Zakona o zaposlenima u javnim službama koji predstavljaju birokratske, prevaziđene i populističke tendencije svakako ne predstavljaju odgovor na nagomilane probleme u sektoru zdravstva.

SAŽETAK

Javna zdravstvena delatnost u Srbiji predstavlja prvi i do sada jedini segment javnog sektora u čijem je jednom delu uspostavljena praksa merenja, ocene i nagrađivanja na osnovu precizno definisanih kriterijuma i merila za ocenu postignutog radnog učinka. Nakon decenije primene modela plaćanja po osnovu radnog učinka u zdravstvu, situaciona analiza pokazuje tradicionalnu nedovršenost i kompromitaciju započetih reformi. Postojanje ovog sistema unutar zdravstvenog sektora se doživljava kao puka formalnost, a da najveći deo građana nije ni upoznat sa njegovim postojanjem i efektima. Nedostatak dokaza i činjenica potrebnih za odlučivanje i valjano upravljanje sistemom stvara plodno tlo za stanje konstantnog nezadovoljstva i apatije sa snižavanjem nivoa kvaliteta zdravstvenih usluga. Sistem merenja i nagrađivanja radne uspešnosti u zdravstvu mora biti utemeljen na konzistentnoj zdravstvenoj politici, odnosno prioritetima i ciljevima definisanim na osnovu dokaza o zdravstvenim potrebama građana. Posebnu korist od jačanja i razvoja sistema merenja i ocenjivanja kvaliteta i efikasnosti zdravstvenih radnika mogu imati građani u okviru dostupnosti podataka, rangiranja i upoređivanja zdravstvenih ustanova i lekarskih timova, kao deo prava na izbor najkvalitetnije zdravstvene zaštite.

SUMMARY

The Serbian public health care sector is the first, and thus far, the only segment of the public sector in which practices of measuring, evaluating and rewarding are based on precisely defined criteria and benchmarks which serve to evaluate work performance. After a decade of implementing the *pay-for-performance* model in health care, the situational analysis shows traditional incompleteness and compromise of initiated reforms. The existence of this system within the health care sector is viewed as a mere formality, and the majority of the public are completely unaware of its existence and effects. The lack of evidence and facts necessary for decision-making and proper management of the system has created fertile ground for a state of constant dissatisfaction and apathy, parallel with the decreased quality of health care services provided. The system of measuring and rewarding work performance that exists in health care must be based on a consistent health care policy, that is, priorities and goals which are defined based on the *actual* needs of the population. The public would greatly benefit were the system of measuring/evaluating the quality of care and efficiency provided by health care workers strengthened and developed, particularly where the following is concerned: data availability, ranking/comparing health care institutions and medical teams, provided as (part of) the right to choose the highest quality health care.