



УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ



Кандидат: М-р Анита Поповска

*Принципи на конкуренција и
стратегии за реформи во
здравствениот систем во
Република Македонија*

МЕНТОР

Проф. д-р Владимир Петковски

С К О П Ј Е, 2013



**Ss. Cyril and Methodius University
Faculty of Economics- Skopje**



Student: M-r Anita Popovska

***Competition Principles and
Strategies of the Reforms in the
Health Care System in Macedonia***

MENTOR

Professor Vladimir Petkovski, Ph.D.

SKOPJE, 2013

Членови на комисијата:

***1. Проф. д-р Владимир Петковски
Економски факултет - Скопје***

***2.
Економски факултет - Скопје***

***3.
Економски факултет - Скопје***

***4. _____
Економски факултет - Скопје***

***5. _____
Економски факултет - Скопје***

Датум на одбрана: _____

Датум на промоција _____

ПРЕДГОВОР

Истражувањата опфатени со оваа докторска дисертација се извршени на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во соработка со Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза во Скопје во периодот од 2010 до 2013 година.

Имав посебна чест и задоволство, ментор на мојата докторска дисертација да биде проф. д-р Владимир Петковски, кој со своето искуство и стручни совети придонесе за поголем квалитет на трудот. Голема поддршка во текот на изработката имав од проф. д-р Љубомир Дракулевски и академик Таки Фити, за што посебно им се заблагодарувам.

Голема благодарност изразувам до стручниот директор д-р Билјана Илиевска Попоска и д-р Маја Заковска како и вработените во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза во Скопје, кои со своето познавање на проблематиката и долгогодишното искуство во давањето на здравствена грижа на пациентите, како и со ставање на располагање на сите достапни податоци од исходот на лекувањето на пациентите со белодробна и вон белодробна туберкулоза, ми помогнаа во дел од емпиriskите истражувања кои се дел од овој докторски труд.

Комплексноста на темата бараше интензивна работа, консултации и помош уште од самиот нејзин почеток. Во таа насока им се заблагодарувам на вработените во Кабинетот на министерот за здравство, како и на вработените во Фондот за здравствено осигурување, за нивната поддршка и влеаниот ентузијазам во текот на изработката на дисертацијата.

Особено голема благодарност изразувам на моите пријателки Даниела и Ана за техничките консултации, моралната поддршка и охрабрувањето што ми ги даваа во текот на изработката на докторската дисертација. Посебна благодарност изразувам на мојата најголема и најискрена мотивација – моите внуци Марко и Калин. Исто така, им се заблагодарувам на моите родители за нивната пожртвуваност, морална и материјална поддршка во текот на целото мое образование и напредување.

Оваа дисертација, презентирана на 325 страници, е резултат на сопствени оригинални истражувања и не е пријавена на друг универзитет или на друга соодветна научна институција во земјата и во странство.

м-р Анита Поповска, дипл. економист

Апстракт

Денес, кога општеството се соочува со возрастна популација и со забрзан раст на трошоците во здравствениот сектор, владата и другите актери во креирањето на политиките во здравството се соочуваат со предизвикот за реформа и тоа со димензија на итност, реформа која овој пат не смее да се потпира на решавањето на еден проблем. За да се направи реформа која нема да решава само еден одреден проблем потребно е да се постави една сеопфатна рамка која ќе се потпира на јасно дефинирани принципи.

Основните причини за нагласување на актуелноста на темата лежат во потребата од намалување на трошоците во здравствениот систем во Македонија, на што треба да се посвети посебно внимание. За таа цел во овој труд е прикажан модел на пресметка на трошоците за целиот циклус на лекување на пациенти кои боледуваат од туберкулоза. Пресметката е направена со цел да се прикажат трошоците за целиот циклус на лекување на болните од туберкулоза, а не само на една интервенција.

Овој модел може да послужи како основа односно може да се екстраполира и врз целокупниот здравствен систем.

Поаѓајќи од фактот дека во нашата земја не се познати и не се користат економски анализи кои во светски рамки во голема мера се користат и допринесуваат да се увидат недостатоците од фрагментацијата на здравствениот систем, неопходно е реформите на целокупниот здравствен систем и активностите да се насочат во правец на зголемување на вредноста за пациентот, всушност колку пари ја чини државата, лекувањето на една медицинска состојба (болест) при фрагментарен здравствен систем и удвојувањето на услугите за недоволен број на пациенти наспроти интегрираните единици кои одат во правец на подобрување на вредноста на пациентот.

Клучни зборови: конкуренција заснована на вредност, здравствен систем, даватели на здравствени услуги, болници, трошоци, фрагментарен здравствен систем

A b s t r a c t

The developed world nowadays faces the problem of aging population and fast cost increase in the health sector. In such situation, the governments and other actors responsible for creation of health policies face are challenged by the need to conceptualise and implement reforms in the health sector. The challenge is twofold: on one hand, the reforms need to be implemented quickly; on the other hand they need to include and address a number of related issues, rather than solving one problem. The latter implies in a need for a comprehensive and inclusive reform framework, based on clearly defined principles.

The essential reasons for underlying the importance of the topic are constituted in the need of cost reduction within the healthcare system of Republic of Macedonia to which immense attention shall be paid. For this purpose this thesis presents costs computation model for the entire cycle of patients treatment who suffer from tuberculosis. The computation is made in order to demonstrate the costs for the entire cycle of treatment for patients with tuberculosis and not only for one intervention. This model can serve as a basis, that is, the entire healthcare system shall be extrapolated.

Considering the fact that in our country the economic analysis that are widely used worldwide are not known and not used although these analysis contribute to registering of the lacks occurred at fragmentation of the health system in direction of increasing the importance of the patients i.e. the costs covered by the state regarding one medical condition – illness at fragmented health system and doubling the services of insufficient number of patients versus integrated units that follow the direction of improvement of the patients importance.

Key Words: Value-based competition, Health system, Providers, Hospitals, Fragmentation, Cost.

СОДРЖИНА:

ВОВЕД	8
1. АКТУЕЛНОСТИ НА ИСТРАЖУВАЊАТА И ДОМЕН НА НАУЧЕН ПРИДОНЕС	8
2. ПРЕГЛЕД НА ПРЕТХОДНИ ИСТРАЖУВАЊА	11
3. ПРЕДМЕТ И ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО НА ДОКТОРСКАТА ДИСЕРТАЦИЈА	13
4. МЕТОДОЛОГИЈА.....	15
5. ПЛАН НА ДОКТОРСКАТА ДИСЕРТАЦИЈА.....	17

ГЛАВА 1 ПРИНЦИПИ НА КОНКУРЕНЦИЈА И СТРАТЕШКИ ИМПЛИКАЦИИ ЗА РЕДЕФИНИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ 19

1.1 Принципи на конкуренцијата засновани на вредност	20
1.1.1 Фокус на вредност, а не само на трошоци.....	21
1.1.2 Конкуренцијата се заснова на резултати	27
1.1.3 Конкуренцијата е фокусирана на медицинска состојба за целото времетраење на лекувањето (цел циклус на лекување).....	34
1.1.4 Висококвалитетно лекување треба да чини помалку	37
1.1.5 Вредноста произлегува од искуството на давателот на услугата, обемот на услуги и познавањето на болестите	43
1.1.6 Конкуренцијата е регионална или национална	47
1.1.7 Информацијата за резултатите е широко достапна	50
1.1.8 Иновациите кои ја зголемуваат вредноста мора да бидат постојано наградувани	52
1.2 Главни актери во обезбедување на здравствена заштита и нивниот интерес за создавање на систем базиран на вредности.	54
1.2.1 Услугите кои се нудат се во голем број	56
1.2.2 Услугите кои се нудат од сервисните линии се многу мали, а и услугите кои се нудат се неинтегрирани	57
1.2.3 Фокусот на давателите на здравствени услуги се локални.....	58
1.3 Стратешки импликации за давателите на здравствени услуги.....	59
1.3.1 Редифинирање на пазарот поврзан со медицинските состојби	60
1.3.2 Избор на опсег и видови услуги кои се нудат	62
1.3.3 Организирање на медицински интегрирани единици кои даваат услуги	68
1.3.4 Создавање на единствена стратегија за секоја единица која дава услуги	76
1.3.5 Мерење на резултати, искуства, методи и карактеристики на пациентите за секоја единица која дава услуги	79

1.3.6	Премин кон единствена сметка (цена/фактура) и нов пристап во одредување на цените	84
1.3.7	Пазарни услуги засновани на квалитет, ексклузивност и резултати	86
1.3.8	Нагласување на локалната и националната компонента во областите кои претставуваат „силна страна”	87
ГЛАВА 2 ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ ЗАСНОВАН НА ВРЕДНОСТИ.....		90
2.1	Вредност и мерење на вредност	91
2.1.1	Дефинирање на вредност	91
2.1.2	Мерење и известување (запишување) за исходот и за трошоците при лекување на еден пациент	93
2.1.3	Мерење на вредноста и на трошоците во практиката	96
2.1.4	Дефинирање на специфични исходи и нивно мерење.....	101
2.1.5	Поврзување на исходот од лекување со процесите	102
2.1.6	Одредување на соодветни мерки.....	104
2.1.7	Приспособување на ризикот	107
2.1.8	Квалитет во здравството.....	111
2.1.9	Пример за мерење на квалитетот во здравството	113
ГЛАВА 3 СТРАТЕГИСКИ ПРИСТАП КОН ЗДРАВСТВЕНАТА ПОЛИТИКА И КОН КОНКУРЕНЦИЈАТА ЗАСНОВАНА НА ВРЕДНОСТ		116
3.1	Примена на принципите и на стратегиите за успешно редефинирање на здравствениот систем, создавање на нов систем кој ќе се темели на вредности	117
3.1.1	Придвижување на конкуренцијата заснована на вредност - подобрување на осигурувањето и пристап до здравствени услуги	119
3.1.2	Придвижување на конкуренција заснована на вредност- стандарди за покривање на здравствените трошоци.....	127
3.1.3	Придвижување кон конкуренција заснована на вредност - подобрување на структурата на давањето на здравствена грижа	131
ГЛАВА 4 АНАЛИЗА НА ТРОШОКОТ И ДОБИВКАТА: ИНТЕГРИРАН НАСПРОТИ ФРАГМЕНТАРЕН ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ.....		136
4.1.	Актуелна состојба со трошоците кај давателите на здравствени услуги ...	137
4.2.	Концепти за идентификување на трошоците кај давателите на здравствени услуги	139
4.2.1.	Директни и индиректни трошоци.....	140
4.2.2.	Трошоци кои се контролираат и трошоци кои не можат да се контролираат	141
4.2.3	Методи за пресметка на трошоците	142
4.3.	Трошоците според сегашниот традиционален систем кој се употребува кај давателите на здравствени услуги.....	143

4.3.1. Следење на трошоците во здравствените установи во Република Македонија	145
4.4. Анализа и проценка на трошоците во здравството: Национална програма за туберкулоза во Република Македонија.....	147
4.4.1. Општо за туберкулоза.....	147
4.4.2. Институции – даватели на здравствени услуги поврзани со туберкулозата	149
4.4.3. Достапност на службата за белодробни болести и туберкулоза до пациентите	154
4.4.4. Епидемиолошката состојба со туберкулозата во Македонија.....	157
4.5. Класификација, пресметка и презентација на трошоците.....	162
4.5.1. Претсметка на трошоците кои се права за лекување на болни од туберкулоза.....	162
4.5.2. Методологија за пресметка на трошоците.....	163
4.5.3. Пресметка на трошок по пациент за медицинска состојба – (туберкулоза)	168
4.5.4. Мапирање на процесот на здравствена грижа за првата група на пациенти.....	176
4.5.6. Мапирање на процесот на здравствена грижа за втората група на пациенти.....	182
4.5.7. Мапирање на процесот на здравствена грижа за третата група на пациенти.....	186
4.5.8. Класификација и пресметка на трошоците.....	188
4.5.9. Анализа на искористеност на работна сила	188
4.5.10. Распределба на индиректните трошоци по активности	194
4.5.11. Пресметка на трошоците по активности.....	198
4.5.12. Кориgirани стандардни процедури	210
4.5.13. Резултати од истражувањето	213
4.6. Препораки и заклучоци од истражувањето	223

ГЛАВА 5 МОЖНОСТИТЕ ЗА ПРИМЕНА НА СТРАТЕГИИТЕ ВО

МАКЕДОНСКИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ..... 229

5.1. Карактеристики на македонскиот здравствен систем	230
5.1.1. Систем на здравствено осигурување.....	231
5.1.2. Финасирање на македонскиот здравствен систем	243
5.1.3. Систем на обезбедување на здравствената заштита (health care delivery system)	246
5.1.4. Плаќање на здравствените услуги во процесот на давање здравствена грижа	261
5.2. Креирање на систем заснован на вредности - идентификување на слабостите и можностите, проценка и препораки	277
5.2.1. Преглед на клучните проблеми со кои се соочува македонскиот здравствен систем	279
5.3 SWOT анализа за примена на стратегиите	299

ЗАКЛУЧОК:..... 301

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА 306

ПРИЛОЗИ.....	313
Прилог 1: Табела бр. 37 Група 1а : пациенти со болничко + амбулантско лекување од 6 месеци.....	313
Прилог 2: Табела бр.38 Група 1б : пациенти со амбулантско лекување од 6 месеци.....	315
Прилог 3: Табела бр. 39 Група 2 : пациенти со болничко + амбулантско лекување од 8 месеци.....	317
Прилог 4: Табела бр. 40 Коригирана стандардна пресметка за група 1а.....	320
Прилог 5: Табела бр.41 Коригирана стандардна пресметка за нови пациенти кои се лекуваат амбулантно	322
Прилог 6: Табела бр.42 Коригирана стандардна пресметка за повторно лекувани пациенти	324

ПРИНЦИПИ НА КОНКУРЕНЦИЈА И СТРАТЕГИИ ЗА РЕФОРМИ ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ВОВЕД

1. АКТУЕЛНОСТИ НА ИСТРАЖУВАЊАТА И ДОМЕН НА НАУЧЕН ПРИДОНЕС

Да се спасат и да им се помогне на што е можно повеќе луѓе е цел на секој здравствен систем без разлика на кој дел од светот припаѓа. Нема идеален здравствен систем, секоја земја има свој пристап. Ниту една земја не е задоволна од својот здравствен систем. Сите земји се соочуваат со стареење на населението и големи трошоци во здравството. Сè повисоките трошоци во здравството се придружени со нееднаков квалитет во давањето на здравствената грижа, чести грешки, ограничен пристап до лекарска грижа и сè понезадоволни пациенти. За да се отстранат овие негативности владите на земјите водат кампања за намалување на трошоците и зголемување на ефикасноста, но кампањите не ја подобруваат состојбата на здравствените системи во светот.

Историски гледано, здравствените реформите на национално ниво се одвивале последователно за еден конкретен проблем. Реформите секогаш биле фокусирани да решат еден одреден проблем како на пример, намалување на трошоците, проблеми со зголемување на неосигурани лица, цените на лековите и новите технологии, поврат на средства, превентивна здравствена заштита, обезбедување на сигурност на населението во поглед на заштита од заразни болести, итн. Меѓутоа, она што навистина недостасува кога станува збор за реформите на здравствениот систем е една сеопфатна рамка која ќе обезбеди оптимална организација на здравствениот систем во целост. Многу здравствени професионалци во времето на реформи не биле свесни за севкупниот проблем на здравствениот систем, тие биле фокусирани само на проблемите во деловите на здравствениот систем каде самите делувале. Неуспехот на здравствените реформи не би изгледал толку голем доколку општеството денес не се соочува со постојано зголемување на трошоците, ограничен пристап на населението до здравствените услуги, незадоволителен квалитет во давањето на здравствените

услуги, што сè заедно допринесува да се создадат фрустрирани и незадоволни учесници во здравствениот систем. Факт е дека никој не е среќен со постојниот здравствен систем. Пациентите се загрижени за големите трошоци кои треба да ги платат за здравствено осигурување и за квалитетот на здравствената грижа што ја добиваат. Работодавците се загрижени од фактот што и покрај плаќањето на здравствено осигурување на вработените, тие се незадоволни и болни. Лекарите и другиот медицински персонал се незадоволни поради ниските плати, работниот ден им е исполнет со бирократски процедури, а професионалното лекување се отфрла. Снабдувачите на лекови се незадоволни бидејќи иако вложуваат огромни средства во откривање на нови лекови кои би спасиле многу животи се обвинуваат дека ги зголемуваат трошоците на лекување нудејќи нов поскап лек. Владата е незадоволна бидејќи не може да го контролира буџетот поради тоа што расходите за здравство од година во година се зголемуваат.

Многу децении наназад, иако се правени реформи во здравството, горенаведените проблеми не само што не се подобриле, туку реалната ситуација покажува влошување.

Идеални решенија за разрешување на проблемот не можат да се дефинираат, но треба да се отфрли пристапот на решавање на само еден или два поединечни проблема, верувајќи дека тоа е суштината на проблемот. Многу од активностите се насочуваат само кон една цел, како на пример, да се контролираат цените на лековите и на тој начин да се намалат трошоците. Во такви околности се пристапува кон преговарање за нивно намалување, давање препораки да се користат генерички лекови, да се увезуваат лекови од земји каде тие се поевтини, но со ова не се решава проблемот на зголемувањето на трошоците во здравството, тие и понатаму растат.

Денес, кога општеството се соочува со возрасно население и забрзан раст на трошоците во здравствениот сектор, владата и другите актери во креирањето на политиките во здравството се соочуваат со предизвикот за реформа и тоа со димензија на итност, реформа која овој пат не смее да се потпира на решавањето на само еден проблем, без притоа да се согледа целината и комплексноста на проблемот. За да се направи реформа која нема да решава само еден одреден

проблем потребно е да се постави една сеопфатна рамка која ќе се потпира на јасно дефинирани принципи.

Секој здравствен систем се стреми да ја подобри вредноста преку подобри здравствени резултати и поефикасна заштита, но ниту еден систем не е организиран да ја создава и зголемува вредноста. Со години наназад се игнорира создавањето на вредност за пациентите во здравството, при што, во преден план, се истакнувала здравствената заштита, а не здравјето. Кога здравствената заштита се гледа како производ, сосема е логично крајната цел да биде обезбедување единствен пристап на сите граѓани до здравствена грижа. Но од перспектива на пациентите, здравствената грижа сама по себе не може да биде цел, таа претставува само средство да се одржи доброто здравје. Кога пациентите би имале можност да избираат помеѓу повеќе грижа и повеќе здравје се смета дека нивниот избор би бил јасен, но за жал здравствениот систем во светот е организиран да лекува, а не да обезбеди максимум здравје и ефикасност со кои ќе се постигне целта.

Еден здравствен систем базиран на вредности се заснова на серија клучни принципи кои почнуваат со јасно дефинирање на главната цел и продолжуваат кон структурата на давателите на здравствени услуги кои го претставуваат срцето на системот, а потоа следуваат улогите на финансиерите, пациентите, работодавачите, снабдувачите и владите.

Во денешно време има можности да се промени системот за кој сите се согласуваат дека е уништен. Она што навистина е потребно е јасна национална стратегија која ќе ни покаже што сакаме да постигнеме т.е. каков здравствен систем сакаме и како да стигнеме до таму. Во центарот на вниманието мора да биде пациентот и потенцијалот како да се зголеми вредноста за него (исходот во однос на потрошените средства). Добрите резултати кои се постигнуваат ефикасно се цел, а не штедење со префрлање на трошоците од едно место на друго и намалување на услугите.

Вистинските реформи во здравството бараат паралелно решавање на две прашања, а тоа се осигурувањето т.е. покривањето на трошоците кои се прават во процесот на здравствено лекување за пациентите и реструктурирање на давањето здравствени услуги. Постигнувањето на универзално покривање на

трошоците е важно, но не и најважно во алката за успешни реформи во здравството. Кога многу луѓе немаат пристап до примарна здравствена заштита и субвенциите за пациентите се многу ниски, тогаш здравствениот систем се соочува со многу големи трошоци, т.е. невозможно е да се постигне зголемена вредност за пациентите. Искуството покажува дека земјите во кои населението има поголем пристап до давателите на здравствени услуги, имаат помали здравствени трошоци во однос на земјите кои имаат ограничен пристап до примарната здравствена заштита. Но зголемувањето на пристапот без подобрување на вредноста е неодржливо и осудено на неуспех. Дури и земјите кои имаат поголем пристап до давателите на здравствени услуги на здравствена заштита се соочуваат со проблеми и високи трошоци во сегашните здравствени системи. Дури и овие земји имаат притисок да го обноват здравствениот систем.

Како да се постигне универзално покривање на здравствените трошоци и како да се подобри здравствениот систем на начин кој ќе го подржи, а не спречи фундаменталното преориентирање на давањето на здравствена грижа околу вредноста за пациентите е прашање на кое треба да дадеме одговор во оваа докторска дисертација.

Земајќи предвид дека оваа тема ќе биде секогаш актуелна, но и никогаш доволно проучена во целост, сметам дека нејзината обработка во оваа дисертација е сосема оправдана.

2. ПРЕГЛЕД НА ПРЕТХОДНИ ИСТРАЖУВАЊА

При истражувањето во оваа докторска дисертација се појде од фактот дека е потребна една сеопфатна рамка за реформирање на здравствениот систем како и фактот дека огромните трошоци произлегуваат од фрагментарниот здравствен систем и удвојувањето на здравствените услуги кои ги нудат давателите на здравствени услуги во процесот на лекување на пациентите.

Врз основа на податоците презентирани и публикувани во Сл. Весник 86/2012 и извршената анализа при составување на Правилник за ценовникот и начинот на вршење на дополнителна дејност на здравствените работници, за кој дадов свој придонес, дојдов до сознанија дека исти услуги се даваат од различни

даватели на здравствени услуги, но нивниот трошок значително се разликува. Оваа разлика произлегува од различно користење на ресурсите кои се потребни за да се даде здравствената услуга. Имено, ваквиот став на давателите на здравствени услуги - да ги обезбедат сите услуги кои се потребни за пациентите без притоа да се води сметка за нивната исплатливост, допринесува да се фрагментизираат пациентите, да се зголемат трошоците за набавка на малиот број производи потребни да се изврши процесот, да се ангажира работна сила која нема да ги искористува работните часови за кои е платена, а притоа да се заборава фактот дека истата услуга може да ја набави многу поевтино од друг давател на здравствена услуга.

За да се надмине оваа појава давателите на здравствените услуги мора да ги знаат трошоците кои се прават при обезбедување на една здравствена услуга. Доколку се има увид во трошоците кои се прават за услугата која ја нудат, постои уверување дека ќе се напуштат деловите од услугите кои придонесуваат услугата да ја даваат со големи трошоци.

За жал, во здравствениот систем економската анализа на здравствените процеси е занемарена, па како резултат на тоа се дозволува да се даваат услуги кои се неефикасни и ги зголемуваат трошоците на здравствените установи. Иако се работи за јавни установи, не значи дека сите болници мора да ги имаат сите услуги, бидејќи не постои толку силна држава на светот која може да покрие толку непродуктивни гранки.

Како дел од работната група на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ) за анализа на долговите на Јавните здравствени установи увидов дека голем број здравствени установи прават огромни долгови кои го нарушуваат тековното работење на установата. Понатаму констатирав дека многу дијагнози се повторуваат во многу здравствени установи, а бројот на пациентите варира, што укажува на фактот дека постои фрагментација на пациентите, а притоа се нудат услуги „од сè по нешто“ со цел да се оправдаат парите кои ФЗОМ ги дава на здравствените установи, истовремено не водејќи сметка за економската оправданост на услугата која ја даваат.

3. ПРЕДМЕТ И ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО НА ДОКТОРСКАТА ДИСЕРТАЦИЈА

Воведувајќи ги принципите и стратегиите од кои произлегува и мерењето на вредноста како основна стратегија за унапредување на здравствените системи во светот, со што се подобрува исходот од лекување, а се намалуваат трошоците за лекување на една медицинска состојба (болест), без да се кратат здравствените услуги потребни за лекување на болеста, нивната примена стана поизразена и поприватлива од страна на менаџерите на болниците во светот. Старите начини за управување и раководење со болниците полека се напуштаат, а нивното место го заземаат нови посовремени методи кои се темелат на вредности и мерење на резултатите од лекувањето, при тоа истакнувајќи ги трошоците за лекувањето, на кои досега не им се обрнуваше доволно внимание.

Почетоците за примена на мерењето на вредноста за пациентите датираат од 2006 година¹. Оттогаш па сè до денес, многу даватели на здравствени услуги и научно - истражувачки центри ширум светот, се инволвираа и активно работат на развој на алатки за мерење на вредноста за пациентите.

Тенденциите на зголемување на трошоците во здравството ја наметнуваат потребата за подетално истражување на здравствениот систем и посеопфатна анализа на трошоците во однос на исходот од лекување и тоа за секој пациент, не за една одредена интервенција која се прави во процесот на давање на здравствена грижа туку за целиот циклус на здравствено лекување. Во фаза на поставување и дефинирање на проблемот кој ќе биде предмет на истражување, потребно е да се анализираат следниве прашања:

- Дали мерењето на исходот од лекување и мерењето на трошоците кои се прават за да се излекува пациентот ќе влијаат на зголемување на вредноста за пациентот, а со тоа и врз намалувањето на трошоците?
- Дали повеќе здравствени услуги значат и подобро здравје?
- Дали пресметката на трошокот по пациент ќе му помогне на менаџерот да направи подобра алокација на трошоците?

¹ со објавување на делото Редифинирање на здравствениот систем (*Redefining health care*) од страна на Мајкл Портер (Michael E. Porter) во 2006 година.

- Дали видот и обемот на здравствените услуги го зголемуваат бројот на непотребните анализи?
- Што треба да се промени во здравствениот систем за да се подобри вредноста за пациентот?
- Дали е реално да постои конкуренција во здравствениот сектор која ќе се темели на вредности?
- Дали поголеми финансиски средства ќе ги решат проблемите во здравството?
- Дали пакетот на основното здравствено осигурување е преобремен?

Со поставувањето на проблемот и потребата да се добие одговор на поставените прашања се дефинира предметот на истражувањето на овој труд:

Определување на принципи и стратегии на кои треба да се заснова здравствениот систем, а притоа наметнувањето на потребата од мерење на исходот од лекувањето и следењето на трошоците кои се прават за да се постигне посакуваниот исход се критичните точки кои го даваат одговорот на поставените прашања.

Потребата за развој на принципи и стратегии, но во исто време развој на индикатори за мерење на вредноста и развој на трошковни поефикасни модели за следење на трошоците во здравствените установи, е приоритет на голем број истражувачи од оваа област насекаде во светот, сè со цел да даде соодветен придонес во намалувањето на последиците од големите трошоци кои растат со забрзано темпо.

Во докторската дисертација се опфатени неколку цели кои имаат за цел да дадат теоретска, но и практична примена од направените истражувања во правец на подобрување на здравствениот систем на Република Македонија

Една од основните цели е рedefинирање на здравствениот систем при што особено внимание се посвети на анализата и разработката на принципите и стратегиите кои треба да допринесат да се создаде нов здравствен систем кој ќе се базира на вредности.

Главната цел е анализа на трошоците во услови на фрагментарен здравствен систем, при што големо внимание се посвети на правилна

распределба на трошоците со цел да се добие цена по пациент за цел циклус на здравствено лекување.

Една од основните цели на оваа докторска дисертација е да се разработи што е можно поточен аналитички модел за мерење на вредноста во процесот на давање на здравствена грижа од страна на давателите на здравствени услуги, со цел да се анализираат поимите вредност и квалитет на здравствениот систем, како и начините за мерење на таа вредност, за да може преку симулации да се истражуваат предностите и недостатоците на овој модел.

За да се постигнат основните цели на оваа докторска дисертација, најпрво како една од основните потцели беше анализата на карактеристиките и специфичностите на македонскиот здравствен систем. За да се добие јасна слика за состојбата на македонскиот здравствен систем прикажани се системот на здравствено осигурување, финансирањето на македонскиот здравствен систем и системот на давање на здравствени услуги.

Со цел да се намалат долговите на јавните здравствени установи, како една од целите на оваа дисертација се наметна и потребата за дефинирање на модел за пресметка на трошоци по пациент, кој има за цел да ги лоцира трошоците на местото на нивното настанување. Една од целите на докторската дисертација беше развивање на методологија за пресметка на трошок по пациент, како би се овозможило определување на вкупниот трошок за целиот циклус на лекување, а не само на една интервенција.

4. МЕТОДОЛОГИЈА

Имајќи ја предвид комплексноста на поставените цели на докторската дисертација, со цел да се даде одговор на поставените прашања, беа спроведени аналитички, квантитативни и нумерички истражувања. Истражувањата беа спроведени според усвоена и дефинирана методологија на истражување.

Во изработката и оформувањето на докторската дисертација ќе бидат користени неколку научни методи.

Методот на *индукција* ќе биде користен при извлекување на заклучоци врз основа на согледувањето на принципите на конкуренција и стратегиите во

функција на подобрување на здравствениот систем, како и нивните ефекти кои можат да бидат користени во процесот за намалување на високите трошоци кои постојано се присутни како во здравствениот систем во Македонија така и во светот.

Методот на *дедукција* ќе биде применет при донесување на заклучоци и констатации за состојбите во македонскиот здравствен систем.

Дијалектичкиот метод ќе се користи со цел да се утврдат препораките кои ова истражување треба да им ги даде на надлежните за тоа на кој начин треба да им се приоѓа и како да се изучуваат односите кои владеат и се применуваат во здравствените системи во светот.

Методот на *квантитативна анализа* ќе биде искористен за анализирање на некои статистички апсолутни големини за да се презентираат трошоците од фрагментарниот здравствен систем наспроти интегрираниот здравствен систем.

Методот на *синтеза* ќе придонесе за интегрирање на сознанијата за предностите, слабостите, можностите и ограничувањата за успешна импликација на принципите во македонскиот здравствен систем. Методот ги обединува овие сознанија во теоретскиот модел кој е применлив под посебни интерни и екстерни претпоставки. Неговата корисност се состои и во создавање на основа за примена на методот за компаративна анализа, бидејќи ги соединува и теоретските и практичните искуства.

Овие методи самите по себе не се доволни за една појава да се осознае повеќедимензионално, што е една од целите на ова истражување. Поради тоа, ќе се користи и методот на *компаративна анализа*, со чија помош ќе се изврши компаративно согледување на искуството од одделни здравствени системи во развиените земји и земјите во транзиција.

Во истражувањето ќе се користат и дополнителни научни методи и тоа методот *студија на случај*, кој ќе се употреби при елаборирање на успешните примери за примена на принципите на конкуренција во насока на подобрување на здравствениот систем, *методот интервју* кој има за цел емпириски да ги опфати размислувањата на менаџерите во јавните здравствени установи за тоа која е реалната можност од примена на овие принципи во македонскиот здравствен систем, методот на *теренски експеримент* кој ќе се изврши на

стратификуван примерок со цел да се тестира ефикасноста и влијанието од примената на принципите на конкуренција во македонскиот здравствен систем.

5. ПЛАН НА ДОКТОРСКАТА ДИСЕРТАЦИЈА

Во оваа докторска дисертација дефинирани се принципите и стратегиите за редефинирање на здравствениот систем. Потоа е извршена разработка на сите принципи и стратегии од кои што може да бидат изведени препораки за реформирање на здравствениот систем во Република Македонија. Разработката е извршена врз основа на предложените принципи и стратегии кои се предложени од страна на Мајкл Портер (Michael E. Porter), кои досега се применети во практиката во неколку болници во светот, а истите се прифатени од страна германската влада за редефинирање на германскиот здравствен систем².

Понатаму, дефинирани се поимите на вредност и квалитет на здравствениот систем како и начините како таа вредност да се измери. Посочени се проблемите од недостатокот на сеопфатен и точен исход за мерење на трошоците како една од најголемите слабости за подобрување на здравствените системи во светот. Во оваа докторска дисертација поставени се проблемите и предметот на истражувањето со осврт на пресметка на трошок по пациент, со тенденција да се елиминира фактот дека вредноста и трошоците во здравството не се мерат, со што се одзема најмоќната алатка за подобрување на вредноста за пациентите.

Прегледот на претходните истражувања, од областа што ја покрива оваа докторска дисертација, е направен за следните делови: формирање на цени за дополнителна дејност и анализа на долговите на Јавните здравствени установи.

Поширокиот осврт на целите на истражувањето е составен дел на оваа докторска дисертација. Целите на истражувањето се резултат на постојаниот интерес и анализата направена на досегашните истражувања. Намерата е да се

² Врз основа на предложените принципи и стратегии објавени во делото на Мајкл Портер (Michael E. Porter), направена е анализа на германскиот здравствен систем чии резултати се публикувани во книгата *Рedefинирање на Германскиот здравствен систем (Redefining German Health Care)*.

даде јасна претстава за проблемите со кои се соочуваат сите здравствени системи, и да се проучат недостатоците со цел истите да се елиминират. Врз основа на поставените цели дефинирана е методологијата и организацијата на ова истражување. Придобивките од истражувањата спроведени во оваа докторска дисертација, се сумирани на крајот од овој труд.

ГЛАВА 1

ПРИНЦИПИ НА КОНКУРЕНЦИЈА И СТРАТЕШКИ ИМПЛИКАЦИИ ЗА РЕДЕФИНИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

*Здравјето е најголемо богатство
Вергилиј*

1. ПРИНЦИПИ НА КОНКУРЕНЦИЈА И СТРАТЕШКИ ИМПЛИКАЦИИ ЗА РЕДЕФИНИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

1.1 Принципи на конкуренцијата засновани на вредност

Секој здравствен систем се стреми да ја подобри вредноста преку подобри здравствени резултати и поефикасна заштита, но ниту еден систем не е организиран да ја создава и зголемува вредноста. Со години наназад се игнорирало создавањето на вредност за пациентите во здравството, при што, во преден план, се истакнувала здравствената заштита, а не здравјето. Кога здравствената заштита се гледа како производ, сосема е логично крајната цел да биде обезбедување единствен пристап на сите граѓани до здравствена грижа. Но од перспектива на пациентите, здравствената грижа сама по себе не може да биде цел, таа претставува само средство да се одржи доброто здравје. Ако се даде избор на пациентите да избираат меѓу повеќе грижа и повеќе здравје се смета дека нивниот избор би бил јасен, но за жал здравствениот систем во светот е организиран да лекува, а не да обезбеди максимум здравје и ефикасност со која ќе се постигне целта.

Еден здравствен систем базиран на вредности се заснова на серија клучни принципи кои почнуваат со јасно дефинирање на главната цел и продолжуваат кон структурата на давателите на здравствени услуги кои го претставуваат срцето на системот, а потоа следуваат улогите на финансиерите, пациентите, работодавачите, снабдувачите и владите.

Во продолжение на оваа глава ќе ги елаборираме теоретските основи, т.е. ќе ги разработиме принципите кои се појдовна точка за создавање здравствен систем кој се темели на вредности. Како ќе изгледа здравствениот систем на една земја зависи од примената на 8 принципи кои подетално ги елаборираме во продолжение, а тоа се:³

- Фокус на вредности, а не само на трошоци

³ PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p 97-148

- Конкуренцијата се заснова на резултати
- Конкуренцијата е фокусирана на медицинската состојба за целото времетраење на лекувањето (цел циклус на лекување)
- Висококвалитетно лекување треба да чини помалку
- Вредноста произлегува од искуството на давателот на услугата, обемот на услуги и познавањето на болестите
- Конкуренцијата е регионална или национална
- Информацијата за резултатите е широко достапна
- Иновациите кои ја зголемуваат вредноста мора да бидат постојано наградувани

1.1.1 Фокус на вредност, а не само на трошоци

Целта на здравствената заштита е вредноста за пациентите која се дефинира како квалитет на здравствената услуга што пациентите ја добиваат во однос на трошоците кои се направени. Трошокот сам по себе не е цел, ако целта е само трошок, тогаш аналгетиците и сочувството би биле најевтиното и најефикасното можно лекување.⁴

Намалувањето на трошоците само по себе не е цел. Најчесто реформите на здравствените системи се темелат на намалувањето на трошоците. Честопати кога фокусот на вниманието е свртен кон намалувањето на трошоците при реформирање на здравствените системи во светот, ефектот од нивно намалување е спротивен. Кога намалувањето на трошоците се прави под притисок со крајна цел само истите да се намалат, тогаш ефектот од намалувањето на трошоците на еден давател на здравствена услуга значи зголемување на трошоците на друг давател на здравствена услуга т.е. префрлање на трошокот од еден давател на здравствена услуга на друг. Префрлањето на трошоците создава сиромашен здравствен систем или го влошува постојниот. Ваквата појава е карактеристична кога има недостаток од комуникациска поврзаност бидејќи не се посветува соодветно внимание на подобрувањето на животниот стандард и здравјето на луѓето, заради зголемената бирократија и

⁴ Elizabeth Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p27-28

грешки. На ваков начин трошоците не се намалуваат, туку како резултат на оваа појава севкупните трошоци се зголемуваат. Ваквиот начин на префрлање на трошоците од едно место на друго не само што не ги намалува трошоците туку и не ја подобрува вредноста за пациентите. Намалувањето на трошоците е вистинска придобивка за секој ентитет без разлика дали се работи за здравствениот сектор, индустријата или услужната дејност. За да се подобри вредноста за пациентите, намалувањето на трошоците треба да биде во вистинска смисла – вистинска придобивка е да се намалат трошоците кои се непотребни, но не со префрлање на трошокот од едно место на друго или пак со намалување на квалитетот на услугата.

Во продолжение ќе дадеме неколку примери кои укажуваат на намалување на трошоците на давателите на здравствени услуги, а во исто време и зголемување на вредноста на пациентите. Вистинско намалување на трошоците се постигнува само доколку истите се анализираат и калкулираат за целиот циклус на здравственото лекување.

Пример 1. Воведување на телемедицинско следење на здравјето на пациентите.

Телемедицинско следење на пациентите се применува во Швајцарија. Фирмата Медгејт (Metgate) изработила софтвер кој овозможува следење на комплетната здравствена состојба на пациентите преку телефон, интернет или ТВ пристап и тоа во текот на 24 часа, седум дена во неделата. Ваквиот систем опфаќа 2,5 милиони осигуреници, вработува 46 лекари и 20 сестри кои примаат околу 1600 повици (телефон, интернет или телетекст) на ден. Системот е многу едноставен, обучена сестра одговара на телефонски повик и ги упатува пациентите кај соодветен лекар. Само 10 отсто од телефонските повици во текот на денот имале итна потреба од лекар. Медгејт процениле дека околу 55% од телефонските повици на пациентите ќе бидат решени преку телефон и дека нема да има потреба да патуваат до болница за да бидат прегледани од лекар. Исто така се проценува дека трошоците за болничко лекување се намалуваат до 21%. Лекарите кои се вклучени во ваквиот начин на давање на здравствена грижа на пациентите имаат софтверски пристап и веднаш можат да ја видат состојбата на пациентот (во базата на податоци на

софтверот постои запис на целокупната здравствена состојба на секој пациент) за да можат да постават точна дијагноза и третман на пациентот. Од ваквиот начин на следење на пациентите имаат корист и пациентот и лекарите и болницата, при што пациентот добива континуирана здравствена грижа без да патува до болницата и да чека за да биде прегледан од лекар, а лекарите можат да ја следат состојбата на пациентот и притоа да му посветат доволно внимание без да се прават непотребни редици пред ординациите, а пак болниците ги намалуваат своите трошоци од интервенции кои би требало да се направат кога пациентот би се појавил во акутна и многу лоша состојба. За да се обезбеди квалитет и да се подобри исходот од лекувањето, овој софтвер ги следи и исходот и можните грешки посветувајќи големо внимание на мерењата и подобрувањето на точната дијагноза.⁵

Пример 2. Набавка на лапараскопски апарат

Друг добар пример кој може да ни послужи за успешно намалување на трошоците имаме кај хируршките гранки. Набавката на лапараскопски апарат за хируршки интервенции на болни кои имаат проблеми со жолчката ќе ги зголеми трошоците на хируршкото одделение во даден момент. Зголемување на трошокот се регистрира бидејќи истиот се анализира краткорочно и тоа само за хируршкото одделение, но ако анализата на трошокот се на долгорочен план односно за целиот циклус на здравственото лекување, ќе се согледа дека трошокот на лекување на пациентот е помал од оној пред да се зголемат трошоците за набавка на лапараскопски апарат. Всушност, со набавката на лапараскопскиот апарат се намалуваат болничките денови, пациентот побрзо закрепнува и може да се врати на своето работно место, а и трошоците кои се прават за рехабилитација на пациентот по операцијата се сведуваат на минимум.⁶

⁵Подетално за проектот на MedGate за телемедишко следење на пациентите на http://www.medgate.com/downloads/benchmarking_absence.pdf

⁶ PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts,p

Пример 3. Набавка соодветни лекови

Набавката на лекови е исто така добар пример за намалување на трошоците. На пример ако фокусот на вниманието е свртен кон парите кои се даваат за набавка на лекови и се одлучи да се купат лекови кои се поевтини, но имаат помала ефикасност во лекувањето на пациентите, тогаш заштедата би значела поголем трошок за целиот циклус на здравствено лекување, т.е. зголемување на трошокот на долгорочен план. Должината на болничкиот престој и квалитетот на животот на пациентот не би ја оправдале заштедата на краткорочен план. Но при правењето на калкулациите за намалување на трошоците за набавка на лекови треба да се прави разлика помеѓу трошоци кои ја подобруваат ефикасноста на лекувањето, т.е. набавка на поефикасни лекови и зголемување на трошоците направени поради зголемување на цените на лековите. Најдобар начин за контролирање на трошоците за лекови е постоењето на конкуренција помеѓу давателите на здравствените услуги на лекови.⁷

Дадените примери нè наведуваат на фактот дека менаџерите и креаторите на здравствените политики многу лесно можат да бидат доведени во заблуда и фатени во замка, па поради тоа постапките или политиките кои се водат во процесот на здравствена заштита мораат да бидат тестирани во согласност со целта од која пациентот има корист/придобивка.

Сегашниот систем не успеал да се справи со овој тест. Кога се мери вредноста за пациентите, таа е многу покомплексна од фактот дали пациентот преживеал или не. Времето на рехабилитација и закрепнување, квалитетот на животот (самостојност, болки, степен на движење), емоционалното закрепнување се многу важни елементи кои го сочинуваат постболничкиот третман кој на пациентот му е исто така многу потребен.

⁷ PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts,

Лекувањето кое се заснова на вредност за пациентот треба да ги минимизира севкупните трошоци при давањето на здравствена грижа, а не само да се фокусира на трошокот од една услуга или интервенција. Здравствената грижа која се заснова на вредност за пациентите се ориентира повеќе на услуги кои би се давале на пациентите со цел да се заштеди: преку раните интервенции, намалувањето на грешките, намалувањето на компликациите, предупредувањето дека болеста може да се поврати.

Во многу земји, давателите на здравствени услуги нудат поголем обем отколку вредност. Многу често се нудат целокупните услуги со кои располага давателот на здравствени услуги наместо да се сосредоточат на вистинската услуга со која се доаѓа до вистинската дијагноза. Резултатот од ваквиот однос е брз и едноставен пристап до здравствена грижа, но вредноста дадена на пациентот кој има потреба од лекување и третман, ќе биде мала.

Вредноста мора да биде мерена за пациентите, а не за здравствените осигурителни компании, болниците, докторите или работодавците. Но во практиката ова не е вака. Многу здравствени лекувања се организирани околу специјалностите кои ги поседуваат лекарите наместо околу потребите на пациентите со цел да се зголеми вредноста. Здравствените планери (осигурителните компании) и работодавците многу често се фокусираат на трошоците кои тие ги поднесуваат, наместо на севкупните трошоци кои се прават за лекување на еден пациент. Ваквиот начин ги охрабрува планерите во здравството (осигурителните компании) да ги редуцираат услугите или да ги префрлаат трошоците од едно место на друго.

За да не се доведуваат во заблуда менаџерите на здравствените установи и да не се фаќаат во замка анализирајќи трошок на една интервенција, мора да се разбере вредноста за пациентите која пак е еднаква на исходот кој се добива за еден потрошен долар при третирање на една медицинска состојба (болест) и тоа за целиот циклус на лекувањето на пациентот.

Мерењето на вредноста треба да ги содржи во себе и резултатот и трошокот и тие мора да се мерат во текот на целото лекување на пациентот, а не само на една одредена интервенција. На пример, зголемувањето на трошоците за вложување во здравството на долгорочен план значи зголемување на

вредноста за пациентите. Штедењето на краткорочен план значи зголемување на трошокот на долгорочно. Оскудната дијагноза која е погрешна и не ги опфаќа сите анализи за точна дијагноза води до погрешен и непотребен третман и лекување кои пак не ја подобруваат вредноста за пациентите туку ја намалуваат.

Како што веќе се напомена, вредноста во здравството може да се разбере само ако се гледа од аспект на една медицинска состојба (болест) како на пример: дијабетес, коронарни заболувања, хируршка интервенција на колено итн. Само од аспект на болест може да се зборува за вистинските трошоци кои се прават во текот на лекувањето на еден пациент. Како што беше посочено, трошоците треба да се земаат предвид во текот на целиот циклус на лекување, а не само за една одредена интервенција. Целиот циклус на лекување вклучува не само третман туку и рехабилитација, како и следење на пациентот подолго време за да не се врати болеста. Се смета дека за да се подобри лекувањето на болните потребни се современи медицински апарати, современа технологија, но иако технологијата е неопходна ова не е пресудно. Еден голем проблем со кој се соочуваат здравствените системи е менаџирањето, т.е. структурата и квалитетот на давање здравствени услуги.

Ако фокусот на трошоците се стави на целиот циклус на лекување, а не само на одредена интервенција и се предвидуваат трошоците на долгорочен план, тогаш ќе се постигне целта за зголемување на вредноста за пациентите.

Вредноста за пациентите се формира на ниво на здравствена грижа за една медицинска состојба (болест). Целиот циклус на здравствена грижа не го опфаќа само лекувањето на пациентот, туку и неговата рехабилитација до целосното закрепнување, како и следењето на болеста за истата да не се повтори.

Ако вниманието кое треба да биде насочено во правец на грижа за пациентите за време на целиот циклус на лекување се пренасочи во правец на намалувањето на трошоците, ќе се добие обратен ефект кој ќе се движи во правец на намалување на вредноста за пациентите, а во исто време зголемување на трошоците за лекување на пациентот. Но ваквата појава е во рамки на организацијата на здравствениот систем во светот кој е конструиран да лекува, а не да дава здравје.

Рedefинирањето на конкуренцијата во здравствената грижа која треба да се базира на вредност ќе бара промена во структурата, организацијата, мерењето, при што овде треба да бидат вклучени и пациентите и да се има предвид дека е потребна координација и интеграција во целиот циклус на здравствената грижа, нешто што денес навистина недостасува. Координацијата која е неминовна при здравствената грижа ќе придонесе точно и прецизно определување на одговорноста во кругот на здравствена грижа и точно ќе се знае сечија одговорност при третирањето на пациентот во целиот круг на здравствената грижа.

Денес постои само индивидуална одговорност за лекување на пациентот и тоа само во фрагментот во кој лекарот дејствувал, а не за целиот циклус на лекување.

1.1.2 Конкуренцијата се заснова на резултати

Резултатот (исходот и трошокот) ја дефинираат вредноста за пациентите. Единствениот начин да се подобри вредноста за пациентите е преку конкуренција заснована на резултати. Конкуренцијата која ќе го подобрува резултатот ќе води кон подобрување на вредноста за пациентите. За ова да се случи резултатите треба да се мерат. Сè додека резултатите во клиниките не се мерат туку се споредуваат меѓусебно, вредноста за пациентите не може да се подобрува од проста причина што не би се знаело што е тоа што треба да се подобри. Сè додека во клиниките се воспоставуваат компаративни мерења, ќе имаме искази дека нивните резултати се подобри од просечните. Но кога резултатите се мерат можноста за напредок е сè поголема, не само за клиниките туку и за снабдувачите, планерите и пациентите. Мерењето на вредноста мора да ги вклучи и мерењата на пациентите кои имаат и повеќе од една медицинска состојба (болест) (на пример пациент кој има проблеми со срцето може да има и дијабетес). Така што не мора да се мерат само морталитетот или медицинските грешки туку и резултатите како: времето кое му било потребно на пациентот да се врати на работа или да продолжи со своите нормални активности, можни подоцнежни компликации, степенот на болката, итн.

Трошокот за целиот циклус на лекување на една медицинска состојба (болест) исто така треба да биде мерен, но не треба да се споредуваат трошоците пред да се направи споредување и калкулирање на ризикот што не може да се предвиди затоа што тоа нема да ни го даде точниот исход/резултат, туку може да ни даде една искривена слика. Споредувањето на трошоците без да се обрне внимание на квалитетот се заканува со опасност од изедначување на услугите кои се даваат во здравството како да се стоки. Ваквата погрешна претпоставка може да придонесе да се скусат трошоците што пак ќе придонесе да опадне квалитетот на услугата која се дава во здравствена установа.

Споредувањето на трошоците за услугите или пак ДСГ (дијагностички сродни групи) кои не го опфаќаат целиот циклус на лекување, само го влошува префрлањето од едни даватели на здравствени услуги на други во кругот на лечење, промовирајќи лажна ефикасност која ги зголемува трошоците. Добар пример за тоа се оперативните зафати при што ако трошоците за операција на колк се мерат посебно од рехабилитација т.е. резултатите не се мерат за целиот циклус на лекување и не се предвидат можните компликации од операцијата, тогаш болниците повеќе ќе сакаат да ги префрлаат трошоците на центрите за рехабилитација или на други установи, определувајќи му физикална терапија на пациентот и на тој начин хируршкото одделение се ослободило од пациентот, а пак центарот за рехабилитација ќе сака рехабилитацијата да започнува во болниците. На ваков начин само се префрлаат трошоците од едно место на друго, а креирањето на вредноста за пациентот се игнорира. За да се мери вредноста за еден пациент многу важно е да се предвидат и можните ризици - компликациите кои можат да настанат при лекувањето на еден болен. Така, воведувањето на мерење на исходот, вклучувајќи го и непредвидениот ризик за целиот циклус на лекување, е основно.

Мерење на исходот - резултатот креира мотивација која го унапредува резултатот. Оваа мотивација не треба да води до зголемување на клиентите како да се во продавница за добро здравје.

Пример 4. Мерењето на исходот во Швајцарија ги мотивира лекарите да го унапредуваат резултатот

Во Швајцарија пациентите имаат помалку избор, тие ја примаат здравствената грижа во кантонот во кој живеат. Лекарите се конкурираат да ги подберат резултатите за кои ја известуваат Владата. За таа цел воспоставен е регистар што постојано се ажурира. Националниот совет за здравство врши контрола и има овластување да го процени квалитетот на здравствена грижа која им се дава на пациентите. Регистарот е развиен од група на давателите на здравствени услуги, а истиот го користи и самата група. Податоците од регистарот се достапни за јавноста и истите се користат за истражувачки цели, но ги користат и клиниките со цел да ги подберат услугите и здравствената грижа која ја даваат. Резултатите кои произлегуваат значително го редуцираат времето на чекање и хоспитализацијата на болни во болниците (вкупниот број на закажани пациенти не се променил). Се намалила стапката на морталитет и инфекции предизвикани од лекарски грешки и во споредба со Америка овој процент е намален за една петина. Без позначајни можности за избор и без плаќање според учинок, професионализмот и етиката на лекарите бездруго води до тоа конкуренцијата да ги подобри своите резултати. Ниту еден доктор не посакува исход кој не може да се измери, ниту пак неговиот или нејзиниот пациент да има искуство со потпросечен резултат. Конкурентноста заснована на вредности има моќ да ги подобри резултатите⁸

Лекувањето е комплексно, суптилно, индивидуално и многу брзо се развива за да биде менаџирано директно од микро менаџментот. Воспоставувањето протоколи за работа, за една болест или еден давател на здравствени услуги, е една алатка за подобрување на вредноста за пациентите, но сепак таа не го дава вистинскиот резултат од проста причина што секој пациент и неговата болест се приказна за себе. Единствениот доказ за успех е подобрување на резултатот за пациентите, т.е. квалитетот во однос на трошокот

⁸ Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p 35-36

кој е направен за лекување, а не за приспособување со процедурите кои се специфицирани од надворешни експерти или администратори.

Давателите на здравствени услуги треба да се споредуваат со резултатите, а добрите даватели на здравствени услуги треба да бидат наградувани со повеќе пациенти. Информациите за постигнатите резултати мора да бидат јавни и да претставуваат водич за сите учесници во обезбедувањето на здравствена грижа. Резултатите (исходот наспроти трошоците) не смеат да бидат лимитирани, на пример, кој лек да се користи, кое медицинско средство, која технологија, ниту пак да има селектирање на услугите кои се даваат на пациентите.

Како што веќе истакнавме, резултатите мора да бидат објавени, при што се мисли на актуелната вредност за пациентите. Рангирањето на болниците во извештаите не е резултат на мерење на резултатите од исходот на лекувањето. Во постојниот здравствен систем рангирањето на болниците се врши врз основа на добрата репутација која болниците ја имаат. Не се земени предвид дури ни базични параметри како на пример, користењето на поадекватна терапија или слично.

Конкуренцијата заснована на вредности мора да се одвива на ниво каде што се определува вредноста имајќи ги во предвид специфичните болести за целиот циклус на лекување.

Неограничената конкуренција која се базира на резултати е најдобра и единствен начин да се решат проблемите, како што се медицинските грешки, долгите третмани и хоспитализации на болни.

Некои од критичарите кои ги набљудуваат принципите кои треба да се воспостават во здравството за решавање на проблемот потенцираат дека објавените резултати можат да предизвикаат негативен ефект врз пациентите, па за еден давател на здравствени услуги да се вклопи во трошоците за да опстане на пазарот, може да ги игнорира најдобрите постапки за лекување или пак може да користи застарени. Но реалноста е сосема поинаква. Недостатокот на мерење во сегашниот систем допринесува да се оди кон неразумно кретење на трошоците без притоа да се води сметка дека намалувањето на трошокот на

краткорочен план може да предизвика зголемување на трошоците на долгорочен план.⁹

Конкуренцијата заснована на резултати ќе ги изнесе на виделина застарените начини на работа или неквалитетниот пристап кој го имаат лекарите во однос на пациентите. Веројатно ќе бидат потребни подобри механизми кои ќе им помогнат на лекарите да ги подобрат нивните методи и да бидат во тек со иновациите. Конкуренцијата заснована на резултати ќе придонесе да се воспостави и зацврсти влијанието на повратната информација која денес не постои. Задоволните пациенти се враќаат, но пациентите кои не се задоволни т.е. не го добиле она што го очекувале продолжуваат да талкаат наоколу барајќи го вистинското место каде ќе ја добијат најдобрата здравствена грижа. Лекарите немаат повратна информација зошто пациентот повеќе не доаѓа. Во ваков случај лекарот нема информација дека некој е незадоволен од неговиот третман, а човечки е тој да мисли дека неговото лекување е најдобро и најефикасно.

Мерењето на резултатот ќе му даде на лекарот искрена повратна информација која навистина му е потребна. Конкуренцијата заснована на резултати не смее да биде ограничена. Давателите на здравствените услуги треба да имаат конкуренција не само во нивниот матичен здравствен систем, туку и пошироко, конкуренцијата треба да биде на регионално, национално, па дури и на светско ниво.

Лекарите треба да обезбедат добра здравствена грижа за своите пациенти, тие треба да ја зголемуваат вредноста за нив, а не да се потпираат на нивната мината репутација или пак репутацијата на болницата.

Постои огромна загриженост дека ваквиот начин на конкуренција ќе ја одолжи размената на искуства помеѓу давателите на здравствени услуги. Но искуството од другите сектори го покажува спротивното, а тоа е дека размена на искуства и идеи при ваков начин на функционирање е поголема. Во практиката давателите на здравствени услуги не се натпреваруваат на регионално ниво иако не постои никакво ограничување. Оттука формалната и неформалната соработка

⁹ Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care

помеѓу давателите на здравствени услуги за размена на идеи и искуства расте. Многу е јасно дека некој од давателите на здравствени услуги ќе се обиде да манипулира со бројките. Но како и да е, конкуренцијата ги мотивира давателите на здравствени услуги да ја отфрлат манипулацијата. Манипулацијата во услови на конкуренција заснована на резултати е отежната од проста причина што подобрените резултати и ризикот кој се предвидува за секоја болест се основните фактори кои ја отежнуваат манипулацијата.

Конкуренцијата заснована на вредности не се однесува само на подобрување на вредноста на пациентите туку и на давателите на здравствени услуги како и на здравствените планери. На пример, лекарите кои пациентите ги прегледуваат неквалитетно ќе мораат да ја преиспитаат својата работа ако сакаат да останат на пазарот и да ги лекуваат пациентите. И планерите (осигурителните компании) ќе мораат да водат сметка кај кој од давателите на здравствени услуги го праќаат пациентот.

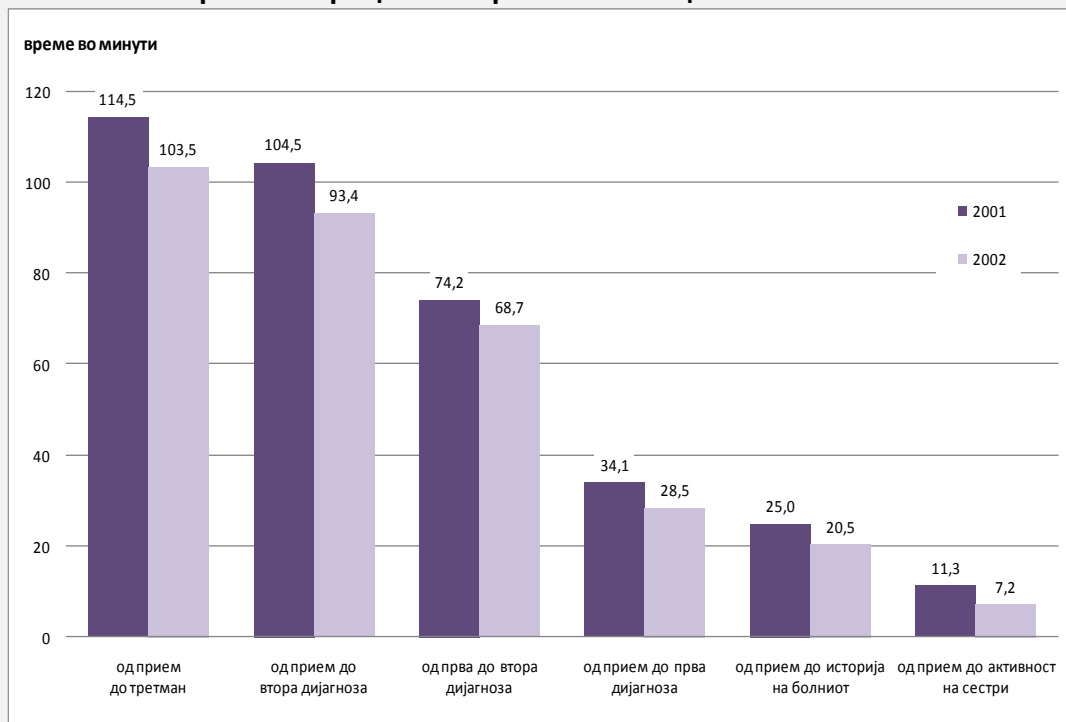
Пример 5. Проектот „Emerge“ основа за споредување (бенчмарк) за клиничките перформанси на болниците во Швајцарија

Во Швајцарија, проектот „Emerge“ спроведен од Verein Outcome направи основа за споредување (бенчмарк) за клиничките перформанси во ургентните центри. Дванаесет општински болници беа проценети врз основа на два критериуми: дали поставената дијагноза била точна и колку долго пациентот чекал да ја добие потребната нега. Но наместо да го мери времето на чекање на пациентите во чекалните, проектот идентификувал фази на негата дадена во ургентните центри. Се собирале податоци за секоја фаза, како што е прикажано на дијаграм бр.1. Податоците биле разменувани меѓу болниците и една година подоцна биле собирани истите податоци. Наредната година, како што е прикажано на дијаграм бр.1 кај сите фази кои биле предмет на анализа се забележува намалување.

Овој проект идентификуваше неколку карактеристики на постигнување на компетитивност во резултатите. Како прво, дефинирање на основа за споредување (бенчмарк) базирано на резултати води кон подобрување. Второ, ургентните центри не се натпреварувале да освојат поголем дел од пазарот, туку

се натпреварувале да ги подобрат резултатите на пациентите. Конечно, процесот на придвижување кон конкуренцијата базирана на вредности довел до брзи резултати. Подобрувањето на резултатите, како што е покажано во примерот, не бара моментална и брза трансформација кон конкуренцијата заснована на вредност. Но користа од постепеното приспособување кон подобрување на резултатите започнува веднаш и ги наведува давателите на здравствени услуги да си конкурираат врз основа на постигнатите резултати, а постигнатите резултати во ваква структура на давање на здравствените услуги значи и подобрување на вредноста за пациентите.

Дијаграм бр. 1 - Селектирани резултати од “Emerge Project”
Временски интервал на проценка и третман на пациентот



Извор: Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p33

Овој пример ни укажува како конкуренцијата која се базира на резултати го подобрува исходот на давателите на здравствени услуги. Од прикажаниот дијаграм може да се заклучи дека временскиот интервал од приемот на пациентот до негов третман се намалил и тоа од 114,5 минути во 2001 година на 103,5 во 2002 година. Слично намалување на временскиот интервал се

забележува и кај другите идентификувани фази кои биле предмет на ова истражување, а се прикажани во дијаграмот бр. 1¹⁰.

1.1.3 Конкуренцијата е фокусирана на медицинска состојба за целото времетраење на лекувањето (цел циклус на лекување)

Во здравството, како и во која било друга дејност, треба да се идентификуваат потрошувачите и спецификите на пазарот, т.е. на кој пазар што ќе се продава и која ќе биде целта како, и да се осигури дека производите кои се произведуваат имаат свој купувач, т.е. дека пазарот функционира. Од ваков агол може да се гледа и здравството. Најчесто, кога се зборува за здравствена заштита се добива погрешен впечаток дека се работи за една услуга. Но здравствената грижа не претставува само една услуга, туку станува збор за една цела палета на различни услуги. Релевантниот бизнис во давањето на здравствена заштита се специфичните медицински состојби од перспектива на целокупниот циклус на здравствена заштита.

Конкуренција на ниво на медицинска состојба (болест)¹¹ претставува двигател кон подобрување на вредноста за пациентите во областа на превенцијата, дијагностиката и третманот на болните. Вредноста за пациентите се создава на начин на кој нивните состојби се лекуваат ефективно, соодветно и ефикасно. Нивото на кое се дава здравствена заштита е ниво на кое резултатите се релевантни за изборот и активностите кои ги презема докторот. Во согласност со изложеното, организацијата на лекување и развојот на корисни резултати од мерењето мора да бидат насочени кон медицинските состојби (болести).

Мерењата во болниците или во целиот здравствен систем не се доволно поврзани со секојдневното работење на докторите, сестрите и останатиот тим кој работи во здравството. Ова наметнува сериозна реорганизација од перспектива на клиниката. Голем број лекари кога ќе бидат запрашани за работата која ја вршат, својот одговор речиси секогаш го даваат од аспект на нивната

¹⁰ Подетално за проектот на http://www.vereinoutcome.ch/pdf/emerge_Schwappach.pdf

¹¹ медицински состојби (болести) се комбинации на медицински состојби/ ситуации кои најдобро се лекуваат на интегриран начин

специјалност, а не од аспект на медицинските состојби или ситуации, т.е. од потребата на пациентите. Многу клиници не мислат дека услугите кои ги даваат треба да бидат според потребата на пациентот, т.е. според неговата болест, но кога еднаш ќе се свртат кон вистинските потреби на пациентите тогаш почнуваат да ги согледуваат големите можности за напредок на своите клиници.

Ниту еден лекар, медицински тим, ниту пак болница би можеле да бидат еднакво добри во сè што работат. Давајќи услуги од она што најдобро го работат лекарите, а елиминирајќи го она што не се работи добро или се работи со помал квалитет, се зголемува вредноста на услугите кои ги дава болницата. Но ова не значи дека треба да се напуштаат медицинските практики или да се излезе од бизнисот. Ова значи дека треба да се потроши време и да се вложи труд за работи кои се прават најдобро, а тоа наметнува прераспределба. Стратегијата за секоја дејност или услуга било тоа да е кај давателите на здравствени услуги во здравствената заштита, телекомуникациските компании, меѓународните агенции за помош, секогаш се потпира и ја носи важната одлука за тоа што ќе работи, а што нема.

Многу е важно да се сфати дека организирањето на здравствената грижа околу медицинските услови (болест) од гледна точка на пациентот нема да креира вишок на супспецијалисти. Лекарот ќе го рашири своето искуство низ целиот циклус на здравствена грижа за болеста на пациентот што најмногу ја третира. Ова нè упатува на фактот дека реорганизирањето на здравствените услуги, кои се даваат во системот на здравствена заштита, во правец на подобрување на целиот циклус на здравствена грижа за еден пациент оди во правец на подобрување и зголемување на вредноста за пациентите. Но најчесто прашање кое се поставува е како да се дефинира медицинската состојба околу која ќе се организира здравствената грижа. Најдобриот одговор е дека медицинската состојба треба да биде организирана од перспектива на пациентот.

Медицинската состојба треба да ги содржи во себе етапите на болеста и повредите кои најдобро ќе одговараат на третманот кој треба да се даде на пациентот. Повреда на коленото или повреда на 'рбетот, можеби би било најдобро да се третираат како посебни медицински услови бидејќи секоја од наведените повреди има своја специфика, бара различно надгледување,

различна дијагностичка експертиза, различна интервенција и различна форма на рехабилитација. Давателите на здравствени услуги треба да ја организираат својата работа околу медицинските состојби, а не околу вештините на лекарите, или посебните специјалности на услугите кои се даваат. Интегрираните единици кои би требало да го имаат централното место во здравствениот систем базиран на вредности треба да ги вклучуваат сите неопходни услуги кои се однесуваат на медицинската состојба. Давателите на здравствени услуги ќе ги дефинираат интегрираните единици различно во зависност од пациентите. Конкуренцијата мора да се одвива за целиот циклус на лекување, а не само за одделна интервенција. Не значи дека намалувањето на трошоците за една операција може да се изведе со преговарање. Ниските трошоци значат успешно излечен пациент, но не само за времетраење на операцијата туку и за периодот на рехабилитацијата, односно колку побрзо пациентот ќе почне нормално да функционира.

Многу често се претпоставува дека поскапиот лек ги зголемува трошоците, но тоа не е секогаш така. Скапиот лек може да го намали престојот во болница или пак да го врати пациентот побрзо во првобитната форма. Затоа се вели дека конкуренцијата мора да се одвива т.е. да се базира на резултати, а не на извршени интервенции или третмани. Конкуренцијата во себе мора да ги содржи менаџирањето на болеста како и превентивната заштита на населението.

Денешниот систем на лекување се сведува на лекување на пациентите во акутна фаза. Но циклусот на лекување бара многу повеќе од лекување во акутна фаза, тој бара следење на болеста на пациентот како и менаџирање на болеста. Ваквиот начин на грижа, т.е. давање здравје, значи да се знаат животните навики на пациентот, генетските предиспозиции, условите во кој живее, расте и се развива, да се воочат неизбежните компликации на време, поттикнување на навремени интервенции доколку е тоа неопходно.

Менаџирањето на болеста е многу ефикасен начин за намалување на трошоците, а воедно и за подобрување на вредноста за пациентите. Како што на пазарот потребно е да се задоволуваат потребите на потрошувачите, она што навистина е потребно во здравството е да се задоволат потребите на пациентите, а нивната единствена желба е да бидат здрави. Откривањето на болеста додека

сè уште постои можност за брзо делување бара постојано следење на пациентите.

Во многу земји во светот напорите за реформи се одвиваат на погрешно ниво фокусирајќи се на планерите (осигурителните компании) или болниците. Болниците често се правдаат дека тие треба да ги обезбедат сите услуги кои им се потребни на пациентите. Но обезбедување на сите овие услуги, организирани од медицински и хируршки специјалности, вообичаено резултира со фрагментарен или парцијален процес од гледна точка на пациентот дури и кога услугите се нудат и се сместени во иста болница или систем. Во систем со оскудна координација има недоволна размена на информации, тестовите се повторуваат, квалитетот е сомнителен, времето на чекање е големо.

1.1.4 Висококвалитетно лекување треба да чини помалку

Вистинската конкуренција заснована на резултати на ниво на медицинска состојба за време на целиот циклус на лекување ќе доведе до огромно подобрување на ефикасноста и квалитетот на лекувањето. Но она што е многу важно да се разбере во овој дел е дека квалитетот и трошоците ќе се подобруваат истовремено. Оваа појава на истовремено подобрување на квалитетот на лекувањето и контролата на трошоците е изразена и карактеристична само за здравствениот сектор, бидејќи подобро здравје значи помали трошоци. Ваквата појава во другите индустрии резултира со зголемување на трошоците, на пример во автомобилската индустрија подобрувањето на квалитетот во однос на галантеријата, на пример кожна, или поголема сила на моторот значи поголема цена.

Повеќе отколку во другите економски сектори подобриот квалитет во здравството значи помали трошоци од следниве причини:¹² помалку грешки или помалку повторувања чинат помалку, брзото закрепнување чини помалку, помалку инвазивни третмани овозможуваат поевтино закрепнување,

¹² PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts

превентивата е уште поефикасна бидејќи лекувањето и менаџирањето на болеста чинат помалку од лекувањето на веќе прогресираната болест. Постојат и други оправдувања кои одат во прилог зашто квалитетното лекување чини помалку, но тие не се толку често дискутирани. Точната дијагноза овозможува ефективен и ефикасен третман, за разлика од погрешната дијагноза каде се прават прво трошоци за лекување на една болест која не е поврзана со вистинската за подоцна да се дијагностицира или воопшто не се дијагностицира болеста која бара дополнителни трошоци.

Швајцарската Медгејт¹³ претставува добар пример како преку телемедицината можат да се следат пациентите и навремено да се открива нивното влошување или каква било промена во однос на нормалата. Она на што навистина треба да се стави акцент во здравството е дека производот т.е. стоката во здравството не е третманот туку здравјето.

Како што истакнавме погоре, трошоците и квалитетот истовремено ќе се подобруваат. Ваквата потреба е неопходна во здравството од неколку причини:¹⁴

Прво, давањето здравствена грижа заостанува во поглед на современите технички достигнувања во медицината. Ова дава огромен простор за симултано подобрување на квалитетот и трошоците, дури и на краткорочен план. Само со примена на најдобрите постапки, скоро сите даватели на услуги можат да ги подобрат и квалитетот и трошоците. Како и во другите сектори, така и во здравството, постои граница на продуктивност, која го поврзува квалитетот на постигнатиот здравствен исход за одредена состојба и целокупниот трошок за пружената нега за таа медицинска состојба.

Како што е прикажано на графикон бр. 1. продуктивноста е во тесна врска со квалитетот на лекувањето и трошоците кои се направени за лекување на една медицинска состојба (болест). Границата на продуктивност ги вклучува сите најдобри практики за лекување на една болест во однос на протоколи,

¹³ Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p36-38

¹⁴ PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p107-111

технологија, лекови, итн. Ако давателите на здравствени услуги не се на границата на продуктивноста, а според состојбата во која се наоѓаат многу здравствени установи во светот тие се далеку над границата на продуктивноста, нивното доближување до оваа граница ќе значи давање на здравствена услуга со пониски трошоци и подобри резултати за истиот трошок.

Графикон бр.1 Граница на продуктивност



Извор: PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p108

Како добар пример кој оди во прилог на зголемувањето на вредноста за пациентот т.е. квалитетот, а во исто време и намалувањето на трошоци може да ни послужи примената на веќе споменатата лапараскопска оперативна процедура која го подобрува квалитетот во однос на компликации и навремено закрепнување, а во исто време ги намалува трошоците поради малиот инвазивен зафат при операцијата како и времето поминато во болница. Но кога давателите на здравствени услуги во своето работење не ги применуваат најдобрите практики тогаш ни поголемите трошоци нема да можат да го подобрат исходот.

Второ, подобрувањето на трошоците и квалитетот може да ги елиминира грешките. Во секоја индустрија намалувањето на грешките значи и намалување на трошоците бидејќи тие го редуцираат изгубениот напор и ги намалуваат трошоците за поправка на дефектот. Во здравствениот сектор користа од намалување на грешките е особено голема поради тоа што трошоците за отстранување на компликациите се многу големи поради бавното закрепнување и потребата од повторување и започнување на нов третман.

Трошоците за некомплетна дијагностичка процедура исто така се потенцијален причинител за правење на непотребни трошоци бидејќи пациентот треба повторно да дојде, а згора на сето тоа, може и дијагнозата да е грешно поставена и да е даден погрешен исход од лекувањето. Грешките во здравството се далеку поголеми¹⁵.

Друга причина е што здравствената грижа е неделива сама по себе, па поради тоа можноста да се подобри квалитетот на лекување значително ги намалува трошоците на долгорочен план. Како пример може да ни послужи добра дијагностика која значи дека пациентот ќе се третира правилно и со соодветна терапија која навистина одговара на неговата состојба (болест). Со самото тоа се подобрува исходот на лекување и се избегнуваат неефикасните третмани кои пак ги зголемуваат трошоците за третирање на болеста.

При помалку инвазивните процедури на пациентот му е потребно покусо време на закрепнување и доаѓа до помал број компликации. Ваквите третмани помалку чинат и може да се применат со помали трошоци. Подобрата координација и интеграција во циклусот на давање здравствена грижа ги укинува непотребните напори, а во исто време го подобрува резултатот за пациентите. Подоброто менаџирање на хроничните болести вклучува и едукација на пациентите за нивната болест, за тоа кои се последиците од нередовно примање терапија и за чекорите кои треба да ги преземат за нивната состојба да се одржува стабилно што е можно подолго. Менаџирањето на болеста од една страна не дозволува таа да се влоши, при што можноста да дојде до сериозни

¹⁵ Јуран Институтот проценува дека медицинските грешки повлекуваат непредвидени трошоци меѓу 36.7 и 50 милијарди секоја година, а 30% од трошоците се прават поради оскудниот процес на квалитет.

компликации предизвикани од болеста е сведена на минимум, а во исто време влијае и на намалување на трошоците преку намалување или отстранување на болеста и потребата од скапи третмани.

Најчести примери за добро менаџирање на болеста имаме кај хронично опструктивната белодробна болест и астмата, каде што не се дозволува хронично болните да дојдат во акутна фаза, која пак повлекува и многу други дополнителни болести кои ги имаат пациентите како што се дијабетесот, хипертензијата и сл. при што постои голема веројатност да се комплицира болеста и да се повлечат огромни трошоци за лекување на пациентите. Вообичаено кога состојбата на хронично болните се влошува, тие се хоспитализираат, а самата хоспитализација по себе значи и огромни трошоци за болницата, но и за компанијата во која е вработен пациентот. Загубата на работни денови поради боледувања е исто така голем трошок кој не смее да се занемари.

Многу значајно е да се потенцира дека подобриот квалитет во давањето здравствена грижа ги намалува трошоците во здравството бидејќи доброто здравје помалку чини.

Одржувањето на добро здравје значи заштеда на трошоци кои треба да се направат доколку истиот тој пациент треба да се лекува. Напредокот во давањето на здравствена грижа со помалку трошоци со цел да се постигнат подобри резултати не е некое огромно откритие.

Добар пример за тоа е менаџирањето на болеста на пациентот и скратување на времето на лекување, т.е. болничкиот престој. Ветеранс Администрејшн (Veterans Administration) за срцеви заболувања констатира разлики во деновите на престој на пациенти со иста болест. Откако сите учесници во давањето здравствената грижа на пациентот беа собрани за да кажат како ги третираат пациентите се дошло до заклучок дека постои разлика во давањето на терапијата иако таа е иста за сите пациенти, т.е. терапии и шок на срце, но со самото тоа што едниот тим ја дава терапијата едно по друго, а другиот ја дава едната терапија па чека резултат и потоа продолжува со другата терапија, се

продолжува болничкиот престој на пациентот во болницата. Со тоа се зголемуваат трошоците, а во исто време исходот од лекувањето е ист.¹⁶

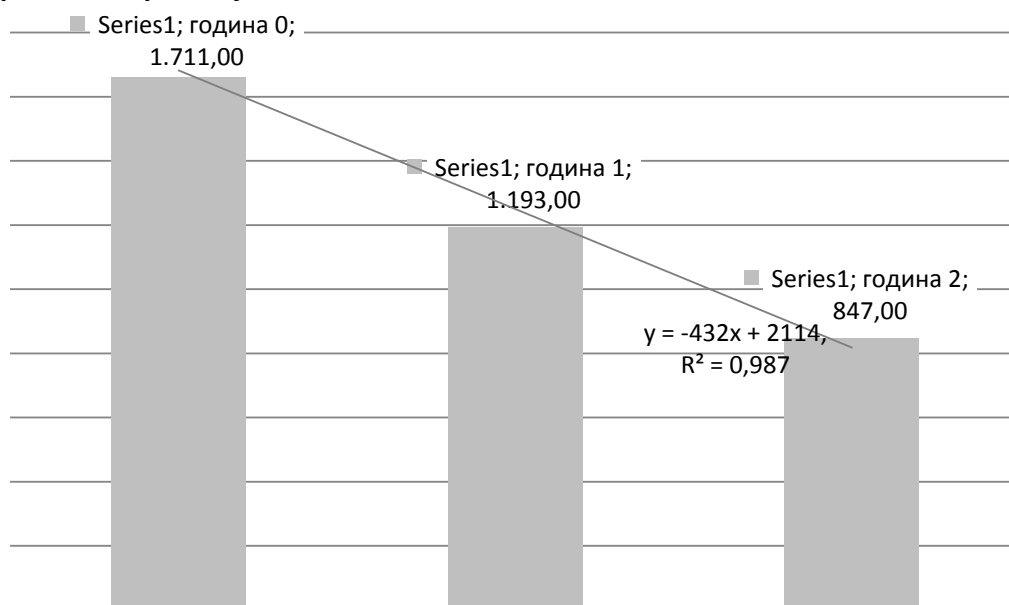
Конзервативниот пристап на лекување што бара време на чекање меѓу третманот не го подобрува исходот од лекување, туку само го продолжува времето на престој во болница, а со самото тоа ги зголемува трошоците. Со новиот пристап на менаџирање на болеста, односно само со една мала и речиси незначителна промена во редоследот на давањето на третманот се намалуваат трошоците, а се подобрува исходот од лекување.

Огромно подобрување на трошоците и квалитетот на здравствената грижа е можно и без некој херојски напор или последно откритие на технологија. Добар пример за тоа е болницата Ветеранс Администрејшн каде се постигнати огромни резултати во подобрувањето на трошоците и квалитетот како резултат на мерење на резултатите и подобро информирање на пациентите.

Центарот за *мигрена* во Германија како што е прикажано на дијаграм бр.2 е добар пример за истовремено намалување на трошоците од една страна и подобрување на квалитетот од друга страна. Пациентите добиваат подобар третман, а болницата привлекува пациенти со што самата болница добива право да се посвети само на оваа медицинска состојба.

¹⁶ Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, 38-40

Дијаграм бр.2 - Финансиски резултат од спроведување на пилот проектот за мигрена во Германија



Извор: Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p, 40

Како што може да се види на дијаграмот бр. 2, просечниот годишен трошок по пациент опаднал од 1711 евра на 1193 евра во првата година и до 847 евра во втората година.¹⁷

1.1.5 Вредноста произлегува од искуството на давателот на услугата, обемот на услуги и познавањето на болестите

Вредноста во давањето здравствена грижа се создава преку давање на најдобрите услуги кои можат да ги понудат, а не со давање на сите услуги. Но сегашниот систем на давање здравствени услуги не е концептиран на ваков начин. Глобално, здравствениот систем е конципиран спротивно од создавање на поголема вредност за пациентите. Како и на секое поле, давателите на здравствени услуги во здравството кои ги концентрираат своите сили и учат од искуствата кои ги стекнуваат давајќи здравствена грижа на една медицинска состојба ја зголемуваат вредноста за пациентите и можноста за иновации и

¹⁷ Подетално на http://cb.hbsp.harvard.edu/cb/web/product_detail.seam?R=707559-PDF-ENG&conversationId=341869&E=46380

напредување е побрза отколку кај давателите кои даваат здравствени услуги за неколку медицински состојби. Ваквата организација бара искусни и вешти тимови.

Хиерархијата во лекување на една медицинска состојба е исто така важна и токму таа овозможува да се формираат посветени тимови. Подобро е да се создаваат тимови кои ќе бидат обучени и ќе третираат една состојба во една установа, отколку да имаме доктори кои во одделни денови ќе работат на таа состојба, а други денови ќе работат сè останато. Специјализираните и искусни лекари ги привлекуваат пациентите, но искуството не се стекнува ако во текот на денот еден лекар има повеќе случаи од различни медицински состојби.

Подобрување на третманите при давање на здравствена грижа неминовно води до воспоставување на стандарди и развивање на протоколи кои водат кон зголемување на вредноста за пациентот. Искуството кое лекарите го имаат при голем број на пациенти од иста медицинска состојба води до усовршување на техниката која ја работат и со тоа примена на помалку инвазивни методи, кои пак водат до побрзо закрепнување на пациентот.

Комбинацијата од ефектите на искуство, хиерархија и учење, создава еден виртуелен круг во кој вредноста произлегува од давателите на здравствени услуги и тие можат да ја подобруваат многу брзо. Голема посветеност на медицинската состојба (болест) води кон акумулирање на искуства, зголемување на ефикасноста, подобра информираност, повеќе посветени тимови, зголемување на бројот на целни установи и можност да се контролира повеќе од кругот на здравствената грижа, зголемување на капацитетот за супспецијализација во рамките на интегрираните единици, оправдани инвестиции и подобра иновација. Сето ова допринесува до подобри резултати за пациентите и зголемување на вредноста.

Хиерархијата и искуството се исто така многу важни за поставување на точна дијагноза. Дури и со вообичаените техники како што е мамографијата, голем број канцери на дојка не се откриваат во раната фаза.

Студиите од анализа на случај во изминатите 20 години биле поттикнати од огромниот замав што го зазема ракот на градите кај женската популација. Студиите објаснуваат дека канцерот на дојка е дијагностициран, т.е. добиена е

точна дијагноза кога читачот на мамографијата е со големо искуство. Студијата сугерира дека жените треба да ги избираат своите малоградски читачи кои читаат барем 1.000 филма годишно, а по можност и над 2.500 филма годишно. Имајќи ги предвид однапред изложените факти и притоа потенцирајќи колку се важни хиерархијата и искуството при третирање на медицинската состојба - болест може да не однесе во погрешна насока и да ни даде сосема друга слика и да го сврти правецот на размислување од важноста на квалитетот кон важноста на квантитетот.¹⁸

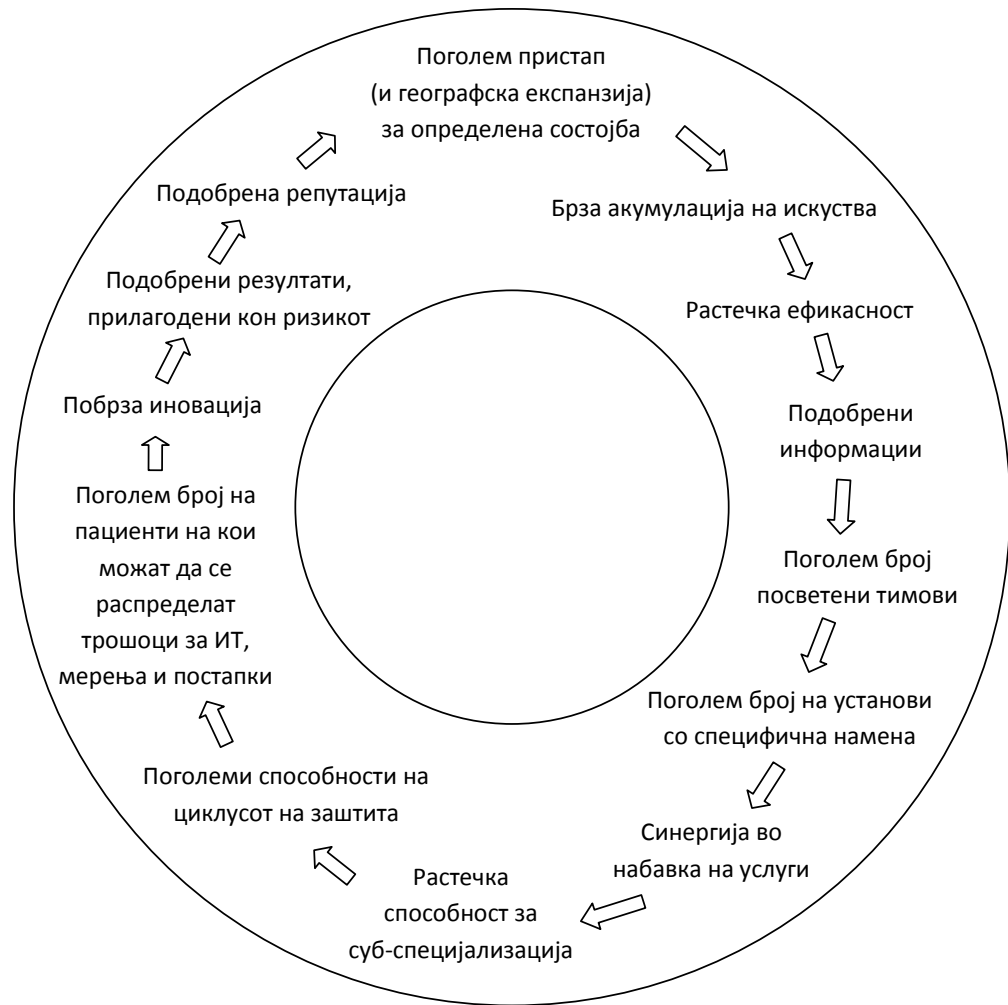
Денес постојат многу даватели на здравствени услуги кои нудат многу услуги но немаат доволен број пациенти. Од приложеното може да се сфати дека големината т.е. квантитетот, а не квалитетот е најважниот фактор за подобрување на вредноста на пациентите, но квантитетот сам по себе не е цел, тој е потребен за да се дојде до квалитет.

Искуството од МД Андерсон Канцер центарот (MD Anderson Cancer Center) сугерира друга димензија на учење, односно добро дефиниран информациски систем може да биде одличен за редуцирањето на грешките, учењето и ефикасното унапредување. Но самото постоење на база на податоци на медицинските записи не го гарантира успехот.

Информацискиот систем треба да биде дизајниран да поддржи одлука, да анализира исходи и да ја подобри координацијата. Како што е прикажано на слика бр.1, комбинираниот ефект од искуство, опсег и учење создава виртуелен круг во кој вредноста која се обезбедува од давателите на здравствени услуги значително ќе се подобри.

¹⁸ Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p 60

Слика бр.1 - Виртуелен круг на давање на здравствена заштита



Извор: PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p 113

Како што се гледа од слика бр.1, поголемиот пристап во секоја медицинска состојба води до акумулирање на искуства, зголемена ефикасност, подобрени клинички податоци, поголем број на целосно посветени тимови, повеќе установи со специфична намена, поголема моќ за набавка на услуги, поголема способност за супспецијализација, поголема способност во циклусот на здравствена заштита, поголем број пациенти на кои можат да се поделат трошоците за подобрување на информатичката технологија, мерења и постапки, побрза иновација, подобри резултати, приспособени за ризикот или контролирани за пресметаниот ризик. Подобрите резултати водат кон подобрување на репутацијата/статусот, кој пак привлекува повеќе пациенти. Конкуренција која се заснова на резултати за една

медицинска состојба го придвижува виртуелниот круг кој е опишан на слика бр.1. Реалноста со која во денешно време се соочуваат здравствените системи во светот е многу сурова, така што наместо виртуелен круг кој ќе води кон подобрување на вредноста за пациентите постои фрагментација на услугите и намален квалитет за пациентите.¹⁹

1.1.6 Конкуренцијата е регионална или национална

Конкуренцијата која се одвива меѓу давателите на здравствена услуга многу често се одвива само на локално ниво, а не на регионално или национално ниво. Ваквата конкуренција меѓу давателите на здравствени услуги не ја зголемува вредноста за пациентите. За оваа вредност да може да ја подобри конкуренцијата потребно е таа да се одвива на регионално или национално ниво и тоа за специфична медицинска состојба. Наместо ваквиот натпревар, давателите на здравствени услуги сакаат да бидат најголеми и најсеопфатни во давањето здравствена грижа, па така тие се натпреваруваат кој ќе потпише подобар договор со планерите на здравствени услуги (осигурителните компании) или пак да добијат некакви привилегии од владата и да се стекнат со статус на признаени даватели на здравствени услуги. Но ова се случува само кога се мисли локално. Единствено исправно споредување на резултатите е кога тие се споредуваат регионално, национално па дури и меѓународно, а не само локално. Тимовите кои работат мораат да ги споредуваат своите резултати со оние кои се најдобри во таа област каде било во светот, а не само со тимовите кои се наоѓаат во нивна непосредна близина. Медицинската технологија, техника и наука не се локални и истите се применуваат на многу географски простори. Дури и ако во регионот има само една болница, споредбата на резултатите со останатите болници би водела кон подобрување на практиките кои се применуваат и на тој начин болницата би можела да остане во чекор со времето.

¹⁹ PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p 113

Во Швајцарија, на пример, конкуренција постои меѓу кантоните. Здравствената грижа за населението во кантонот е добро осмислена преку обезбедување на добра и ефикасна здравствена грижа за нивните медицински состојби, но не со обезбедување на локален третман за секого без да се земат предвид резултатите од страна на давателите на здравствена услуга.²⁰

Набљудувајќи ја ваквата констелација на здравствениот систем секогаш се поставува прашањето, а што со ургентните болници и превентивната здравствена заштита? Но овде не станува збор за обезбедување на здравствени услуги за кои пациентите имаат секојдневна потреба, како што се ургентните центри и превентивата, туку станува збор за даватели на здравствени услуги кои даваат посложена здравствена услуга која сама по себе бара многу скапа апаратура и висококвалитетни специјализирани и обучени тимови. Потребата од ваквата услуга за пациентите е многу мала, но тоа не значи дека тие не треба да ја добијат. Болниците треба да ги нудат услугите за кои имаат доволно искуство и експертиза да ги задоволат поставените стандарди. Но ова не треба да ги доведе во опасност постојните болници во општините или руралните подрачја. Од сегашен аспект овие болници се самостојни и работат изолирано, но ваквата работа треба да се замени со добра поврзаност со другите даватели на здравствени услуги.

Во идеален здравствен систем би требало да се охрабрува соработка меѓу болниците во руралните подрачја и општините, како и регионалните и националните центри. Ваквата соработка би водела кон интегрирање на здравствената грижа за соодветна медицинска состојба за целиот циклус на лекување.

Потенцијална корист од ваквата соработка може да се увиди преку искуството на кома центарот за трауматски повреди на мозокот (Traumatic Brain

²⁰ Elizabeth Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p50

Injury (TBI).²¹ За пациентите кои се наоѓаат во кома, подобар исход би значело подобрување на виталните функции и редуцирање на инвалидитетот.

Подобриот исход значително ги намалува трошоците од долгиот здравствен третман. И покрај тоа што постојат стандарди кои се одобрени од Американската Асоцијација на неврохирурзи (American Association of Neurological Surgeons) само 16% од вкупниот број болници во САД ги имаат имплементирано овие стандарди. Американската компанија „Кер пат“ (Care path) има воспоставено телемедицинско поврзување на кома центарот со локалните и руралните болници. Во кома центарот постојат ургентни специјалисти кои можат да ги подучат или пак да одговараат на поставени прашања од локалните лекари или лекарите кои работат во руралните средини и тоа преку телефон. Ваква комуникација може да се воспостави меѓу локалните болници и водечкиот национален кома центар. Ваквите врски кои денес се ретки и се дава голем отпор во однос на нивното воспоставување, значително би ги подобриле квалитетот и вредноста во целиот здравствен систем.

Ваквиот начин на давање здравствена грижа не е нова појава. Сличен ваков центар бил воспоставен во 70-те години и тоа за трауми предизвикани од сообраќајни незгоди.

Придобивките од овој центар биле намалување на инвалидитетот и спас на голем број настрадани луѓе од сигурна смрт. Но како и да е, државата и осигурителните куќи најчесто бараат овие пациенти да се третираат амбулантно во најблиската болница, наместо да бидат префрлени до соодветна болница намената за ваква медицинска состојба. Овде се поставува прашањето дали транспортните трошоци ги оправдуваат трошоците за лекување. Трошоците лесно се оправдуваат со тоа што ќе се избегнат други високи трошоци што ќе се појават поради лошиот исход на лекување (долг период на закрепнување, несоодветно закрепнување, хронични болки, компликации и грешки).

Често се потврдува фактот дека пациентите секогаш избираат локално лекување и не бараат лекувања на долги дистанци. Денес помислата да се бара

²¹ PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p. 118-122 и Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p 43-45

само локално давање на здравствена грижа произлегува од несоодветното информирање на пациентите дека некаде има болница или друга здравствена установа која ќе го даде најдобриот резултат за нивната медицинска состојба болест. Регионалната и националната конкуренција го ставаат акцентот токму на потребата од даватели на здравствени услуги кои ќе ги развиваат најдобрите т.е. ќе развиваат уникатни здравствени услуги. Ова исто така овозможува да се развие експертиза т.е. високообразовани специјалисти. Најдобрите даватели на здравствени услуги ќе се прошират географски менаџирајќи ги истите услуги на повеќе локации. Пациентите ќе имаат корист од ваквата конкуренција бидејќи ќе ги добиваат најдобрите услуги и давателите на здравствени услуги постојано ќе се стремат да ја подобрат вредноста за нив.

1.1.7 Информацијата за резултатите е широко достапна

Конкуренцијата ќе се подобрува забрзано кога одлуките од давателите на здравствени услуги, пациентите, нивните семејства, специјалистите и осигурителните компании (здравствени планери) ќе бидат засновани на ставовите за медицинскиот исход и трошоците за време на целиот циклус на лекување. Без вакви информации, давателите на здравствени услуги немаат мотивација да ја подобрат својата пракса на работење. Без соодветни информации пациентите се во мрак и корисноста за нив би била маргинална.

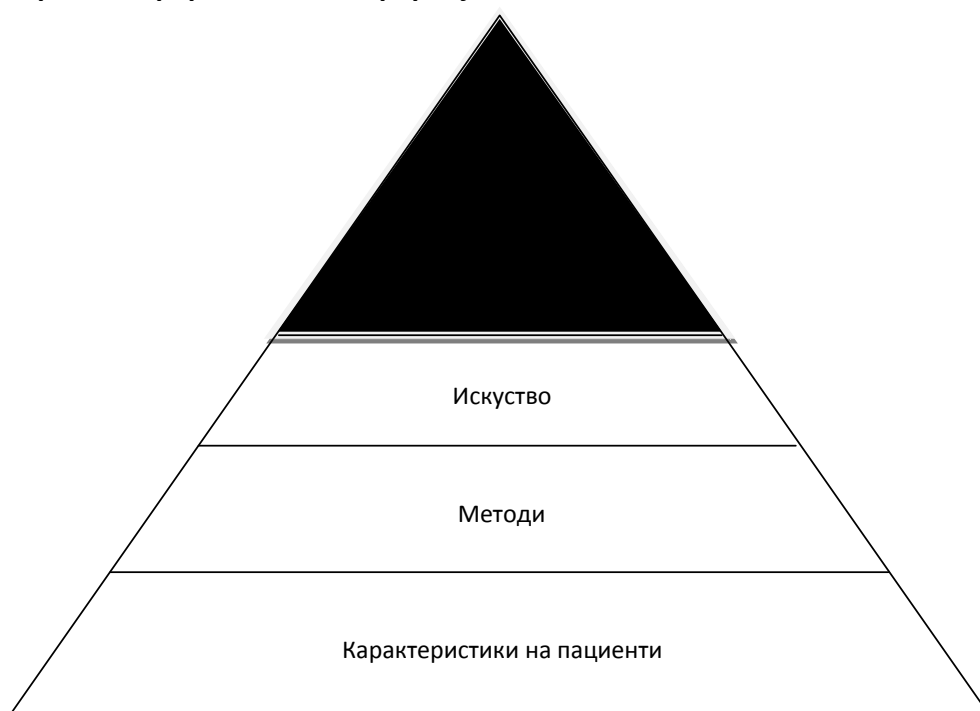
Постои информативна хиерархија, прикажана на слика бр. 2, во протоколот на информации кои се потребни да ја поддржат вредноста заснована на конкуренција. На врвот од хиерархиската пирамида се информациите за резултатите на ниво на медицинска состојба.

Резултатите се составени од исходот (резултатот) за пациентите и трошоците за здравствена грижа и тоа мерени за време на целиот здравствен циклус. Потоа на пониското ниво се податоците за искуството. Мерењето се врши по број на пациенти и тоа за секоја медицинска состојба. Искуството е една многу добра алатка за поврзување на пациентите и давателите на здравствени услуги. На третото ниво од хиерархијата се наоѓаат методите. Методите се многу важни затоа што ни помагаат да откриеме како се постигнуваат резултатите. Методите

се многу важни во процесот на подобрување на здравствената грижа. На дното на хиерархијата се наоѓаат податоците за карактеристиките на пациентите. Овие информации вклучуваат податоци како што се возраст, пол, придружни болести и генетските predispositions. Карактеристиките на пациентите исто така се важни затоа што тие влијаат на процесот на здравствена грижа и со нивна помош може да се контролираат иницијалните услови за ризик.

Објавувањето на резултатите од мерењата го забрзува процесот на учење и подобрување на квалитетот на давањето здравствени услуги. Кога резултатите се публикуваат процесот на подобрување на резултатите е значително поголем. На пример, кога во сојузната држава Њујорк (New York state) почнале да ги публикуваат стапките на морталитет од коронарните болести, стапката на морталитет опаднала за 41% во првите четири години.

Слика бр. 2 - Информативна хиерархија



Извор: PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p 123

1.1.8 Иновациите кои ја зголемуваат вредноста мора да бидат постојано наградувани

Конкуренцијата заснована на вредност не ја подобрува само вредноста за пациентите и можноста тие да се лекуваат кај најдобрите лекари, туку исто така, води и до иновации во медицината. Најшироко, иновациите се дефинираат како нови методи, нови објекти, нов процес на работа, нови организациски структури и нови форми на соработка со давателите на здравствени услуги и се многу значајни за подобрување на вредноста во здравствената грижа. Иновациите ќе ги намалат трошоците за медицинската грижа многу побрзо отколку напорот да се контролира медицинската практика. Иновациите во здравствената заштита не се разликуваат од иновациите во другите индустрии. Во другите дејности фирмите просперираат ако имаат иновации во процесот на своето работење и не успеваат ако се ограничени или не ги применуваат новите практики или пак се држат до стариот пристап.

Во здравствената заштита иновациите многу често се дискрециони без план или површни бидејќи поквалитетната вредност (вредноста која се издига над другите) не се мери и не се наградува.

Кога се набавува скапа медицинска опрема и истата се става во употреба за да се подобрат барањата на пациентите, но притоа немаме никаква евиденција за создавањето на вредноста за пациентите, тогаш зголемениот трошок за здравствената грижа на пациентите ѝ се припишува на технологијата, но притоа не се согледува решението кое го дава оваа технологија за подобрување на вредноста на пациентите.

Скептицизмот околу иновациите не е поткрепен со податоци во многу области од медицината. Затоа често се доаѓа до заблуда дека новата технологија ја зголемува цената на услугата кога давателот на здравствени услуги ќе воведо нова технологија. Но ова е навидум така бидејќи новата технологија може да ја зголеми цената на услугата само на краткорочен план, но не и за целиот циклус на здравствено лекување.

Се проценува дека од 70 до 75 отсто од трошоците за здравствена грижа на национално ниво одат за лекување на хроничните болни (болести кои не се лекуваат), болести на срцето, артритис, рак, дијабетес, чир, СИДА, вродени мани,

шизофренија, депресија, итн. Така што, медицинските иновации кои одат во прилог на превенција, лекување, или намалување на ефектот од хроничност имаат драматично подобрување на квалитетот на живот, но и носат намалување на трошоците кои ги има пациентот на долгорочен план. Сличен ефект се постигнува со менаџирање на болеста на хроничните болни која го подобрува нивниот живот и ги намалува трошоците. Што значи дека убедувањето дека иновациите во здравството ги зголемуваат трошоците е сосема погрешно и треба да биде отфрлено.

Иновациите не се проблем, поголем проблем претставува недостатокот на конкуренција базирана на резултати. Не се поставува прашање дали треба да се воведат нов тест или да се развие нова технологија, тоа навистина треба, но притоа на лекарот потребни му се податоци за да знае дали и кога да ги користи за да ја подобри вредноста.

Конкуренцијата која се одвива врз база на информации добиени од резултати води кон иновации кои значително ќе ја подобрат вредноста.

Иновациите во здравството имаат многу форми вклучувајќи напредок во технологијата и опремата. Но веќе се констатираше дека проблемот не е во опремата и напредната технологија туку во примената на нови видови стратегија, организациска структура, капацитети, процеси и партнерства. Некои иновации се лесно прифатливи бидејќи даваат подобар квалитет со пониски трошоци на самиот почеток. Како добар пример се посочува примената на нови антибиотици кои ја редуцираат дневната доза и примањето на антибиотикот од четири часа, на еднаш дневно. Примената на новиот антибиотик не само што го намалува времето кое ѝ е потребно на сестрата за примена на терапијата, туку овозможува пациентот да биде испишан од болница и да продолжи со терапијата дома што пак доведува до намалување на болничките денови за лекување во болница. Исто така помалку инвазивната операција како што е лапараскопската ги намалува трошоците за болничко лекување, но и периодот на закрепнување.

Постојат и иновации кои носат дополнителни трошоци, но ја подобруваат вредноста и спречуваат понатамошни скапи интервенции во циклусот на лекување. Како на пример, давањето на тромболитска терапија после инфаркт ќе ги зголеми трошоците за лекови, но ќе ја намали стапката на повторна хоспитализација при повторен срцев напад.

1.2 Главни актери во обезбедување на здравствена заштита и нивниот интерес за создавање на систем базиран на вредности.

Обезбедувањето на здравствената грижа за населението се извршува од даватели на здравствени услуги во рамките на границата на една држава. Главни актери во обезбедувањето на здравствената грижа се: болниците, клиниките, лекарите, група специјалисти, индивидуалните специјалисти, кои го заземаат централното место во давање на здравствена грижа. Нивната главна цел е давање здравствена грижа на пациентите. Но здравствената грижа за пациентите не ја сочинуваат само давателите на здравствени услуги. Во системот на здравствена грижа учествуваат и здравствените планери (фондовите за здравствено осигурување, осигурителните компании), работодавците, снабдувачите, владата и пациентите.

Учесници во здравствената заштита се главните актери кои ќе ја зајакнат или намалат вредноста која се создава во системот на здравствена заштита. Нивната улога и избор се од пресудно значење. Успехот или неуспехот на одржување на здравствениот систем зависи исклучиво од главните актери. Од денешен аспект, организациската структура и медицинската практика која се одвива не е во согласност со вредноста која треба да се создава во системот на здравствена заштита. Се смета дека проблемите во здравствениот систем се поради недостаток на технологии, а не поради слабостите кои се појавуваат поради лошата структура и менаџирање на испораката на здравствени услуги. Секој учесник на пазарот се залага да постигнува подобри резултати, да работи поефикасно, без разлика дали се работи за производствената или услужната дејност. Ентитетите на пазарот се појавуваат со јасно дефинирани цели, тие точно знаат на кој пазар ќе делуваат и кои услуги ќе ги нудат, во спротивно нема да успеат на пазарот каде постои конкуренција меѓу ентитетите. Состојбата во системот на давање здравствена грижа не се разликува од онаа во производствената или услужната дејност. Давателите на здравствените услуги во давањето на здравствена грижа не се поштедени од ова задолжение, и тие, за да опстанат на пазарот треба да имаат дефинирано јасна стратегија т.е. јасна цел, кои здравствени услуги ќе ги понудат на пациентите и како услугите кои ги нудат

постојано ќе ги подобруваат и унапредуваат, ако се земе предвид дека главната цел е да се задоволат потребите на пациентот. Јасно дефинираната стратегија ќе ги определи организациската структура, системот на мерење и искористувањето на капацитетите.

Многу од давателите на здравствените услуги не се во можност самостојно да ја креираат својата стратегија и настапат на пазарот бидејќи нивните цели и стратегии во овој случај се поврзани со финансиската состојба, т.е. буџетите со кои располагаат, а не со потребите на пациентот. Актуелната здравствена организација е водена и управувана од воведените практики и традицијата. Ваквата организациска поставеност во здравството датира од 19 век кога и потребата и обезбедувањето на здравствената заштита ги задоволувале потребите на болните, но оттогаш па сè до денес не е направена промена во организациската структура во давањето на здравствена заштита.

Недостатокот на јасно дефинирана стратегија во здравството е сосема разбирлив бидејќи давањето здравствени услуги е под влијание на лекарите кои сакаат да работат од сè по нешто. Но оваа наследена заложба на лекарите е контрапродуктивна во модерниот здравствен систем, бидејќи драматично се зголемува бројот и комплексноста на здравствените услуги. Давателите на здравствените услуги се соочуваат со три стратегиски проблеми и тоа:²²

- Услугите кои се нудат се во голем број
- Услугите кои се нудат од сервисните линии се многу мали, а и услугите кои се нудат се не интегрирани
- Фокусот на давателите на здравствени услуги е локален

Во продолжение накратко ќе ги објасниме проблемите со кои најчесто се сретнуваат давателите на здравствени услуги.

²²PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p 147-156

1.2.1 Услугите кои се нудат се во голем број

Давателите на здравствени услуги немаат јасно дефинирана стратегија за услугите кои ги даваат. Нивната стратегија не е во корелација со потребата на пациентите. Целта на давателите на здравствени услуги е да ги нудат сите услуги за кои некој пациент некогаш во животот би имал потреба притоа не водејќи сметка колкава е потребата од таа услуга и дали истата може да се даде од страна на друг или да се создадат услови за соработка со другите даватели на здравствени услуги. Ваквата состојба во здравството не ја зголемува вредноста за пациентите туку истата ја намалува од причина што пациентот има корист само ако ја добие точната дијагноза и соодветната терапија.

Ваквиот пристап на давателите на здравствени услуги при кој нудат широк опсег на услуги ги упатува на давање на здравствени услуги за кои тие се стручни, но не и најдобри. Широката палета на услуги понудени на пазарот треба да има и своја економска оправданост. Се смета дека давателите на здравствени услуги нудат широка палета на услуги за да ја подобрат финансиската состојба на здравствената установа, но наместо да се подобри, финансиската состојба се влошува. Честопати ваквиот начин на размислување ги доведува менаџерите на здравствените установи да даваат непрофитабилни услуги што пак води до генерирање на долгови.

Како во индустријата, така и во давањето здравствени услуги, економски неоправданите услуги кои се нудат треба да се елиминираат. Но во здравството, за разлика од индустријата, непродуктивните гранки не се напуштаат туку се прават обиди истите да се покријат со донации.

Покрај големината и бројот на услугите кои се нудат во однос на јасна дефинирана стратегија проблем претставуваат самостојните агенти - специјалисти кои се многу доминантни во системот на давање на здравствена грижа. Многу од специјалистите работат за себе дури и ако тие работат во некоја болница. Оваа појава ја усложнува постапката за донесување на јасна стратегија, а со тоа и усогласување, координација и интеграција на услугите меѓу лекарите. Лекарите тежнеат услугите да бидат неинтегрирани за да можат да дејствуваат на досегашниот вообичаен начин.

Многу лекари даваат отпор на идејата дека треба да се намалат услугите кои тие ги даваат, бидејќи сметаат дека истите се ефикасни. Но ваквата состојба во здравството е поради тоа што не постои конкуренција, т.е. постои нулта конкуренција која не ја зголемува вредноста. Во здравството наместо конкуренцијата која треба да го има централното место за да ги води давателите на здравствени услуги напред, централното место го зазема моќта на преговарање која пак допринесува болниците да ги добијат услугите па дури и по цена истите да се удвојат. Ваквиот начин на делување во процесот на давање здравствена грижа ги прави давателите на здравствени услуги нефункционални и непродуктивни.

1.2.2 Услугите кои се нудат од сервисните линии се многу мали, а и услугите кои се нудат се неинтегрирани

Како што неколкупати досега објаснивме, услугите од опсег кои ги нудат давателите на здравствени услуги се мали. Болните, на пример, се организирани од традиционалните специјализации како што се интерна медицина, хирургија, радиологија итн., но не и околу потребите на пациентите. Давателите на здравствени услуги се обидуваат да ги дефинираат нивните услуги во однос на интервенциите кои ги прават, а не во однос на целиот круг на лекување на болниот. Секој специјалистички оддел скоро и да не посветува внимание што се случувало претходно со пациентот и што ќе се случува потоа.

Зголемување на вредноста за пациентот значи и грижа пред и по излегувањето од одделот на еден специјалист. Но ова не се случува во сегашниот здравствен систем, каде наместо корелација, интегрирана и добра комуникациска врска меѓу специјалистичките оддели, т.е. во целиот циклус на лекување на болниот, постои појава на изолација и желба да се делува самостојно. Ваквата појава значително ја намалува вредноста за пациентите. Оваа фрагментација на актуелниот здравствен систем влече корени од медицинската традиција. Оваа појава е од времето кога медицинската практика не била толку комплексна, како и кога не била потребна соработка меѓу давателите на здравствени услуги. т.е. била помалку комплексна и повеќе индивидуална. Но

денес ваквата индивидуалност ја намалува вредноста за пациентот. На пример: кардиологот, кардио-хирургот и радиолошката интервенција често се независни актери во третманот што се дава на срцево болните и тоа не само како специјалност, туку и со различни седишта, па дури и во различни објекти.

Неинтегрираноста и некоординираноста на давателите на здравствени услуги ги прават услугите многу скромни при што истите не одат во правец на подобрување на вредноста за пациентот, туку ја намалуваат.

1.2.3 Фокусот на давателите на здравствени услуги се локални

Многу од активностите кои се извршуваат во процесот на здравствена грижа се локални, т.е. се одвиваат во границата на една држава или еден регион. Специјалистите обично делуваат и ги планираат своите услуги во рамките на една заедница или регион. Речиси и да нема иницијатива за конкуренција надвор од границата на државата во која делуваат па дури и ако се најдобри во рамките на заедницата во која делуваат. Гледајќи го пазарот само локално се обидуваат да ги дадат сите услуги што ѝ се потребни на заедницата во која живеат, наместо да ги гледаат можностите пошироко и да остават некои од услугите на други даватели на здравствени услуги.

Обидот да се дадат сите услуги кои ѝ се потребни на заедницата ги прави давателите на здравствени услуги помалку ефикасни, давајќи услуги каде не се најдобри што само ги поттикнува да ги зголемат трошоците и да работат нерентабилно.

Клиниките и градските болници често во своите услуги ја вклучуваат и примарната пракса и ги прошируваат болничките услуги на локално ниво правејќи ги услугите многу скапи и неприфатливи за пациентите. Наведените проблеми кои се појавуваат при давањето на здравствени услуги оневозможуваат дефинирање на јасна стратегија, создаваат неможност да се исползуваат позитивните страни на конкуренцијата и пазарот, што пак придонесува да се намалува вредноста за пациентите.

За да се надмине овој вакуум простор кој што се појавува во системот на здравствена заштита треба јасно да се дефинираат целите, т.е. да се обезбеди

јасна стратегија која во фокусот на вниманието ќе го има ќе го има пациентот, а сè останато од аспект на големина на објект, технологија, опфат на услуги кои се нудат и сл. ќе биде во втор план.

Секој давател на здравствени услуги кој е во состојба да постигне подобри резултати за пациентите ќе биде во позиција да просперира на пазарот и да оди понатаму.

Еден од важните чекори кои треба да се преземат за да се надмине оваа негативност е мерењето на исходот од лекувањето. Мерењето треба да се прави за целиот циклус на лекување на пациентот и истите податоци треба да се споредуваат со давателите на здравствени услуги кои работат слична патологија како нив, т.е. обезбедуваат слични услуги.²³

Јасно дефинираната цел за секој давател е да обезбеди поголема вредност за пациентот, но како тоа да се оствари, т.е. начинот на кој давателите на здравствени услуги треба да обезбедат поголема вредност за пациентите ќе се образложи проучувајќи ги стратегиите кои ќе ги придвижат давателите на здравствени услуги кон конкурентност која ќе биде заснована на вредности.

1.3 Стратешки импликации за давателите на здравствени услуги

Денес, стратегијата и организациската структура на давателите на здравствени услуги не се во координација со вредноста. Погрешно се верува дека проблемот е во недостатокот на технологија наместо вниманието да се сврти кон организација и менаџирање на давањето на здравствени услуги. За да се воспостави конкуренција базирана на вредности потребно е да се трансформира процесот на давање здравствени услуги. Досегашниот модел на давање здравствени услуги значително би се разликувал од системот кој ќе се темели на вредности. Во продолжение ќе биде разгледано како давателите на здравствени услуги ќе си конкурираат и ќе ја зголемуваат вредноста за пациентите. За таа цел треба да се направи промена во стратегијата и организацијата на давателите на

²³ Пример за споредување на цената на услугата за операција на колена која во Германија кошта 8.500 УСА а во Америка иста чини 35-40.000 УСА

здравствени услуги. Имено, детално ќе ги разгледаме осумте нужни промени кои треба да се стремат давателите на здравствени услуги за да се придвижат кон здравствен систем кој ќе се базира на вредности, а тоа се²⁴:

- Редифинирање на пазарот поврзан со медицинските состојби;
- Избор на опсег и видови на услуги кои се нудат;
- Организирање околу медицинска интегрирана единица која дава услуги;
- Создавање на единствена стратегија за секоја единица која дава услуги;
- Мерење на резултати, искуства, методи и карактеристики на пациентите за секоја единица која дава услуги;
- Премин на единствена сметка (цена/фактура) и нов пристап во одредување на цените;
- Пазарни услуги засновани на квалитет, ексклузивност и резултати;
- Развивајте се на локално и на национално ниво во областите кои се ваша силна страна;

1.3.1 Редифинирање на пазарот поврзан со медицинските состојби

Појдовна точка за да се развие една стратегија во која било област е да се определи и да се знае фокусот на делување, т.е. која е дејноста во која ќе се извршуваат активностите, а потоа да се развие релевантна стратегија. Здравството не е надвор од ова правило, иако голем број даватели на здравствени услуги мислат дека се надвор од сферата на дејноста и дека нивната работа нема никаква врска со тоа. Но од аспект на активностите кои ги извршуваат давателите на здравствени услугите не изгледа така. Тие се присутни на пазарот нудејќи ги своите услуги за пациентите. Осознавањето во која дејност се вклучени е многу важно, затоа што тоа дава одговор на прашањето, кои се

²⁴ PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p157-228

нивните клиенти, кои нивни барања треба да се задоволат и како ќе се организираат за да ги задоволат нивните потреби.

Во содржината на секоја дефиниција за поимот дејност е како се создава вредноста. Во некои области е многу лесно да се дефинира што претставува нивната дејност. Но тоа не е случај во здравството бидејќи структурата и организацијата во системот на здравствена заштита била традиционална и со векови не се променила. Многу болници се гледаат во дејноста како болници кои даваат здравствена грижа и се споредуваат со болниците кои ги нудат севкупните услуги. Дефинициите кои често се сретнуваат во здравството, кога се зборува за здравство од аспект на дејност, се поврзани со специјалностите кои ги нудат услугите, така што групата на анестезиолози се во анестезиолошката дејност, невролозите пак во невролошката итн. Вака дефинираниот поим „дејност во здравството“ претставува пречка за создавање на вредност. Исто така, често сретнуван постулат е поврзување на осигурителните компании и давањето здравствена грижа во вертикална интеграција. Во горенаведените постулати и дефиниции, докторите и институциите се во центарот на вниманието, а не пациентите.

Вака дефинираните активности кои денес се актуелни и врз основа на нив се даваат услугите на пациентите, не ја подобруваат вредноста, туку ја намалуваат или уништуваат. Вредноста за пациентите се создава и се зголемува само ако таа се гледа од аспект на медицинска состојба (болест). Вредноста се определува според тоа колку добро давателите на здравствени услуги ќе ја понудат услугата на пациентите и тоа за определена медицинска состојба (болест), а не за широката палета на здравствени услуги кои се нудат од страна на давателите на здравствени услуги.

Зголемувањето на вредноста за пациентите не зависи само од еден давател, туку тоа е збир од многу поврзани активности меѓу давателите на здравствени услуги. Добар пример за тоа е една извршена хируршка операција. Вредноста не зависи само од умешноста и вештината на хирургот, туку и од анестезиолозите, сестрите, радиолозите и други вешти стручњаци, односно умешноста на сите актери кои се вклучени во целиот циклус на лекување. Но ова се однесува само за еден сегмент од целокупниот циклус на лекување. Ако кон

ова се додадат и рехабилитацијата и точната дијагноза, тогаш вредноста за пациентот ќе биде целосна. Но вредноста за пациентот може да биде уште поголема ако превентивната здравствена заштита, па и советите за пациентите се обезбедат навреме, така што многу малку или воопшто нема да бидат потребни инвазивни третмани или какво било друго лекување.

Со оглед на горенаведеното, соодветна дејност во давањето на здравствена грижа е медицинската состојба (болест) со опфат на целиот циклус на здравствена грижа, така што опфат на дејноста нема да биде хируршка интервенција на срце, туку сите заболувања на срцето.

Традиционалните специјалности се прешироки. Дејноста не е неврологија, туку хронични бубрежно болни, крајна фаза дијализа, трансплантација на бубрег и хипертензија. Медицинска состојба-болест не е ортопедија туку заболувања на 'рбетот, заболувања на колкот и така натаму. Грижата за болни од канцер вклучува многу различни медицински состојби-болести.

Она што мора да се разбере е дека дефиницијата за поимот дејност вклучува во себе и географски карактеристики, па како што објаснивме погоре во текстот, иако некои од услугите се само локални, поголемиот пазар, за најголем дел од медицинските состојби-болести, би требало да бидат регионалните па дури и националните пазари. Давателите на здравствени услуги кои нема да успеат да делуваат и да се приспособат на ваквата средина ќе бидат потиснати од конкуренцијата.

Како и во секоја друга индустрија и во здравството треба да се определи полето каде ќе се делува. Така и во оваа услужна дејност денешните даватели на здравствени услуги треба точно да ги определат медицинските состојби-болести во кои ќе делуваат.

1.3.2 Избор на опсег и видови услуги кои се нудат

Најважната основна стратешка одлука за секој давател на здравствени услуги е збирот од услуги кои ќе се нуди, поточно кажано во која дејност се давателите на здравствени услуги и каде ќе се наоѓаат во иднина. Давателите на здравствени услуги мора да изберат медицински состојби-болести каде тие ќе ги

достигнат најдобрите резултати во однос на зголемување на вредноста за пациентите и каде се нивните најсилни страни во односот на расположливите човекови вештини и способности. За секоја медицинска состојба-болест давателите на здравствени услуги мора да одлучат каква улога ќе одиграат во однос на циклусот на здравствена грижа и какви услуги ќе понудат за да ги обезбедат најдобрите резултати во однос на пациентите.

Изборот ќе биде различен за секој давател на здравствени услуги. Не постои една унифицирана формула во однос на обезбедувањето на здравствени услуги, формулата за успешност ја гради секој давател на здравствени услуги индивидуално врз основа на своите квалитети при давањето услуга на пациентите. Академските центри ќе имаат различен избор од општинските или руралните болници. Дел од стратегијата на секој давател на здравствени услуги треба да биде насочена во однос на конкуренцијата која се наоѓа на пазарот, а и во однос на техниката и технологијата како и квалификувана работна сила со која располага. Рутински или едноставни дијагностички процедури не може да прави секој давател на здравствени услуги ако на пазарот има конкуренција која тоа го прави и побрзо и со пониски трошоци.

Во однос на конкуренцијата заснована на вредност голем број даватели на здравствени услуги ќе останат да даваат голем дел од услугите кои и досега ги давале, но ќе престанат да се обидуваат да ги даваат сите услуги. Многу од институциите ќе го стеснат опсегот во кои делувале досега, некои од нив и комплетно ќе ги исфрлат услугите кои ги давале досега, а други можат да направат комплетна реорганизација на своето работење.

Во сферата на секоја дејност најчесто се употребува елиминирањето на услугите кои креираат загуба. Во здравството треба да се направат значителни промени и тоа од аспект на промена на свеста, дека треба да го опслужат секој пациент кој ќе им дојде на врата. Една голема стратешка одлука е и што да не се работи т.е. која услуга да не се дава. Досега во здравството потребата од избор на стратегија за давање на услуги била избегнувана поради недостаток на информации и недостаток на одговорност за резултатите. Денес во здравството дури и не се знае која услуга креира загуба, а која носи профит.

Стратешкиот фокус не треба да биде насочен кон тесна специјализација туку кон барање на најдоброто и соодветен пристап во избраната сфера на делување. Дobar пример за тоа е Центарот за цистична фиброза во Минесота САД (Cistic Fibrosis Center in Minessota - USA), каде долгогодишната заложба за успешно лекување на цистичната фиброза резултираше со една од најуспешните клиники за лекување на оваа болест во земјата.

Резултатите најдобро се отсликуваат во продолжување на просечниот животен век на овие пациенти. Просекот се зголемува од 32 години на 46 години. Успешноста се состои во тоа што е направена програма за давање на услуга на пациентите по старосна возраст и тоа: деца до 12 годишна возраст, адолесценти од 13 до 22 години и возрасни над 22 години. Овој центар исто така има оддели за лекување на дијабетес и за заболување на цревата, кои се најчести придружни болести на цистичната фиброза, како и програма за трансплантација на белите дробови.

Стратешкиот избор на медицинската состојба-болест и услуга не бара намалување на севкупната организација, но бара пораст или зголемување на делувањето во некоја област и лимитирање или напуштање на друга област. Решението можеби ќе биде помала институција во поглед на големината, но далеку поефикасна од првобитната. Импликацијата врз целокупниот здравствен систем ќе биде огромен ако давателите на здравствени услуги ги нудат оние услуги каде имаат најдобри резултати.

Потребата од стратегиски пристап за избор на здравствени услуги кои ќе ги нудат давателите на здравствените услуги не значи елиминирање на големите групи на даватели на здравствени услуги, туку бара големи промени во сегментот каде тие делуваат. Најголем дел од овие групи на даватели на здравствени услуги делуваат на база на холдинг компании, нивната избрана клиника, болница, делуваат главно како самостојни ентитети. Во услови на конкуренција заснована на вредности групите на даватели на здравствени услуги можат да ја задржат позицијата која ја имале и досега само ако даваат одлични резултати во секоја од здравствените услуги кои ги нудат. Ваквиот модел ја отфрла можноста да доаѓа до израз преговарачката моќ на давателите на здравствени услуги, а со тоа и удвојувањето на здравствените услуги и плаќањето за услуги кои ниту ја

зголемуваат вредноста за пациентите ниту пак допринесува давателите на здравствени услуги да работат економично. Но сега се поставува прашањето зошто во здравствената заштита давателите на здравствени услуги одбиваат да ги избираат услугите кои ги даваат најдобро и да ги напуштат оние каде покажуваат полоши резултати од конкуренцијата. Наједноставниот одговор на ова прашање е во размислувањата на давателите на здравствени услуги, при што квантитетот значи и подобра здравствена грижа, така што давателите на здравствени услуги сакаат да ја преувеличуваат важноста од опсежноста на услугите која треба да ја нудат, па и по цена тоа да не биде економски оправдано.

Сè поголеми се размислувањата дека воведувањето на новите сервисни линии во болниците или клиниките ќе придонесе да се намалат режиските трошоци, а со тоа да се зголеми профитабилноста. Но размислувањата не одат во правец да се подобрат услугите кои даваат најдобри резултати и преку давањето на тие услуги да се зголеми вредноста за пациентите и профитабилноста. Во денешно време намалувањето на услугите или нивно целосно отстранување се појавува само во случај на големи финансиски проблеми кај давателите на здравствени услуги.

Услугите кои се нудат од страна на давателите на здравствени услуги мора да се разликуваат бидејќи и нивните јаки страни се разликуваат. Така што клиниките и болниците во урбаните и руралните средини не можат да нудат исти услуги.

Студиите покажуваат дека болниците во урбаните средини нудат еднаков или подобар квалитет и тоа со пониски трошоци за здравствени услуги за кои тие имаат најмногу пациенти и за услуги кои се повеќе рутински. Исто така, се покажало дека болниците во урбаните средини имаат поголем напредок при употребата на новите техники кои рутински и секојдневно ги извршуваат додека болниците на терцијарно ниво имаат поголем успех во учењето на новите техники за комплицирани случаи. Од ова произлегува дека доколку болниците кои се наоѓаат во урбаните средини или на секундарно ниво немаат доволно искуство со пациентите од соодветната медицинска состојба или пак ако здравствената состојба на пациентот е покомплицирана, подобро е да го упатат пациентот на лекување во болница која има искуство со лекување на такви

пациенти. Но за ова да може вака да функционира болницата би требало да има соработка или некаква форма на интегрирано поврзување или партнерство со болницата во која треба да го упати пациентот. Ваквиот начин на соработка би значел придобивка за сите, и за пациентот кој ќе ја добие соодветната здравствена грижа и за болницата на секундарно ниво која нема да прави непотребни трошоци обидувајќи се да лечи пациенти за кои нема најдобро искуство и за болницата на терцијарно ниво бидејќи пациентот ќе биде упатен кај нив во моментот кога влошувањето на неговата здравствена состојба е на самиот почеток, така што ќе може да се постави точна дијагноза и да се следи неговата здравствена состојба до целосно закрепнување. Но овде не треба да се запостават и болниците кои даваат услуги во руралните предели бидејќи нивната улога во давањето на здравствена грижа е исто така важна. Тие даваат здравствени услуги на пациентите кои се многу важни од аспект на превентивна здравствена заштита. Во услугите кои тие ги даваат се вклучуваат итна здравствена грижа, дијагноза, третман на вообичаени медицински состојби, менаџирање на болеста на хронично болните. Но најголем дел од давателите на здравствени услуги во руралните области имаат недостаток од кадар и објекти каде тие би можеле да ги дават потребните здравствени услуги, а и да постигнат и остваруваат добри резултати. Со низок обем на здравствени услуги и неможност да се понуди ништо друго, а со цел да се згрижат пациентите на најдобар можен начин и овие болници треба да имаат тесна соработка со центрите кои се наоѓаат на секундарно или на терцијарно ниво.

Постојат многу примери во индустријата на напуштање или селење на услугите од еден давател на здравствени услуги на друг, сè со цел за да се ослободат од производите кои ги произведуваат или услугите кои ги даваат, а конкуренцијата ги произведува истите производи по пониски цени и со подобар квалитет. Но ова не е случај со давателите на здравствени услуги бидејќи тие не можат да ги согледаат последиците од зголемувањето на трошоците и неефикасното давање на здравствена услуга, поради големите трошоци кои ги предизвикува таа услуга како и неможноста да се разбере дека зголемувањето на опсегот на здравствените услуги има ефект само ако истите тие услуги се обезбедуваат со пониски трошоци од конкуренцијата која постои на пазарот.

Ваквата состојба во здравството е поради стравот дека пациентите ќе се упатуваат во друга болница, а потоа тие и самите ќе сакаат да одат да се лекуваат во болниците каде што биле упатени, верувајќи дека таму има најдобри лекари.

Пример 6. Соработка меѓу болница на секундарно ниво и болница на терцијарно ниво кои лекувале срцеви заболувања во Бостон

Добар пример за соработка е оној меѓу болниците за срцеви заболувања во Бостон и тоа меѓу болница на терцијарно ниво и болница на секундарно ниво во поглед на видот на услугите и опсегот кој се нуди. Болницата на терцијарно ниво го имала целиот опсег на здравствени услуги кои можеле да се понудат во набљудуваниот период. Но со тек на време увидела дека просечниот индекс на рутинските услуги кои ги давале е сличен со индексот на услугите кои ги дава болница од секундарно ниво. Ваквите резултати биле фрапантни за академската болница која располагала со високо образован кадар и најсовремена технологија. Поради лошите резултати кои ги постигнувале, давателите на здравствени услуги на терцијарно ниво одлучиле да ги префрлат рутинските здравствените услуги на секундарно ниво, а да ги прифаќаат само случаите кои биле комплицирани и кои барале повеќе искуство и посовремена технологија за работа. Ваквата нивна одлука носела со себе многу предизвици, но и можности. Префрлањето на рутинските здравствени услуги на секундарно ниво значело дека од секундарно ниво треба да се упатуваат пациенти на терцијарно ниво, и обратно. Оваа одлука предизвикала сомнеж и негодување кај лекарите од болниците на секундарно ниво. Лекарите од болницата на секундарно ниво се плашеле дека ова е еден обид на болницата на терцијарно ниво да придобие повеќе пациенти и дека во најкратко време тие ќе останат без пациенти т.е. без работа. На почетокот, болниците од секундарно ниво не можеле да се приспособат на новонастанатата ситуација, да упатуваат пациенти од нивната болница во друга и дека контролата над пациентот кој тропнал на нивната врата ќе биде во рацете на друга болница. Но со тек на време сфатиле дека тие ги даваат само услугите за кои имаат најдобри резултати. Ваквиот модел на интеграција одиграл голема улога, така што тие воспоставиле добра врска и направиле заеднички протокол кои пациенти каде треба да се упатуваат за да ја добијат потребната здравствена грижа. На тој

начин болницата на секундарно ниво ја правела прелиминарната дијагноза, а пациентите со тешки заболувања и компликации се упатувале во болницата на терцијарно ниво. Двете болници ги давале услугите каде постигнувале најдобри резултати и со тоа ја подобриле и финансиската состојба на болниците. Ваквиот начин на работа направил одличен здравствен маркетинг и за двете болници, така што се охрабрувале пациентите од целата област, каде да се упатат доколку имаат некакви проблеми со срцето.

Ваквиот начин на соработка како што е прикажан во примерот покажува дека добрата координација е придобивка и за пациентите кои го добиваат најдобриот третман кој им е потребен и за болниците кои ќе ги лекуваат пациентите најрентабилно.

1.3.3 Организирање на медицински интегрирани единици кои даваат услуги

Интегрирани медицински единици претставуваат процес на внатрешно спојување на заедничките функции, но и спојување меѓу различните одделенија од здравствените служби за решавање на заеднички проблеми, развивање на стратегија за постигнување на заедничка визија и цели и за користење на заедничка технологија и ресурси за постигнување на целите. Овој процес се применува кога треба да се одговори на сеопфатните проблеми во еден систем како што се здравствените проблеми.

Организациската структура на системот на здравствена заштита е организирана од аспект на функционалност, што е прикажано на слика бр. 3. Персоналот е организиран во сектори во кои се отсликуваат традиционалните медицински специјалности како радиологија, хирургија, интерна медицина, кардиологија, анестезиологија и истите тие сектори, имаат на пример, заеднички делови како што се операциона сала, лабораториски услуги, интензивна нега, итн.

Структурата на функционалност е организациона структура која се води од страната на понудата, всушност организацијата се врши врз база на работната сила и расположливите капацитети.

Слика бр. 3 - Органограм на функционалност



Надвор од системот на здравствена грижа оваа организациска структура одамна била заменета со така наречената бизнис структура. Бизнис организациската структура централното место го дава на потрошувачот т.е. страната на побарувачката. Под раководство на генералниот менаџер целокупната работна сила и расположливите капацитети се ставаат во функција на задоволување на барањата на потрошувачите.

Во здравството традиционалната функционална организациска структура мора да се реорганизира во правец на медицинско интегрирање на грижата за пациентите за одредената медицинска состојба. Ваквиот начин на поврзување се дефинира како структура на интегрирана единица. Овие интегрирани единици во својата структура треба да ја опфатат целата медицинска состојба, а не само поодделни интервенции, третман или само еден тест. За да постојат интегрираните единици неопходно е да се вклучи целата расположлива медицинска експертиза, техничките вештини, потребните специјалистички ординации или простории, а со единствена цел да се опслужи една медицинска или пак повеќе медицински состојби - болести. Основната организациска единица во давањето на здравствена грижа треба да ја има интегрираната единица, а тоа претставува севкупната грижа за една медицинска состојба која креира вредност за пациентите, а не одделот за радиотерапија, анестезиологија или кардиологија. Многу медицински состојби ќе треба да вклучат повеќе

интегрирани единици, бидејќи една медицинска состојба - болест може да има придружни болести кои не се поврзани со основната.

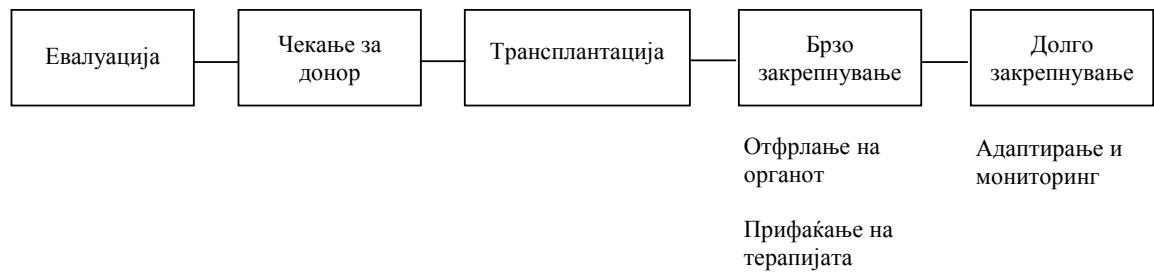
Некои од експертите го негираат постоењето на интегрирани единици бидејќи сметаат дека со нивно воспоставување ќе дојде до фрагментација на давањето здравствени услуги околу тесна специјализација. Но не е така. Денес давањето на здравствени услуги е фрагментарно, но не во правец на креирање на вредност за пациентите. Многу од давателите на здравствени услуги, специјалистите и лекарите од општа пракса се во форма на слободни агенти (независни), третирајќи од сè по малку од нивната област. Многу од здравствените услуги кои се даваат денес не се медицински интегрирани во поглед на групирање на нивните вештини и не се усогласени во правец на добивање на најдобрите резултати. Премногу даватели на здравствени услуги нудат здравствени услуги во кои имаат недостаток на обем и искуство за да добијат ефикасни и супериорни медицински резултати. Денес давањето на здравствена грижа е многу фрагментарно во поглед на циклусот на здравствено лекување. Индивидуите и ентитетите кои се вклучени во давање на различни здравствени услуги се организирани одделно и тие работат независно едни од други. Има многу малку континуитет и интеграција за време на давањето здравствена грижа, како за акутните така и за хроничните болни.

Денес т.н. интегриран систем не претставува интеграција во вистинска смисла на зборот. Не постои тим кој ќе се грижи да ја зголеми вредноста за пациентите туку тоа претставува збир од фрагментарни услуги.

Во центарот на вниманието на една интегрирана единица се наоѓа пациентот. Индивидуите во овие единици работат заедно како група за да ја постигнат ефикасноста во давањето на здравствената грижа за пациентите, во рамките на оваа интегрирана единица тие постојано го унапредуваат своето знаење преку континуирано учење и следење на пациентите како и примена на иновации. Специјалистите или групата на специјалисти иако се независни имаат голема свест во однос на нивната улога и се чувствуваат како дел од интегрираниот систем, а не како самостојни агенти кои работат самостојно и тоа само на еден дел од целиот бизнис.

Во праксата најчесто се случува еден пациент да нема само една медицинска состојба - болест туку повеќе поврзани или компликации кои настануваат од првата медицинска состојба - болест или од некоја друга болест. Во ваков случај интегрираните единици треба да соработуваат со други интегрирани единици. Интегрираните единици треба да го опфатат целиот круг на здравствена грижа за еден пациент, без разлика колку тој циклус на здравствена грижа е широк и обемен. На прикажаната слика бр. 4 можат да се видат неколку фази до конечно добивање на вредност за пациентите.

Слика бр.4 - Трансплантација на орган



Извор: PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, p 170

Особено е важно да се напомене дека во интегрираните единици работат тимови каде не е исклучена можноста пациентот да има лидер, но за неговата здравствена состојба се грижи целиот тим. Во сегашниот здравствен систем пациентот му припаѓа на еден лекар специјалист и за неговото здравје се грижи тој. Во интегрираните единици се менаџираат информациите за пациентот, одлуките се интегрирани, сите во тимот се запознаени со состојбата на пациентот и тоа за време на целото лекување. Дури кога навистина би имало потреба од тоа, се вклучуваат и други ентитети за лекување на состојбата на пациентот, но одговорноста е на целиот тим, па дури и за самостојниот ентитет кој е вклучен во лекувањето на пациентот.

Придвижување кон интегрирани единици, би значело интегрирање на даватели на здравствени услуги без разлика дали тие се самостојни агенти или пак даватели на здравствени услуги на некој клинички центар. Ваквото нивно поврзување и интегрирање се неминовни за да опстанат на пазарот. Првиот

чекор кој треба да се направи за ваквиот концепт е лекарите и другиот помошен персонал да почнат да работат заедно во медицински интегрирани тимови, а не одделно да ја извршуваат својата практика во давањето на здравствените услуги. Во продолжение ќе наведеме неколку примери кои ја потврдуваат тезата дека интегрираното давање здравствени услуги ја зголемува вредноста за пациентите.

Пример 7. Интегрирано давање на здравствени услуги

Како добар пример за ваквиот начин на функционирање на давателите на здравствени услуги е примерот со „Здравствената заштита Интермаунтн“ (Intermountain Health Care) (ИНС) кои започнаа ваков начин на организација на нивната установа уште во 1990 година.

Првиот чекор им бил идентификација на 10 болести на кои отпаѓаат 90% од нивните трошоци. Тие биле фокусирани на намалување на трошоците во секоја област. Кога се сретнале со ограничен успех, нивниот фокус од менаџирање на трошоци го свртеа кон менаџирање на давањето здравствени услуги. За да го направаат тоа го идентификувале и го зајакнале природното групирање на специјалистите, кои биле вклучени во третирање на секоја болест. Со овој мал чекор направиле огромно подобрување на квалитетот и трошоците кои дотогаш биле главен проблем во нивната институција. Резултатот бил очигледен, стапката на смртност била намалена за 19,5% во однос на предвидувањата на „case mix“.

Пример 8. Интегрирано давање на здравствени услуги

Во продолжение ќе дадеме пример на „Андерсон канцер центарот“ (MD Anderson Cancer center) кој претставува добар модел на интегрирана единица за различни видови канцер.

Табела 1 Организирање на интегрирани единици во MD Anderson Cancer center

ПЕРСОНАЛ	
<i>Центар за глава и врат</i>	<i>Заеднички дел</i>
<p><u>Лекари</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Онколог - Хирург - онколог - Радио-терапија - Стоматолог - Дијагностика за радиотерапија - Патолог - Офталмолог <p><u>Помошен персонал</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Сестри - Аудиолог - Правник за заштита на правата на пациентите 	<p><u>Заеднички персонал</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ендокринолог - Други потребни специјалисти (кардиолог, пластичен хирург...) <p><u>Заеднички помошен персонал</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Нутриционист - Социјален работник
ОБЈЕКТИ	
<i>Центар за глава и врат</i>	<i>Заеднички персонал</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Амбулантски дел 	<ul style="list-style-type: none"> - Радио-терапија - Патолошка лабораторија - Амбулантска хемо-терапија - Болнички крила (инвазивни и неинвазивни)

Извор: PORTER, Michael.E (2011): Value-Based Health Care Delivery, повеќе информации на www.mdanderson.org

Андерсон канцер центарот (M.D. Anderson Cancer Center) е исто така друг добар пример за модел на интегрирана единица. Во изминатите години M.D. Anderson воспоставил многу клиници кои третирале различни видови канцер. Секоја клиника ги собира заедно онколозите, хирурзите, радиолозите, патолозите, лекарите за радиотерапија и другите лекари и персонал на едно место во клиниката. Ова значи дека со едно доаѓање во клиниката, пациентот ќе може да ги направи сите испитувања кои му се потребни. Клиниката вклучува установа за снимање и хемотерапија. Сместувачкиот капацитет и персоналот се исто така специјализирани по типот на канцерот. Специјалистите се грижат за пациентите како тим, но еден од специјалистите е лидер. Лидерот и добро обучена сестра го следат пациентот од дијагностика, третман, до негово закрепнување како и следење и проверка на прогресот.

Секоја клиника се менаџира од страна на главен специјалист и административен директор (обично постара сестра). Работите во клиниката се надгледувани од страна на главниот специјалист кој е одговорен за напредокот на практичната работа на специјалистите, мерење на нивните резултати како и за подобрување на евентуалните недостатоци во процесот на работењето.

Во овие интегрирани одделенија целиот медицински персонал е посветен на проблематиката која се одвива во одделението. Едни од најважните придобивки се обемот и експертизата која се нуди во вакво организирано одделение, како и големата посветеност на тимот кој пак е потпомогнат од системот на ваквата организација.

Пример 9. Интегрирано давање на здравствени услуги

Друг добар пример за интегрирана единица е центарот за мигрена во Германија. Овој центар е отворен и постои за да ги згрижува пациентите кои имаат проблеми со мигрената. Фрагментацијата на здравствениот систем, неговата организираност од аспект на специјалност, укажува на фактот дека не постои место каде би можеле да се обратат пациентите со ваквите проблеми. Во сегашниот здравствен систем пациентите со ваквите проблеми се обраќале во

клиниките за неврологија и потоа биле испраќани до други даватели на здравствени услуги кои исто така биле организирани од аспект на специјалноста на лекарите. Ваквиот начин на шетањето пациенти од еден лекар на друг наликувало на натпревар за пинг-понг. Ваквиот систем на давање здравствена грижа само ја усложнувал и онака лошата состојба на пациентите. Примената на моделот на интегрирани единици ја подобрила општата состојба на пациентите, така што денес тие доаѓаат во центарот за мигрена каде на едно место се наоѓаат сите потребни лекари кои се грижат за нивната состојба. Ваквиот модел на интегрираност е корисен и за пациентите кои не лутаат од врата на врата барајќи помош за нивната лоша состојба и за болницата која истовремено ги намалила трошоците, а го подобрила квалитетот. Преминот од фрагментарен кон интегриран систем на здравствена заштита е прикажан во Слика бр. 5.

Слика бр.5 - Организирање во интегрирани единици

Модел кој моментално постои

Организиран од Специјалности и

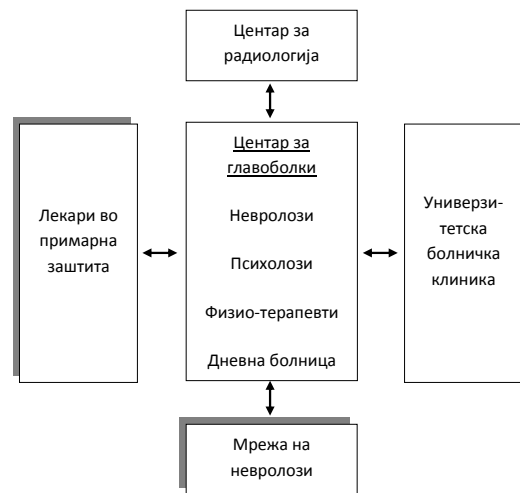
Посебни услуги



Нов модел:

Организирање

во интегрирани единици



Извор: PORTER, Michael.E (2011): Value-Based Health Care Delivery, повеќе информации на http://cb.hbsp.harvard.edu/cb/web/product_detail.seam?R=707559-PDF-ENG&conversationId=341869&E=46380

Прикажаната слика бр.5 го потенцира новиот начин на делување, т.е. интегрираниот систем кој значи дека клиниката фокусот на вниманието го свртела од специјалноста на лекарите кон потребите на пациентот.

Во светот денес расте бројот на даватели на здравствени услуги кои се придвижуваат кон моделот на интегрирани единици. Без разлика дали тие се нарекуваат клиника, болница, центар, институт или нешто слично, доколку истите ги запазуваат принципите потребни за формирање на интегрирани единици, нивното придвижување би било во вистински правец, а со тоа и вредноста за пациентите би се зголемила. Но доколку придвижувањето е кон некакви групи засновани на некаква медицинска специјалност тогаш таквиот модел останува да функционира по стариот систем на работа и нема да се постигне напредок.

1.3.4 Создавање на единствена стратегија за секоја единица која дава услуги

Организирањето на давање здравствени услуги околу медицински интегрирани единици значително ќе ја зголеми вредноста за пациентите. Вредноста за пациентите би се зголемувала уште повеќе ако секој од давателите на здравствени услуги успее во интегрираната единица да воведо област каде ќе постигнува најдобри резултати и ќе се разликува од другите. Во давањето на здравствени услуги постојат многу области каде давателите на здравствени услуги можат да се разликуваат еден од друг, а сето тоа да оди во прилог на зголемување на вредноста за пациентите. Такви специфични услуги можат да бидат: давање услуга на одделна група пациенти како што се жени или возрасни пациенти над 65 години со придружни дијагнози, нудење на навремени и точни дијагнози, гарантирано добро менаџирање на болните со хронични заболувања, немање на долги листи на чекање итн. Сето ова води кон подобрување на вредноста на пациентот како и кон подобар исход за еден потрошен долар.

Но во здравството сè уште се мисли дека постои златно правило или протокол за тоа како треба да се изведуваат активностите во секое поле. Тие тежнеат за создавање на протоколи или стандарди за работа. Но изработката на протоколи за работа или пак стандардизација не ја покрива целата област на медицината бидејќи секој пациент е приказна за себе. Она што единствено може да се направи во однос на протоколи и стандарди кои би требало да се применуваат насекаде во сите установи каде се дава здравствена заштита е

нивото на хигиена, стандарди за хируршки сали, за ординации итн. Наместо стандарди и протоколи кои можеби воопшто нема да послужат, потребно е да се одвива конкуренција заснована на резултати меѓу давателите на здравствени услуги, каде секој давател на здравствени услуги ќе тежнее да ја подобри вредноста за пациентот унапредувајќи ја својата работа, нудејќи повалитетна услуга која значително ќе се разликува од онаа на конкурентот, итн. Резултатите од конкуренцијата на пазарот значително ќе ги подобрат резултатите при давањето здравствени услуги

Како една од негативностите во однесувањето на давателите на здравствени услуги е да се опремаат институциите и да се оспособат за работа со целокупната опрема во обидот да се задоволат барањата на пациентите со сите медицински состојби кои би се појавиле во нивната институција. Ваквата појава во здравството произведува вишок капацитети, кои ниту можат да ја искористат опремата која ја имаат ниту пак истите тие кои ракуваат со неа можат да се стекнат со искуство и да го унапредат своето знаење. Ваквиот начин на размислување и на работа на институциите би го попречил развојот на институцијата во правец на стекнување на експерти и навлегување во областа на една медицинска состојба, како и приближување на расположливиот капацитет со барањата на пациентите.

Стратегијата за секоја интегрирана единица треба да го дефинира типот на услугата каде давателот на здравствени услуги може да изгради уникатна експертиза. Штом давателот на здравствени услуги се разликува од останатите даватели на здравствени услуги на пазарот, тогаш и вредноста на пациентите се зголемува.

Постојат многу можности за давателите на здравствени услуги да се разликуваат од другите во рамките на една медицинска состојба. Во продолжение е наведен список на избор кој не исцрпен.

Видови на услуги кои се дадени:

- Вкупната тежина или комплексност на случаите;
- Степенот на специјализација за одредени состојби (болести);
- Важноста на дијагнозата и второ мислење наспроти лекување;
- Опсегот на спроведени постапки или услуги;

- Сеопфатноста на услугите во една институција во целиот тек на лекувањето;
- Релативната важност на менаџментот на ризик, превенцијата, рехабилитацијата и менаџментот на болеста наспроти лекувањето на акутните состојби;
- Квалитетот и моќта на партнерствата или односите со водечки центри за таа состојба;
- Пристапноста на локацијата;
- Навременоста на услугите (на пр. време на чекање);

Видови пациенти на кои им се дадени услуги:

- Возраст, пол и етничка припадност на пациентите;
- Степенот на важност на грижа за пациенти со повеќе медицински состојби;
- Посебни видови/групи пациенти на кои им се дадени услуги во смисла на болест или генетски варијации (како на пр. рак)
- Бројот на странски или пациенти кои не зборуваат англиски јазик;

Давателите на здравствени услуги можат да изберат различни начини да се разликуваат од другите. Давателите на здравствени услуги во урбаните средини суштински ќе се разликуваат во својот избор од давателите на здравствени услуги во руралните средини. Давателите на здравствени услуги во урбаните средини ќе настојуваат да се разликуваат во однос на медицинска состојба, група на пациенти и типот на третманот за пациентите што го обезбедуваат. Додека пак давателите на здравствени услуги во руралните средини ќе настојуваат да се разликуваат повеќе во нивната улога во циклусот на давањето здравствена грижа. Што значи давателите на здравствени услуги во руралните средини ќе се разликуваат во селектирани медицински состојби, квалитетот од воспоставените контакти со другите болници за да можат да ги упатат пациентите во друга болница и нивната интеграција со центри специјализирани за комплексни медицински состојби - болести.

1.3.5 Мерење на резултати, искуства, методи и карактеристики на пациентите за секоја единица која дава услуги

Еден од најважните чекори во придвижување на давателите на здравствени услуги кон конкуренција заснована на вредности е мерење на резултатите и факторите кои влијаат на нив. Речиси е невозможно да се зборува за подобрување на вредноста ако резултатите не се мерат. Ниту еден доктор, организација или каква било институција не може да го подобрува својот квалитет ако не знае од каде почнал, каде е сега, каде треба да оди и ако не ги знае барањата на потрошувачите - пациентите.

Мерење на резултатите, нивно публикување, транспарентност и користење на резултатите како информација за подобрување на вредноста би бил првиот многу важен чекор за трансформација на здравствениот систем.

Давателите на здравствени услуги треба да ги собираат податоците од секоја медицинска состојба и тоа на секое ниво од хиерархијата на информации: резултати (исход, трошоци и цени), искуство (начин да се поврзат пациентите и давателите на здравствени услуги), методи (процесот користен при давањето здравствена грижа), карактеристики на пациентите (добра контрола на иницијалните фактори, идентификување на факторите кои предизвикуваат да се употреби некој од методите како и очекуваните резултати).

Секоја интегрирана единица мора да развие и воведи план низ кој ќе ги искажува своите постигнати резултати. Она што навистина треба да се напомене е дека не постои универзална формула за да се изразат резултатите од мерењето бидејќи секоја медицинска состојба е карактеристична и специфична самата за себе.

Накратко ќе ги објасниме четирите нивоа од хиерархијата на информации кои треба да бидат собрани со цел да се поддржи конкуренцијата заснована на вредност.

Исходот од лекување на пациентот е мултидимензионален и посебен за секоја медицинска состојба. При мерењето на исходот од лекување не треба да се зема предвид само лекувањето кое се одвива во болницата туку и времето потребно пациентот да се врати на работа, како и да продолжи со активностите

кои ги вршел пред да се појави болеста, т.е. да се опфати целиот циклус на лекување. При мерење на исходот на лекување на пациентот во предвид се земаат сите можни компликации, грешки и неуспешни третмани. Точната дијагноза е предуслов за намалување на непотребните трошоците, а за да можат да се следат и мерат резултатите треба да постојат регистри за пациентите каде сите податоци (лични и податоците за болеста) ќе бидат евидентирани.

Искуството е следното ниво од хиерархијата на информации. Давателите на здравствени услуги треба да го мерат нивниот годишен обем и искуство во однос на давање здравствени услуги на пациентот за секоја медицинска состојба одделно. Обемот и искуството треба да бидат во чекор со активностите кои се преземаат за пациентите (тест за секој тип, хируршки процедури, рехабилитационен циклус, дијагноза). Ваквите информации треба да бидат собрани и од страна на индивидуалните доктори, а не само од болниците или специјалистичките групи. Податоците за обемот и искуството треба да бидат надополнет со податоци за секој индивидуален пациент.

Методот е следното ниво од хиерархијата на информации каде треба да се развие мерна вредност (мерка/мерење) кое ќе даде податоци за релевантните аспекти на секоја активност во здравствената заштита, како и за квалитетот на координацијата меѓу различните активности (на пример: редослед на активности/постапки, времетраење на истите, профил на персонал кој ќе биде ангажиран и користење на ресурси, како на пример тестови, апаратура, потрошен материјал, споделување информации и консултација за сите постапки). Ова се однесува на индикатор/сет на индикатори, мерни вредности со кој/кои ќе се измери вредноста на некоја активност на пример, лекување на пациент за кој постоело сомнение дека боледувал од туберкулоза, а подоцна се утврдило дека се работи за карцином и тоа е проследено со коморбидитет (има некое кардиоваскуларно заболување). Во тој случај треба да се измери работата на сите специјалисти вклучени во поставувањето конечна дијагноза, времето за кое се чекало да се добие позитивен или негативен резултат за туберкулоза, биопсија и чекање на резултат за потврда на карцином, сè што се потрошило за поставување на дијагноза, изработка на конзилијарно мислење итн.

Карактеристиките на пациентите се многу важни за контролата на исходот и трошоците за почетната состојба - болест. Најважните карактеристики кои давателите на здравствени услуги треба да ги имаат се годините, полот, расата, тежината, како и присуството на придружни дијагнози. Овие карактеристики се појдовни и многу релевантни за многу медицински состојби. Со текот на времето како ќе се развиваат науката и техниката и како технологијата ќе оди напред, а трошоците за складирање на информациите ќе се намалуваат, други податоци за пациентите ќе бидат иницијални, како на пример: генетските информации, дијагнозите и дијагностичките процедури, резултатите од комплексните тестови. Но за сето ова потребна е дигитализација на информативниот систем за прибирање на податоци. Ретроактивното собирање податоци за пациентите е многу скапо, освен за непроменливите податоци како што се генетските.

Постојат многу показатели низ кои може да се мери една медицинска состојба. Како што е веќе објаснето, лекувањето треба да го опфаќа целиот циклус на лекување, па така и мерењето треба да го опфати целиот циклус на лекување. Бидејќи не постои една единствена формула за мерење на медицинската состојба, секоја интегрирана единица треба да развие сопствен критериум на мерење и искажување на резултатите од мерењето, но податоците треба да бидат споредливи и да се однесуваат на целиот циклус на лекување на еден пациент. Ако на пример ја набљудуваме медицинската состојба повреда на 'рбетот, тогаш мерни показатели - индикатори би биле намалување на болката на пациентот, подобрување на можноста за движење на пациентот, како и функционалната способност. Друг многу важен показател би било времето меѓу започнувањето на лекувањето и враќањето на работа или пак продолжувањето со секојдневните активности.

Мерењето на исходот треба да го покрива целиот циклус на лекување, а не само една одредена интервенција. Мерењето на само една интервенција може да ја искриви сликата за зголемување на вредноста за пациентот, бидејќи ако како индикатор се земе само постоперативното закрепнување тоа би значело дека овој индикатор ќе го искриви мерењето во друг правец.

Мерењето треба да се спроведува и за секоја компликација, па и грешка која ќе настане за време на целиот циклус на лекување, но и за последиците кои

можат да произлезат од грешната терапија или пак компликациите кои се појавиле за време на лекувањето на медицинската состојба. Но покрај грешките и компликациите давателите на здравствени услуги треба да ги мерат и резултатите кај оние пациенти кои не биле излечени, како и оние кај кои лекувањето треба да се повтори или пак оние кои имаат големи последици врз вредноста на пациентите.

Точната дијагноза е значаен показател кој е директно поврзан со трошоците и квалитетот на лекувањето. За да се подобрува вредноста за пациентите, но и за да се следи нивното движење неопходно е да се воспостави регистер кој ќе ги следи пациентите еден подолг временски период.

Трошоците направени за еден пациент треба да се искажуваат по активности за време на целиот циклус на лекување. Мерењето на трошоците е многу важно за да може правилно да се изрази вредноста на лекувањето на еден пациент. Денес трошоците се акумулираат, се наплаќаат посебно за секоја извршена активност, за секое одење на лекар, направен тест, болничка соба итн. Трошоците на специјалистите и болничките трошоци се посебни. Анализите за вкупните трошоци за пациентот направени за време на целиот циклус на лекување се многу ретки, речиси и да не постојат, а и да постојат многу ретко се прават. Трошоците на индивидуалните услуги тежнеат да бидат просечни и изведени произволно, обично во предвид се земаат трошоците кои произлегуваат од користењето на објектот, кој се користи за третман на пациентот, опрема, персонал, а не вистинските трошоци кои навистина се појавуваат кога се третира еден пациент за една медицинска состојба. Многу често се случува да не се земат предвид трошоците кои навистина настануваат, а нивната потрошувачка е секојдневна и тука најчесто се вбројуваат трошоците како лековите и другите медицински материјали кои навистина се трошат при третирање на пациентите во процесот на давањето здравствена грижа, а се заборава да се пресмета и амортизацијата која претставува реален трошок. Иако кај многу даватели на здравствени услуги може да се забележи мерење на трошоците сепак разбирањето за трошоците и нивната важност сè уште се наоѓа на примитивно ниво. Вниманието кога се зборува за трошоците најчесто е свртено кон капацитетот (болницата, амбулантата), продуктивноста на

специјалистот, на пример колку пациенти на ден поминуваат во ординација како и преговарачката моќ да се намалат цените на значајните инпути кои се потребни за третирање на еден пациент (импланти, лекови и други потребни материјали). Минимизирањето на овие трошоци не е добар показател за зголемување на вредноста за пациентите.

Со соодветни информации за трошоците давателите на здравствени услуги можат да напредуваат во анализата на трошоците за секоја одредена активност. Разбирањето за појавата на трошоците и нивна правилна алокација ќе придонесе да се разберат вистинските трошоци кои ги прави давателот за секој еден пациент но овде не треба да се заборава дека и компликациите и времето на закрепнување влијаат на трошоците.

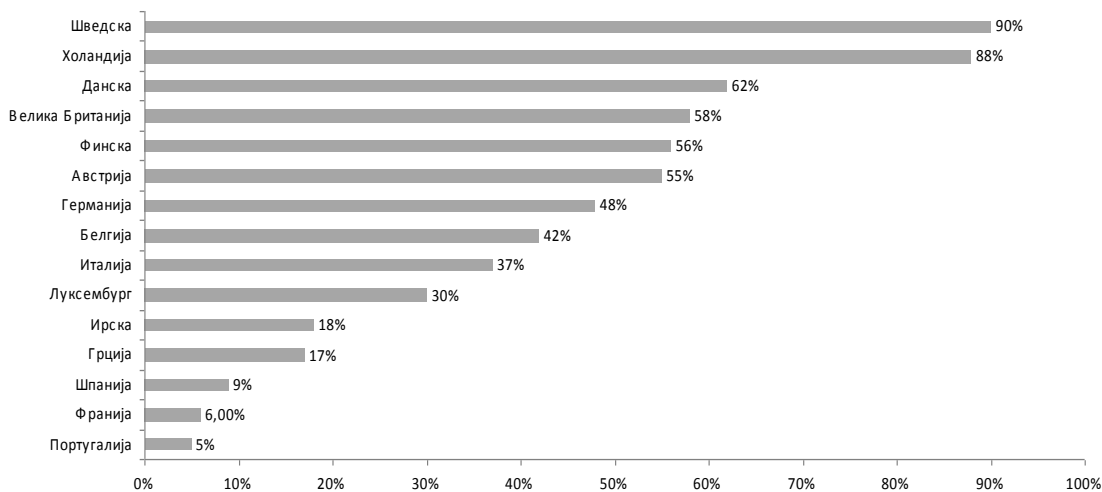
Вредноста и трошоците треба да бидат анализирани во однос на искуството, методот и карактеристиките на пациентите. Долгорочно ова ќе придонесе да се определи вистинска цена која ќе биде заснована на вредноста.

Денес многу даватели на здравствени услуги не ги собираат потребните податоци од проста причина што трошоците за складирање, следење и анализирање на пациентите се пресудни. Но и фрагментацијата на здравствениот систем не овозможува собирање и мерење на соодветни податоци. Злоупотребата на незаштитените податоци е еден од потенцијалните ризици за давателите на здравствени услуги. Неможноста да се собираат и анализираат податоците е поткрепена и со фактот дека истите не можат да се кодираат, така што собирањето на конзистентни податоци е речиси невозможно.

Различни даватели на здравствени услуги најчесто собираат различни податоци кои воопшто не се интегрирани. Така што во една болница, одделна група собира податоци информации за пред и постоперативниот третман како што е должината на болката, а болницата собира податоци за времето на операцијата, губењето крв, инфекциите, деновите поминати во болница итн. Најдобро би било кога собирањето податоци би се придвижило кон електронски начин на собирање на податоците и креирање на информативен систем кој би овозможил брз пристап и анализа на медицинските податоци, како и мали трошоци за складирање на медицинските податоци на долгорочен план.

На дијаграмот бр.3 е прикажано користењето на електронски записи во давањето здравствена грижа.

Дијаграм бр.3 - Користење на електронски здравствени записи по земји



Извор: Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health care, p 56

Од прикажаниот дијаграм бр.3 се гледа дека Шведска е земја која најмногу ги користи електронските записи на своите податоци во давањето здравствена грижа, а Португалија е земја која многу малку или воопшто не ги користи електронските записи при давањето здравствена грижа.

1.3.6 Премин кон единствена сметка (цена/фактура) и нов пристап во одредување на цените

Придвижувањето на здравствениот систем кон систем базиран на вредности бара и трансформација на акумулираните трошоци, наплаќање на услугата и цените на услугите. Денес давателите на здравствени услуги издаваат многу сметки за секоја посета, па дури и за поодделен третман. Секој доктор посебно ја наплаќа услугата која ја дава на пациентот. Ваквиот метод е прескап за секого во системот и не оди во прилог на зголемување на вредноста за пациентите. Ваквиот начин само ја намалува вредноста за пациентите, правејќи ги услугите многу скапи и неефикасни. Но и цената на услугите е многу различна за пациентите, а зависи од тоа кој го покрива нивното здравствено осигурување.

Ова ја оптоварува услугата со многу административни трошоци, цените не се транспарентни ниту за лекарите, ниту за пациентите, а во одделението каде се пресметуваат цените не го знаат вистинскиот износ на фактурата однапред. Ова бара итно трансформирање на системот на наплата на здравствените услуги бидејќи не е во корелација со зголемување на вредноста за пациентите. Со тек на време треба да се промени целиот пристап кон трошоците, начинот на наплата и цените. Давателите на здравствени услуги треба да издаваат единствена сметка за секоја епизода на завршено лекување кое треба да резултира со единствена сметка за целиот циклус на здравствено лекување. Завршената епизода на лекување значи еден циклус на лекување за една медицинска состојба, а не за една интервенција или еден третман.

Давателите на здравствени услуги мора да ги земаат превид вкупните трошоци и да ја преземаат одговорноста за нивно менаџирање. Но ова не значи дека ако се направи групирање на трошоците за една медицинска состојба дека улогата на давателот на здравствени услуги е завршена. Ова исто така бара следење и анализирање на трошоците од страна на давателите на здравствени услуги во правец на подобрување на вредноста за пациентите.

Иако сите се свесни дека постојат многу пречки за да се постигне посакуваната цел сепак треба да се има на ум дека како и во секој бизнис и овде треба да постои една цена за еден финален производ, а не делови од цени за секој дел од производот посебно. Најголемите проблеми во постигнувањето на целта се инертноста, фрагментарноста и застарената сметководствена евиденција која се применува од страна на давателите на здравствени услуги. Но ниту една од овие пречки не е ненадминлива во денешно време. Пречките кои денес се присутни во здравствениот систем треба да бидат оставени и заборавени во минатото.

Градењето на капацитет за премин кон единствена цена на услугата за целиот циклус на здравствени услуги може да започне со посебни епизоди за завршено лекување кои во себе би ја содржеле дијагностичката процедура која ќе ја има пациентот при посетата на една болница (трошокот за лекарот, сите тестови кои се потребни во процесот на дијагностицирањето на болеста, како и други придружни трошоци кои се наплаќаат) и хоспитализацијата на пациентот.

Со тек на време ова треба да прерасне во наплата на услугата за целиот циклус на лекување. Но ова значи дека давателите на здравствени услуги треба да научат да ги калкулираат и наплатуваат вкупните трошоци кои се прават за време на целиот циклус на лекување. Единствената сметка бара независните учесници во процесот на давање на здравствена заштита да настапуваат како тим.

Но ако се знаело дека еден од предусловите за зголемување на вредноста на пациентите е само една цена за целиот циклус на лекување, тогаш зошто ова досега не е направено. Обидите да се направи една цена за здравствена услуга датираат многу одамна. Крајниот обид бил некаде во 80-те години во форма на капитација или фиксна исплата по пациент за една година за сите услуги кои се обезбедени од страна на болницата. Капитацијата која го покрива целокупното лекување за која било состојба ги доведува во ризик давателите на услуги во бизнисот со менаџмент и неодоливо ги стимулира да ги намалуваат услугите.

1.3.7 Пазарни услуги засновани на квалитет, ексклузивност и резултати

Сегашното промовирање на давателите на здравствени услуги се базира главно на репутацијата, ширината на услугите, удобноста, комодитетот, градењето добри врски со другите даватели на здравствени услуги за упатување на пациенти, како и препорака од пациентот. Најчесто давателите на здравствени услуги ја користа љубезноста, начинот на однесување на персоналот, комфорот и услугите како алатка за промоција на болницата. Постојат разни примери како болници привлекуваат пациенти, но сето тоа се сведува на удобност и немедицински услуги како што се плазма ТВ во собата или чекалната, комфорни соби итн. Удобноста и немедицинските услуги ќе ги привлечат пациентите во овие болници доколку тие се во состојба да платат дополнително за услугата што ја дава болницата.

Но ваквиот начин на привлекување пациенти не ја подобрува вредноста за пациентот, па затоа промовирањето на давателите на здравствени услуги треба да се темели на подобрување на вредноста за пациентот. Вредноста за пациентот е определена на ниво на медицинска состојба, а не на ниво на болницата. Многу

даватели на здравствени услуги се јавно рангирани во светските извештаи и весници, но нивното рангирање почива на репутација. Вистинско промовирање на давателите на здравствени услуги треба да се направи со префрлање од широчината на услугите и репутацијата, кон совршени и искусни тимови, добро менаџирање на болеста, навремена и точна дијагноза итн. Ова значи дека давателите на здравствени услуги треба да започнат да комуницираат на ниво на интегрирани единици, така што тимовите, искуството во дијагностиката, искуството кое се однесува на специфичните случаи и способноста да се координира здравствената грижа за време на целиот циклус на лекување ќе бидат значајно обележје за успешна промоција на давателот. Наместо да се промовира една желба, давателите на здравствени услуги треба да започнат со распространување на информациите кои пациентите, вработените, работодавците, здравствените планери навистина ги сакаат, а тоа се искуството на тимот, експертизата, методите и резултатите.

Улогата на брендот (препознатливоста на давателот на здравствени услуги) исто така треба да се промени. Брендот треба да биде во корелација со работата на тимот, единицата, а не со големината на институцијата.

1.3.8 Нагласување на локалната и националната компонента во областите кои претставуваат „силна страна“

Многу даватели на здравствени услуги се развија нудејќи ги сите здравствени услуги и услужувајќи ги сите пациенти во областа во која се наоѓаат. Ваквата положба прави давателите на здравствени услуги да изгледаат многу важни и атрактивни за пациентите. Како што е веќе образложено, широчината и големината на услугите не придонесуваат за подобрување на вредноста за пациентите. Ваквиот модел на ширење и организирање на давателите на здравствени услуги ќе доведе до скроман успех бидејќи придобивката од овој модел е да се купи секоја понудена услуга која носи површна корист со многу мало влијание на вредноста за пациентите.

Како што неколку пати објаснивме, успешноста на давателите на здравствени услуги треба да се бара во тимовите (единиците) кои ја даваат

здравствената услуга и нивното темелно и совршено посветување во областа во која делуваат, а не во широчината на услугите кои ги нудат како институција.

Многу даватели на здравствени услуги ќе имаат можност да го зголемат пристапот за определена состојба, интегрираните единици во нивниот регион тоа го прават со реалокација на болничките кревети, просторот, ресурсите и менаџирање на активностите кои се најпродуктивни. Поголем пристап за определена медицинска состојба, може да бара нова локација и реструктурирање, како и медицинска интеграција со постојниот персонал и капацитети во интегрирани одделенија.

Здравствената грижа ќе биде координирана за време на целиот циклус на лекување со услуги кои се најрентабилни за пациентите. Големите институции кои нудат широка линија на услуги треба да се намалат што е можно побрзо.

Географската експанзија во соодветни медицински состојби нуди огромна неискористена можност за давателите на здравствените услуги. Одличните даватели на здравствени услуги во одделението ќе зајакнат регионално, национално, па дури и меѓународно. Во овој процес тие ќе ја зголемат експертизата, здравствените методи, едукацијата на персоналот, системот на мерење на вредностите и репутацијата да опслужат повеќе пациенти. Зголемениот број пациенти во одделението ќе поттикне економија од обем, супспецијализација на тимовите и поефикасна поделба на работната сила. Конечно најдобрите даватели на здравствени услуги во одделението можат да делуваат национално преку пространата (широка) мрежа на даватели на здравствени услуги. Иако оваа можност изгледа темелна (радикална), постојат многу бариери како што се барање на државна лиценца и застарена општа практика во законите кои се поврзани со медицината.

Иако многу здравствени услуги се обезбедуваат локално, услугите во секое одделение може да бидат менаџирани или поддржани од националната интегрирана организација. Дел од вредноста на пациентот во однос на географската конкуренција произлегува од неговото патување до локација која има најголема вредност, т.е. локација која ќе ја даде најдобрата услуга.

Географската експанзија има разни форми. За некои одделенија/услуги експанзијата/проширувањето може да вклучи оддалечени дијагностички услуги и

контрола нега/лекување, додека комплексните интервенции се изведуваат во централниот кампус (ова се мисли на главната зграда/одделение, каде што се наоѓаат сите други најважни апарати и персонал).

Во светот постојат многу географски интеграции кои стануваат познати и пошироко поради нивниот успех во работата. Еден таков пример е интегрирањето на болницата „Милтон“ (Milton Hospital) од Израел, центарот за итна медицинска помош и болницата за срцеви заболувања (The Beth Israel Deaconess Medical Center) од Израел, каде врз основа на формално партнерство болниците направиле одлична соработка и ја подобриле вредноста за пациентите, а притоа ниту еден давател не ја загубил својата автономија и двете институции останале независни во носењето на своите одлуки. Објектите исто така останале одвоени и услугите се ко-брендирани.

Проширувањето на интегрираните единици надвор од домашниот регион е многу ретка (исклучителна) појава, но би требало да расте во иднина. Неколку клиники како Мајо и Кливленд (Mayo Clinic and the Cleveland Clinic) имаат многу капацитети на различни локации. На пример Mayo Clinic има кампуси во Аризона, Флорида, Минесота, Рочестер итн. Mayo Clinic го користи моделот на широка линија на болници на повеќе пазари. Овој модел се карактеризира со скромно ниво на медицинска интеграција низ регионите. Ваквиот тип на ширење на капацитетите на повеќе пазари во границите на една држава не е во корелација со подобрување на вредноста за пациентот. Потенцијалната придобивка од ваквиот модел е трошокот на капиталот, пониска цена за поголема набавка, централизација на административните трошоци, итн.

Географската експанзија треба да се фокусира на медицинската состојба за која давателот на здравствени услуги ќе понуди навистина одлична здравствена нега во интегрирана структура.

Осумте стратегии кои ги обработивме и опишавме погоре се многу важни не само за здравствените организации, туку и за индивидуалните лекари.

ГЛАВА 2

ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ ЗАСНОВАН НА ВРЕДНОСТИ

Доброто здравје е еден од најважните елементи за среќен и продуктивен живот. А, многу луѓе сè уште немаат пристап до здравствената заштита и живеат во услови кои шират зараза

Роберт Ален

2.1 Вредност и мерење на вредност

2.1.1 Дефинирање на вредност

Без разлика за која индустрија станува збор, подобрувањето на перформансите значи и подобрување на вредноста. Концептот на вредноста е поврзан со исходот на лекување, кој пак се постигнува врз основа на трошоците кои се прават за да се постигне посакуваниот исход од лекување. Дефинирањето и мерењето на вредноста се основни предуслови за разбирање на основните карактеристики на една организација, но и за напредокот на истата, т.е. да се подобруваат и унапредуваат нејзините перформанси. На здравствениот сектор му е одземена оваа значајна алатка и затоа тој не може да напредува.

Во здравството вредноста се дефинира како исходот од лекувањето што го добиваат пациентите во однос на трошоците. И покрај тоа што има значајна улога во здравствениот систем, вредноста сè уште го нема најдено правото место и нејзиното значење сè уште е недоволно познато за творците на здравствените политики.

Креаторите на здравствена политика имаат голем број цели кои треба да ги реализираат, како на пример, пристап до здравствени услуги, профитабилност, подобар квалитет, одржување на трошоци, задоволни пациенти, но никаде не се споменува вредноста како дел од унапредувањето и од подобрувањето на здравствените услуги. Постигнувањето на квалитет како круцијален концепт за унапредување на здравствениот систем се користи на различни начини кои доведуваат до губење на значењето на квалитетот и до негова потполна неупотребливост. И покрај многубројните напори да се унапреди и подобри давањето на здравствена грижа сите обиди паѓаат во вода поради неуспехот да се одредат параметрите кои ќе можат да ја мерат вредноста. Ова е истовремено и единствената причина која ги прави реформите во здравствениот сектор неодржливи и неприменливи во однос на реформите во другите индустрии.

Вредноста не е апстрактен поим, ниту пак поим за намалување на трошоците, таа претставува рамка за подобрување на перформансите во

здравствениот сектор и основна алатка за постигнување прогрес на системот. Но дури и денес, не се применува вредноста во здравствениот систем.

Општоземено, без разлика за која дејност станува збор, вредноста, без исклучок, се дефинира за потрошувачот, а не за производителот или за снабдувачот. Значи таа целосно се дефинира за оној за кого е наменет крајниот производ. Бидејќи во здравството вредноста се дефинира како исход од лекувањето кое го добиваат пациентите во однос на потрошените пари, логично е централното место да го имаат пациентите, а не другите учесници во системот. Вредноста се мери преку исходот од лекувањето на излезните елементи (output), а не преку услугите кои се дадени за да се постигне исходот од влезните елементи (input).

Така, вредноста зависи од исходот од лекувањето на пациентите, а не од услугите кои пациентот ги добил за време на неговото лекување. Давањето повеќе здравствени услуги како и медикаментозна терапија не значи подобро здравје за пациентот. Овие констатации и искуства ни укажуваат на фактот дека фокусот на вниманието при креирањето на здравствената политика треба во голема мера да се насочи од давање услуги кон давање услуги со зголемена вредност.²⁵

Мерењето на вредноста во здравството не треба да се заснова на процесите кои се прават за да се обезбеди здравствена грижа, затоа што, иако се добра тактика за подобрување на процесот, сепак не се замена за мерење на исходот од лекување и од трошоците. Точно е дека преоценката на трошоците е основата за да се достигне вредноста во здравствените системи, но трошоците сами по себе не значат вредност. Многу е зачестена практиката на намалување на услугите кои треба да им дадат на пациентите за да се намали нивната цена. Но, ова значи дека трошокот во одреден период ќе се зголеми и со тоа не е постигната целта, а тоа е да се излекува пациентот. Намалувањето на трошоците, без притоа да се постигне добар исход од лекувањето е многу опасен потфат и претставува самоуништувачки чин за секоја здравствена установа која има

²⁵ Supplementary Appendix 1 What Is Value in Health Care? Michael E. Porter, Ph.D. N Engl J Med 2010; 363:2477-2481 [December 23, 2010](#) DOI: 10.1056/NEJMp1011024, p 1-4

стратегија на овој начин да ги намалува трошоците на установата. Ваквиот начин на штедење ја лимитира здравствената ефикасност на здравствената установа.

Фокусирањето на вредноста, а не на трошоците значи елиминирање на здравствени услуги кои се скапи, и истовремено неефикасни²⁶.

2.1.2 Мерење и известување (запишување) за исходот и за трошоците при лекување на еден пациент

За да се подобрува вредноста истата треба да се мери. Мерењето на вредноста во здравството не е исклучок и тоа треба да се врши за да се подобрува вредноста за пациентите, која сите многу ја посакуваат. Вредноста во здравството не се мери и тоа претставува огромна пречка за унапредување на вредноста за пациентите. Вредноста во здравството т.е. во процесот на давање на здравствена грижа мора да се мери, а обично процесот на мерење се почнува од мерење на исходот на лекувањето на пациентите. Но, како што веќе споменавме погоре вредноста за пациентот е еднаква на исходот од лекување поделена со трошоците. Ова е формулата за зголемување на вредноста за пациентот која треба да ја применува и употребува давателот на здравствени услуги, но не само за една интервенција туку за целиот циклус на здравствено лекување, т.е. за целиот циклус на лекување на една медицинска состојба - болест.

Она што навистина треба да го знае секој давател на здравствени услуги е дека трошоците не можат да се намалат ако не се знае каде се трошат ресурсите и каде настанува трошокот. За да се спроведат ваквите активности давателите на здравствени услуги мораат да ги мерат и трошоците, но и исходот на лекување. Трошоците треба да се намалуваат но притоа да не се намали исходот од лекување. Намалувањето на трошоците не треба да биде во корелација со намалувањето на исходот од лекувањето, а со тоа и со намалување на вредноста за пациентите. За да се добие пореална слика, во продолжение поодделно ќе

²⁶ Michael E. Porter, Ph.D. N Engl J Med 2010; 363:2477-2481 [December 23, 2010](https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024) DOI: 10.1056/NEJMp1011024

бидат елаборирани мерењето на вредноста и мерењето на трошоците во процесот на давање здравствена грижа.

Мерење на исходот од лекување. Иако мерењето на квалитетот во здравството претставува веќе вообичаена работа тоа не значи дека е воспоставен систем на мерење на вредноста за пациентот. Имено мерејќи го квалитетот се мери само еден процес или интервенција занемарувајќи го целиот циклус на лекување. Мерењето на вредноста на само една интервенција им овозможува на давателите на здравствени услуги да ги префалат трошоците од една здравствена установа во друга, притоа намалувајќи ја вредноста за пациентите кои ги лекуваат.

Мерењето на процесите не може да се изедначи со мерењето на вистинскиот исход од лекување и тоа поради следниве три причини²⁷:

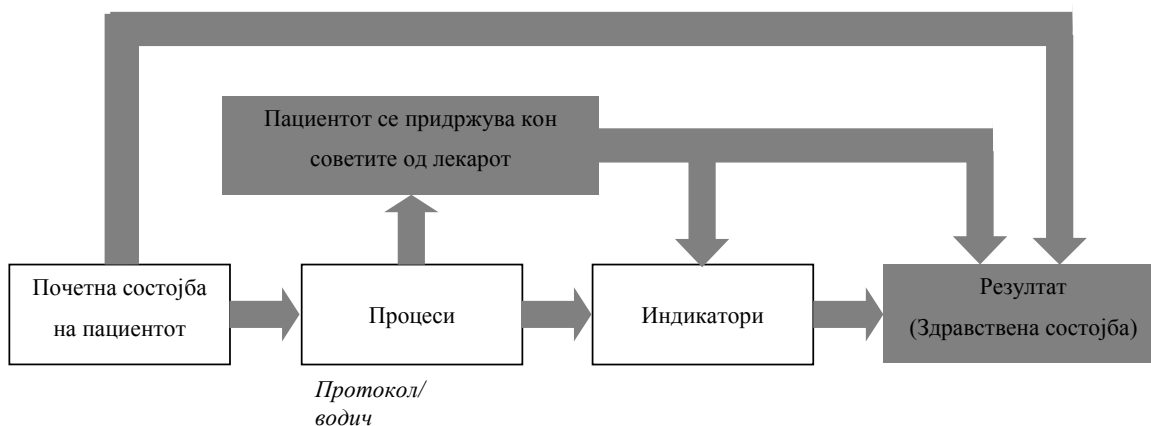
- Прирачниците за медицина заснована на докази како мерливи категории не може да ги земеме предвид за сите аспекти на здравствената заштита на еден пациент. Можноста да се пропуштат многу важни постапки во спроведувањето на здравствената грижа ги прави речиси неупотребливи мерењата кои се преземаат во процесот на давање здравствена грижа;
- Второ, пациентите се разликуваат меѓу себе по возраст и пол, така што и во случај да имаат иста појдовна дијагноза, придружните дијагнози можат да бидат различни. Според тоа, ако се придржуваме исклучиво кон прирачниците, можно е едни пациенти да ја добијат вистинската терапија, но другите да добијат сосема погрешна во однос на нивната целосна здравствена состојба;
- Потпирајќи се на прирачниците при процесите, давателите на здравствени услуги можат да паднат во замка и притоа да ги оневозможат иновациите. Клиничките третмани постојано се унапредуваат, науката и техниката се развиваат многу брзо, а медицината заснована на докази не го следи брзиот развој на

²⁷ PORTER, Michael E (2012), *Redefining German health care*, Springer Verlag Berlin Heidelberg, стр.36

медицината како наука. Една студија укажува на фактот дека половина од болестите кои се евидентирани во прирачниците се надвор од употреба бидејќи медицината постојано напредува;

Во продолжение следува образложение на мерењето на вредноста во процесот на давање здравствена грижа.

Слика 6 Мерење на вредноста



Извор: Supplementary Appendix 1 What Is Value in Health Care? Michael E. Porter, Ph.D. N Engl J Med 2010; 363:2477-2481, 23 December, 2010, DOI: 10.1056/NEJMp1011024, p 15

Мерењето на исходот од лекување како што е прикажано на слика број 6 започнува со почетната состојба на пациентот. За пациентот да влезе во процесот на давање здравствена грижа треба да постои нарушување на неговата здравствена состојба, односно треба да постојат симптоми кои ќе укажуваат на фактот дека е потребна здравствена грижа за истиот. Во зависност од симптомите, т.е. од почетната состојба, доаѓа до избор на план за третман на пациентот, а од изборот на третманот ќе зависи и исходот од лекувањето. Процесите се исто така присутни во процесот на мерење на вредноста, но притоа треба да се забележи дека процесите се наоѓаат веднаш по почетната состојба на пациентот, а тоа значи и дека не се единствените во алката за дефинирање на здравствената состојба на пациентот. Меѓу исходот од лекување и процесите се наоѓаат индикаторите кои треба да го покажат исходот од лекување, т.е. претставуваат показател кој треба да се постигне пред да се даде исходот од лекувањето. Индикаторите се показатели преку кои може да се следи состојбата на пациентот, а со тоа и исходот од лекувањето. Подобрувањето или

влошувањето на сосотојбата на пациентот може да се набљудува преку поставените индикатори. Индикаторите најчесто зависат од медицинската сосотојба - болест, но сепак како пример можат да се посочат и универзални индикатори кои се следат речиси во сите медицински сосотојби - болести, а тоа може да бидат мерење на шеќер во крвта, хипертензија, итн. Од оваа гледна точка може да се претпостави дека индикаторите се доволни за мерење на вредноста за пациентот, но тоа е невозможно бидејќи индикаторот се поставува за една или повеќе интервенции, но не и за целиот циклус на лекување.

Како долнителна компонента во процесот на мерење на вредноста е придржувањето на пациентот кон препишаната терапија. Како што веќе споменавме, здравјето како производ го сочинуваат пациентот и лекарот. Оваа компонента досега не била земена предвид при следењето на болеста на пациентот. Ако претпоставиме дека пациентот не ги следи упатствата на лекарот тогаш со сигурност може да се каже дека исходот од лекувањето нема да биде како што лекарот посакува. За да се знае вистинскиот исход од лекувањето, било да е успешен или не, мора да се земе предвид т.е да се мери резултатот од придржувањето на пациентот кон препишаната терапија. Исходот од лекувањето е крајната цел во процесот на лекувањето и од исходот зависи брзината на закрепнувањето на пациентот и негово повторно враќање на секојдневните активности.

2.1.3 Мерење на вредноста и на трошоците во практиката

Но, како се спроведува мерењето во практика? Во многу земји во светот се спроведува половично и тоа само за одредена медицинска интервенција или воопшто не се спроведува. Многу лекари немаат информација зошто пациентите повторно се примени во болница или која е причината поради која тие се враќаат назад на работа. На лекарите не им недостасуваат само податоците од исходот на лекувањето, туку голем дел од нив не го знаат ниту вистинскиот трошок за пациентите кои ги лекуваат. Многумина би се сложили дека лекарите не треба да ги интересираат трошоците кои се прават за лекувањето на пациентите, но од аспект на ефикасност, потребно е да се запознаени за да можат да се

подобруваат. Така, во секој комплексен систем, обидот да се контролираат процесите без да се мерат резултатите, доведуваат до лимитиран прогрес и до значително нарушување на резултатите од работењето.

Како и во секој систем така и во здравствениот, мерењето на исходот е задолжително и претставува незаменлива алатка која би ја подобрила вредноста во истиот. Заложбата за унапредување на мерењето на исходот во здравството треба да постои во секоја здравствена установа, но мерењето кое се спроведува во институциите се соочува со сериозни проблеми кои се идентични за сите здравствени установи. Од една страна тоа е премногу оскудно, мало, од друга страна тоа е преголемо, обемно. Мерењата кои се спроведуваат од индивидуалните даватели на здравствена услуга или од специјалисти се мерења на само една интервенција и покриваат само една кратка епизода од лекувањето на пациентот. Ваквиот пристап кон мерењето на лекувањето на пациентот е оскудно мерење, т.е мерење кое не ни кажува ништо освен дека нешто се случило во определено време и на определено место, во болницата, но тоа воопшто не значи дека здравствената состојба на пациентот може да биде подобра или не, а да не зборуваме за тоа дали ќе биде излечен или не. Значи од ваквиот начин на мерење не може да се каже ништо за состојбата на пациентот. Ваквиот начин на мерење ни дава нецелосна приказна за состојбата на пациентот. Од една страна постои многу оскудно мерење, од друга страна премногу обемно, како на пример севкупната стапка на инфекција или пак грешка на аптекарот без да се има предвид дека ваквиот исход значително се разликува од една до друга медицинска состојба. Радиолозите се внимаваат точно да го прочитаат скенот наместо да внимаваат дали скенот ќе придонесе за подобро понатамошно лекување.

Многу од пристапите за мерење на квалитетот во здравството зависат од тоа какво задоволство ќе се измери кај пациентите. Задоволството на пациентите поврзано со исходот од лекувањето станува основа бидејќи многу исходи од лекувањето вклучуваат функционален статус, степен на болка и други фактори кои пациентот најдобро знае да ги процени. Затоа анкетите со пациентите кои добиваат здравствена грижа станаа многу актуелни за сите медицински состојби-болести. Но ваквите анкети повеќе го содржат комфорот на пациентите т.е

немедицинските аспекти, отколку медицинските аспекти. Но иако задоволството на пациентите е посакуван сегмент во просецот на здравствената заштита сепак тоа не претставува мерење на здравствениот исход од лекувањето²⁸.

Во процесот на давање здравствена грижа не треба да постои алтернатива во однос на мерењето на исходот од лекувањето бидејќи мерењето е многу важен сегмент во процесот на подобрување на вредноста за пациентите. Па така, за да се максимизира вредноста треба постојано да се следи исходот од лекувањето, но и трошоците. Мерењето треба да се однесува на секоја медицинска состојба - болест и треба да се следи целиот циклус на здравствено лекување, а не само да опфаќа една интервенција како што тоа се прави досега во сите земји од светот.

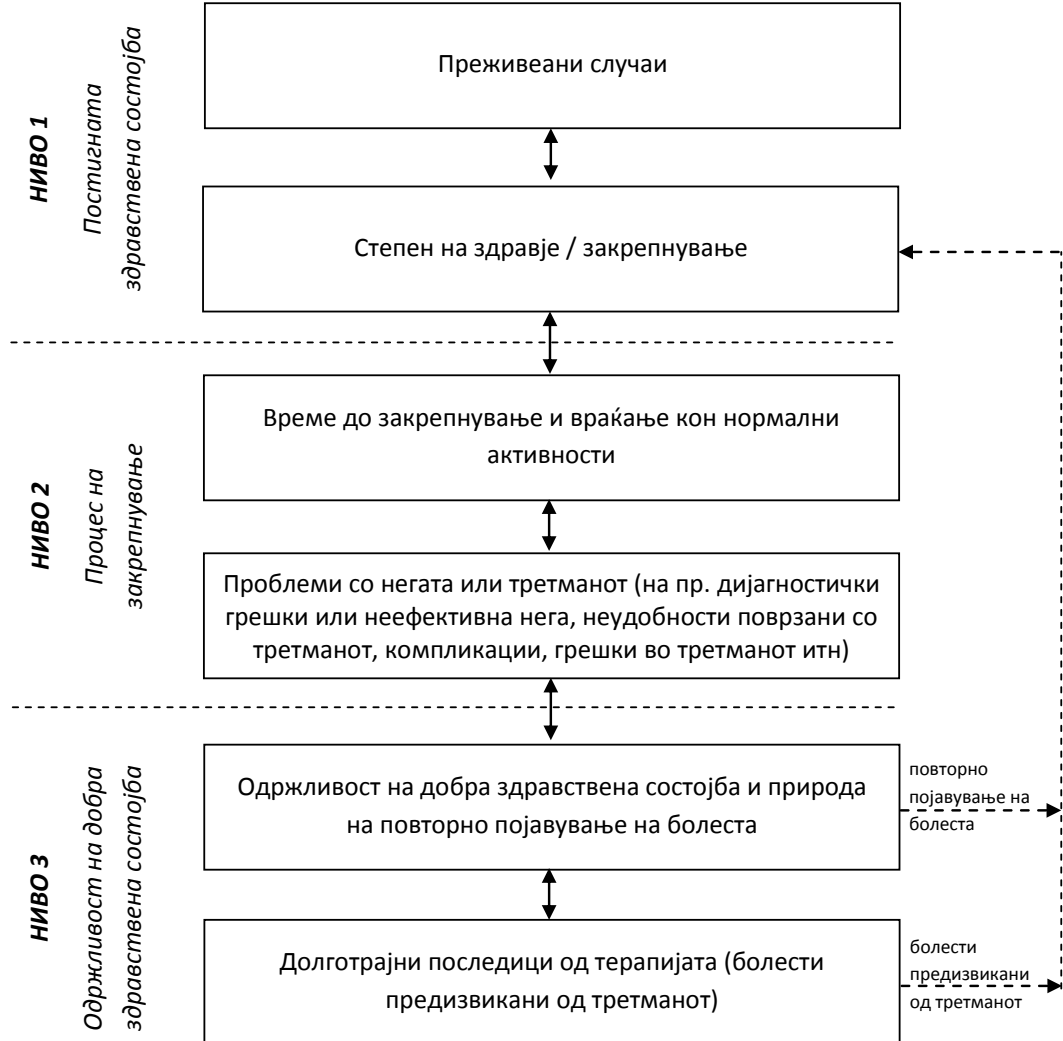
За секоја медицинска состојба - болест постојат безбројни рангирања на исходот од лекување како што се преживување, функционален статус, одржливост и заздравување.

Долго време здравјето на пациентите не било мерено, така што ова може да се земе како системска грешка бидејќи се исплаќале средства за одржување на добар исход од лекување и од заштеда на трошоци. Ваквиот недостаток ќе придонесе за подобрување на исходот на лекување на еден за сметка на друг давател на здравствени услуги.

Целиот исход од една медицинска состојба може да се подреди по хиерархија како што е прикажано на слика бр. 2 каде е прикажана хиерархијата од исходот на мерењата за која било медицинска состојба. Моделот за мерење на која било медицинска состојба е поделен на три нивоа. Секое ниво од хиерархијата содржи уште две поопширни нивоа каде се опфатени специфичните аспекти од здравјето на пациентот. Мерењата се вршат со едно или со повеќе специфични мерила, а за секое мерило постои избор во смисла на време или на фреквенција во зависност од тоа колку често и кога е изведено мерењето.

²⁸ PORTER, Michael E (2012), *Redefining German health care*, Springer Verlag Berlin Heidelberg, стр35..

Слика бр. 7 Хиерархија на мерење на исходот од лекување



Извор: Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81, p17

Како што е прикажано на слика број 7 првото ниво започнува со постигнатата здравствена состојба. Во ова ниво се наоѓаат уште две пошироки нивоа и тоа преживеани случаи или умрени и степен на закрепнување. Во зависност од медицинската состојба мерењата се различни (на пример, за канцер случаи кои преживеале 1 и 5 години се релевантни индикатори).

На второто ниво се наоѓа процесот на закрепнување и ова ниво содржи уште две поднивоа кои го мерат времето до закрепнување и до враќање кон нормалните активности, и проблемите со негата или третманот (на пример дијагностички грешки или неефективна нега, неудобности поврзани со третманот, компликации, грешки во третманот итн.)

На третото ниво се наоѓа одржливоста на добра здравствена состојба и ова ниво содржи уште две поднивоа: одржливост на добра здравствена состојба и повторно појавување на болеста и долготрајни последици од терапија (болести предизвикани од третманот). Во третото ниво може да се појават и проблеми како што се: болеста повторно да се појави или пак да се појави нова болест како последица на лошиот третман, во ваков случај мерењето се враќа на почеток и започнува ново мерење за нова болест. Хиерархија од исходот на мерењето за која било медицинска состојба би овозможило исходот од лекувањето да се подобрува, а со тоа и вредноста за пациентот да се зголеми.²⁹

Она што е од особена важност да се спомене е дека секоја медицинска состојба (болест) има специфичен збир на мерење на исходот. Но исходот на лекувањето не зависи само од медицинската состојба (болест), таа, исто така, зависи и од склоноста на пациентите, т.е. од почетната состојба во која се наоѓа пациентот. Во случај на канцер на града, соодветната почетна состојба на пациентот ќе влијае врз исходот од лекувањето. Во ваков случај степенот на болеста и типот на канцерот (како на пример тубуларен, медуларен, лобуларен), метастазиран статус, период на менуопауза, општа здравствена состојба, коморбидитетна состојба, години, социјални фактори се важни фактори кои се различни за секој пациент. Во ваков случај, исходот од лекување треба да се раслои за да се обезбеди подобра слика за споредба меѓу давателите на здравствена услуга.

Мерењето на исходот од лекувањето треба да биде национално, а со тек на време и меѓународно. Денес, широм светот, се преземаат голем број волонтерски и задолжителни програми за мерење на исходот. Во систем заснован на вредности мерењето, известувањето и достапноста на исходот од лекување мора да биде задолжителен за секој давател на здравствени услуги.

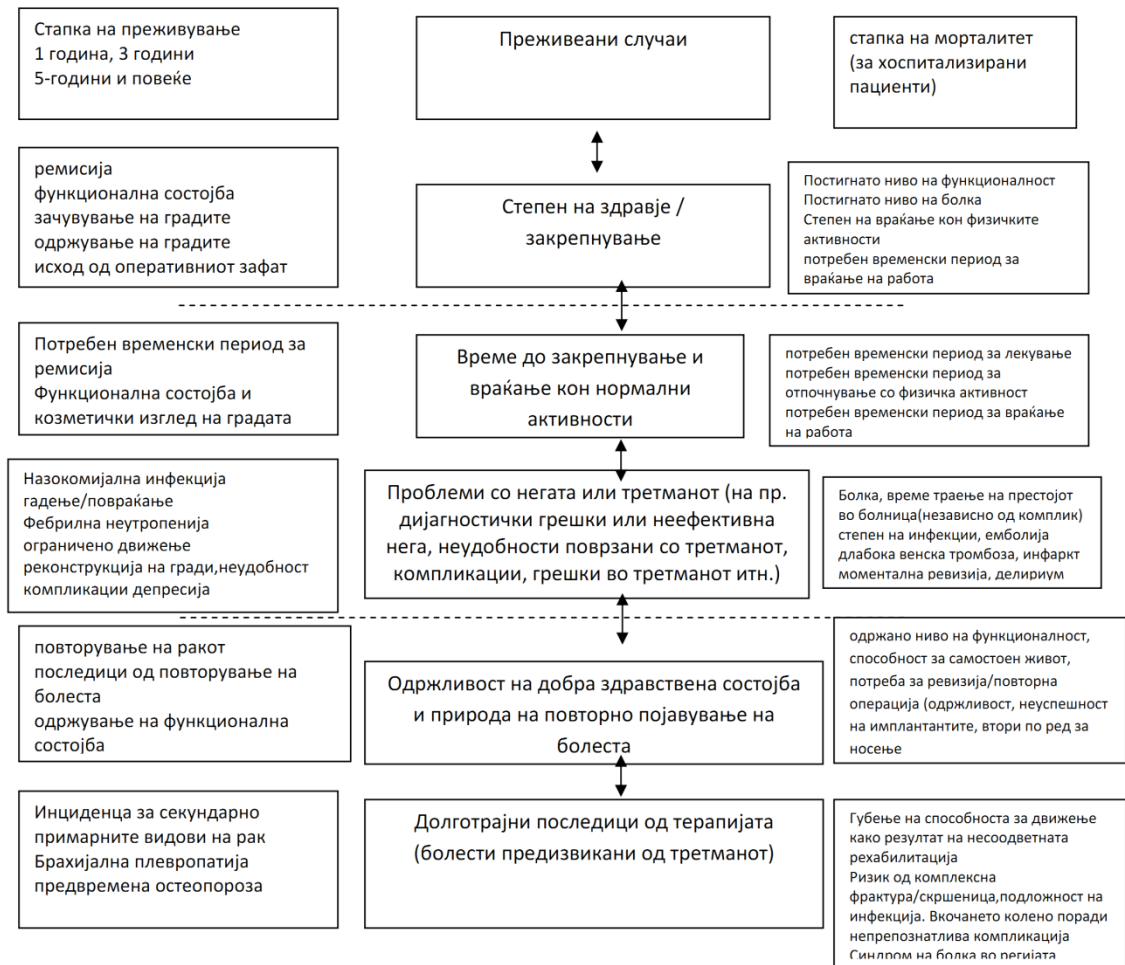
²⁹ Повеќе информации достапни на Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81

2.1.4 Дефинирање на специфични исходи и нивно мерење

Како што веќе повеќепати напоменавме, секоја медицинска состојба-болест има свое специфично обележје. Ниту една болест не е идентична, но и ниту еден пациент не е ист со претходниот. Тие меѓусебно се разликуваат по годините, општата здравствена состојба, придружните заболувања, итн. Како резултат на ова, во хиерархијата на мерење на исходот секогаш ќе постојат различни нивоа и карактеристики, а тоа е токму поради различните состојби во кои се наоѓа пациентот.

Сликата број 8 ги илустрира специфичните карактеристики на исходот од лекување на пациентите заболени од карцином на града како и од акутна состојба на колено. Не значи дека овој пример е сеопфатен и дека се опфатени сите детали, но сепак може да послужи како пример, како може да се измерат специфичните медицински состојби - болести.

Слика број 8: Хиерархија на исходот од лекување на канцер на града и артритис на колено

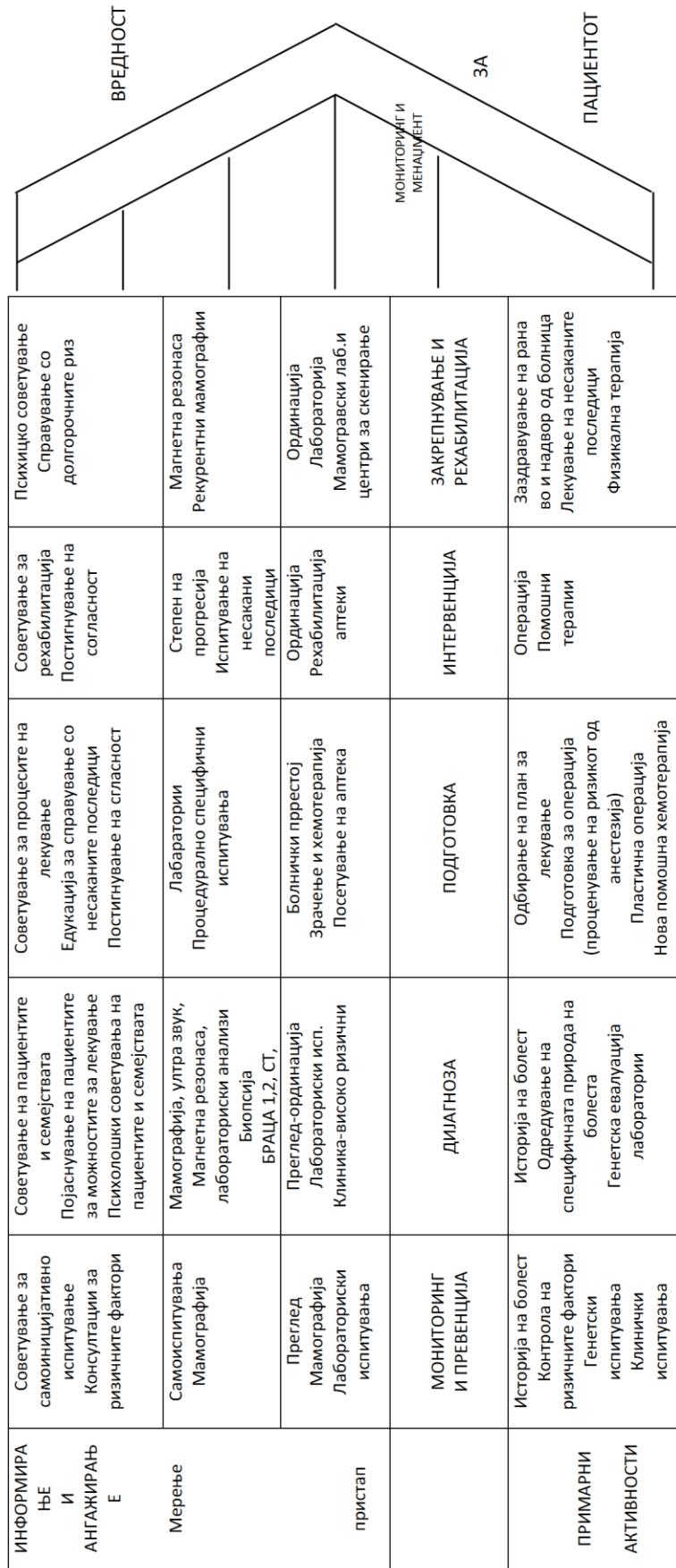


Извор Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81, p.18

2.1.5 Поврзување на исходот од лекување со процесите.

За да се идентификува исходот од лекување, мапирањето на целиот циклус на лекување претставува корисен пристап кој води во правец на подобрување на вредноста и е добра појдовна основа за анализа. Вредносниот синџир прикажан на слика 9 е одлична алатка за мапирање на целиот циклус на процесите кои се неопходни за давање здравствена грижа. Во овој модел се прикажани сите ентитети кои се земаат предвид при лекувањето на карциномот на гради.

Слика бр.9 - Модел на вредносен синџир на испорака на здравствена грижа



Извор Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81, p.19

2.1.6 Одредување на соодветни мерки

За одредување на секоја крајна величина во процесот на давање здравствена заштита постојат голем број градации на инструменти кои се користат за да се измери крајната величина. Како, на пример, „Истражување со 36 прашања за медицинските исходи од лекувањето“ (Medical Outcomes Study 36-Item), „Истражување спроведено во кратка форма со помош на 36 прашања наменети за здравството“ (Short-Form Health Survey [SF-36]) или „Индикатор за Остеоартритис на универзитетот во западен Онтарио и на универзитетот Мекмастер“ (the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index [WOMAC]). Некои од овие инструменти како што се прашалникот за добивање резултати специфицирани во истиот прашалник (EuroQol Group 5-Dimension Self-Report Questionnaire (EQ-5D) се градации кои го мерат квалитетот на животот поврзан со здравјето и вообичаено се општи мерни инструменти кои се користат за повеќе медицински состојби - болести. Други мерки се карактеристични за една медицинска состојба болест (e.g., SF-36 за ортопедија³⁰).

Изборот на соодветна мерка (индикатор) која треба да ја покаже крајната величина (крајната цел кон која се стреми докторот) е навистина тешка, но воедно е и важна задача за добивање на вистинската слика за предметот кој се набљудува. Изборот привлекува и огромно внимание бидејќи може да ни покаже лош правец во следењето на болеста. Затоа мерките треба внимателно да се одбираат и тоа како прва мерка која треба да се земе предвид е да се посвети внимание и да се одредат најдобрите мерки кои ќе го прикажуваат исходот, и од аспект на пациентите, и од аспект на продлабочување на медицинската наука. Како добар пример за тоа ќе послужи процесот на вештачко оплодување, каде фокусот на вниманието бил свртено кон стапката на живородени деца, но притоа без да се води сметка за бројот на родените деца. Мерењето на исходот помогнало да се согледа дека покрај стапката на родени деца треба да се внимава и на бројот на ембрионите кои се

³⁰ Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81, p.6

оплодуваат. Со ваквиот пристап, бројот на повеќе од три деца значително се намали.³¹

Како втора мерка на која треба да се внимава е примената на стандардизирани и проверени мерки за да може да се подобри веродостојноста и компарацијата меѓу давателите на здравствена услуга. Трета мерка на која треба да се внимава е минимизирање на нејасностите, т.е нивно правилно одредување во однос на оценувањето и интерпретирањето со цел да се обезбеди прецизност и континуитет. Четврто, истражувањата на пациентите најчесто се поврзани и се користат за да се измери исходот како што е функционалниот статус и непријатноста која влијае на пациентите за време на нивниот престој во болница, но и за време на целиот циклус на лекување. Ваквата состојба на пациентите многу тешко се мери па затоа се употребува SF-36³² или „Индикатор за повреди на грбот“ (Beck Depression Index³³) кога е изводливо. Селектирањето на мерки (индикатор/показател) не е нешто вечно, тие со текот на времето треба да се подобруваат и унапредуваат.³⁴

Мерењето на исходот може да се следи во различно време во рамките на циклусот на лекување или пак да покрива период со различно времетраење. Како на пример времето за закрепнување може да се подели на временски план за дијагностицирање и лекување, на време меѓу дијагноза и третман и на пропуштено време во текот на самиот третман за лекување. Дефинирање на правилното време кое ќе се мери при собирање на податоците е од голема важност бидејќи навременото откривање на болеста и времетраењето на лекувањето како и долгите периоди за поставување на дијагноза и откривање на болеста се одразува директно врз пациентите.

³¹ Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81

³² прашалник за исходите од лекувањето специфициран во 36 прашања. повеќе информации на <http://www.sf-36.org/demos/SF-36.html>

³³ прашалник за тежината на повредите на грбот специфицирани во 21но прашање повеќе информации на <http://www.cawt.com/Site/11/Documents/Members/Evaluation/BeckDepressionInventory1.pdf>

³⁴ Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81

Достапноста до податоците како и трошоците за собирање информации исто така играат огромна улога при селектирањето на вредност преку што ќе се мери крајната вредност на исходот од лекување. Податоците од сметководството се секогаш подостапни и полесни за употреба, за разлика од податоците од табели или од собирањето нови податоци, така што калкулациите кои се прават во сметководството може да бидат појдовна точка подобрување на системот заснован на вредност.³⁵

Времетраењето на болеста може исто така да влијае на изборот на мерка (индикатор/показател) затоа што не е исто да се следат пациенти кои имаат акутна состојба или моментални компликации и пациенти кои имаат хронична болест, од причина што за вторите е потребно следење на болеста. Но како и да е, подобро е да постои каков било мерен инструмент кој ќе го мери исходот отколку да не постои никаков инструмент за мерење.

Развојот на електронско медицинско досие би го направило мерењето на исходот подостапно, далеку поевтино и поисплатливо. Информатичката технологија би овозможила да се извлечат податоците потребни за мерење и за следење на исходот од лекувањето. Но за да се разбере мерењето на вредноста во целост треба да постои врска меѓу конечните вредности. Вредноста од исходот од лекување може да варира во согласност со индивидуалните карактеристики на пациентот. Како што споменавме погоре при објаснувањето на хиерархијата на исходот од лекување, прогресот од едно ниво има директно влијание врз прогресот на наредното ниво, но и обратно. На пример, со намалување на компликациите или со елиминирање на грешките ќе се намали непотребната здравствена грижа, а тоа ќе придонесе за подобро закрепнување. Намалувањето на непотребните испитувања и спречувањето на несаканите ефекти предизвикани од болеста ќе придонесат за зголемување на вредноста за пациентите. За мерењето на вредноста да ја постигне својата вистинска цел, предвид треба да се земе и ризикот кој може да се појави при лекување на една медицинска состојба - болест. Само вредноста која се мери се мери заедно со ризикот

³⁵ Porter, Michael E and Guth Clemens: Redefining German Health Care, Press Springer, Verlag Berlin 2012

е вредност врз основа на која може да се темели лојалната конкуренција меѓу давателите на здравствени услуги.

2.1.7 Приспособување на ризикот

Исходот од лекување кој се постигнува, до одредена мера ќе зависи од почетната состојба на пациентот, понекогаш споменувана како ризик - фактор. Мерењето и приспособувањето на почетната состојба на пациентот е круцијалниот чекор за интерпретирање, компарација и подобрување на исходот од лекување. Секоја болест има различна почетна состојба. Доколку се зборува за канцер на града тогаш почетната состојба може да биде многу различна, а тоа зависи од видот на канцерот (тубуларен, медуларен, лобуларен и така натаму), од степенот на метастазираност, од психолошкиот статус на пациентот и од други фактори кои прилично влијаат на исходот од лекување. Во оваа смисла не треба се заборава да се потенцира и придржувањето на пациентите кон терапијата која ја има препишано лекарот. Придржувањето на пациентите кон терапијата е исто така ризик - фактор кој може значително да го промени исходот од лекување на пациентите.

Приспособувањето на ризикот е комплексен проблем, па затоа во продолжение ќе се разгледаат неколку стратешки пристапи за приспособување на ризикот за дадена медицинска состојба - болест.

Ризик - фактори за пациенти болни од канцер на града:

- стадиум на болеста;
- вид рак (инфилтрирачки дуктален карцином, тубуларен, медуларен, лобуларен итн.);
- Состојба на рецепторите за естрогени и прогестерон (позитивна или негативна);
- местоположба на метастазите;
- претходни лекувања;
- возраст;
- состојба на менопауза
- општа здравствена состојба вклучувајќи и коморбидитети;

- психолошки и социолошки фактори³⁶;

Во овој случај, почетната состојба ќе влијае на секое наредно ниво од хиерархијата за мерење на исходот од лекување. Во продолжение - зошто е потребно да се пристапи кон приспособување на ризик факторите на почетната состојба на пациентот?

За да се мери исходот од лекување на некоја медицинска состојба - болест и за исходот од лекувањето да може да се споредува со други групи од истата медицинска состојба - болест меѓу давателите на здравствени услуги, неопходно е да се предвиди ризикот, т.е. исходот од лекување мора да биде приспособен со ризикот кој би можел да настане во рамките на лекувањето на пациентот. Доколку ризикот не се приспособи за одредена медицинска состојба болест тогаш и податоците од давателите на здравствени услуги не би биле реални за споредба. Многу често во практиката може да се сретне мерење на исходот од лекување кај кој не е предвиден ризикот и истиот може да даде погрешна слика за успешноста на болницата. Она што го практикуваат давателите на здравствени услуги за да покажат добри резултати е отфрлање на пациентите кои имаат повеќе коморбидитетни состојби или пак чија акутна ситуација е многу тешка и тие се свесни дека овие пациенти ќе направат голем трошок и дека нивниот исход од лекување нема да биде задоволителен, па затоа ги префрлаат во други болници или на друго ниво на здравствена заштита (на пример од секундарно на терцијарно ниво). Ваквиот начин на отфрлање на пациенти кои се високо ризични за лекување ги прави давателите на здравствени услуги успешни и рентабилни за работа. Но, целта на здравствените системи во светот не е да се избираат пациенти по желба на давателите на здравствени услуги, туку да им се даде здравје и нега на оние пациенти на кои им е потребна лекарска грижа во соодветната установа за соодветната медицинска состојба - болест. Ова укажува на фактот дека ако почетните состојби не се приспособени кон ризичните фактори, можно е да се извлечат нејасни и неразбирливи заклучоци за болеста од исходот на лекување на пациентите. Префрлање на тешки пациенти на друг

³⁶Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81, p.19

давател на здравствени услуги, отфрлајќи го приемот за болничко лекување на пациентот за да не се постигнат лоши резултати во болницата, би било пракса, бидејќи ваквите пациенти го намалуваат успехот кој го зацртала болницата³⁷.

Приспособувањето на ризикот не е потребно само за точно и прецизно мерење на исходот од лекување, туку и за да се подобри истиот. Приспособувањето на ризикот не е важен само за воспоставување и споредување на вредностите меѓу давателите на здравствени услуги, туку и за согледување на реалните фактори за ризик кои би имале влијание на болеста, а тоа би овозможило и реално планирање на средствата за лекување на медицинската состојба - болест. Ваквиот пристап на мерење на исходот приспособен на ризикот ќе им оневозможи на здравствените установи и на осигурителните компании да ги избираат само здравите пациенти, притоа отфрлајќи ги болните за да не се наруши нивниот рејтинг. Во ваков случај несоодветните методи на приспособување на ризикот, а со тоа и неможноста да се оценат вистинските трошоци се причина за несоодветното плаќање за извршените здравствени услуги на одредени здравствени установи. Ваквиот начин на плаќање за здравствена услуга во која не е пресметан ризикот е многу погрешно и предизвикува огромен број негативни последици кои значително ја намалуваат вредноста за пациентот. Негативните последиците се однесуваат на пациентот, и се рангираат, од несоодветна здравствена грижа, па се до огромна поделба на услугите, при што давателите на здравствени услуги се мотивираат да ги избираат профитабилните линии т.е да ги даваат услугите кои не прават голем материјален трошок. Воспоставувањето на метод за приспособување на ризикот заедно со реформа за исплата на средства за извршена здравствена услуга ќе ја елиминира можноста на сегашниот систем за избор на профитабилни и непрофитабилни услужни гранки во процесот на давањето на здравствената грижа. Што значи дека доколку постои точно приспособување на ризикот ќе се избегне „трчањето“ по пациенти кои се градираат како профитабилни или непрофитабилни и целото внимание ќе биде насочено кон унапредувањето на успешноста.

³⁷ Supplementri Appendix 2, Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81

Приспособувањето на ризикот за почетна медицинска состојба - болест, вклучува 2 пристапи. Првиот пристап е да се определат и разјаснат групите на пациенти, т.е. да се групираат според сличните ризик – фактори кои ќе дозволат понатамошно споредување и анализирање на исходот од лекување меѓу давателите на здравствени услуги за да се дозволи споредба на слични пациенти, на пример, при вештачко оплодување, да се следи и известува за стапката на живородени деца или пак за видот на оплодувањето, со смрзнати или со живи ембриони.

Другиот пристап за приспособување на ризик е користењето на регресивна анализа за да се предвиди очекуваниот исход од лекување.

И двата пристапи: поделбата на пациенти и приспособувањето на ризик зависат од бројот на пациенти кои имаат иста медицинска состојба - болест. Бројот на пациенти е важен за статистички да се поткрепи и за да се потврди успешноста на лекарот. Затоа се препорачува работа во тимови кои ќе бидат посветени на пациентите кои се лекуваат.

Ваквиот начин на известување за болестите на пациентите не треба да се сфаќа како полнење со статистички информации, туку како стимулирање за практично подобрување на исходот од лекување.

Во однос на мерењето на исходот и приспособувањето на ризикот може да се нагласи дека тие претставуваат незаменлива алатка за откривање на нови знаења во врска со медицинската состојба - болест. Ваквото постојано следење на медицинската состојба - болест придонесува со тек на време ризичните фактори да се надминат и да немаат големо влијание врз исходот на лекување. Таков е случајот на вештачкото оплодување.

Мерењето на вредноста започнува со добро дефинирање и со мерење на севкупната група резултати за една медицинска состојба - болест заедно со ризик - факторот кој може да се појави во процесот на лекување на медицинската состојба - болест. За да постојат иновации во здравствената грижа неопходно е да се направи проценка на целиот циклус на лекување, со анализирање различни аспекти на квалитет како и со намалување на разликата меѓу вредностите од исходот на лекување, а не само на една интервенција во процесот на здравствената грижа. Во медицината како и во сите други гранки подобрувањето

на исходот од лекување, а со тоа и подобрувањето на вредноста е во постојан процес на раст и развој. Постојано се унапредува исходот од лекување со развивање на нови дијагностички процедури и лекови.

Најголемиот предизвик за секоја дејност е да ја подобри ефикасноста, што е најизразено во здравствениот сектор. Една од најзначајните алатки за намалувањето на трошоците е подобрувањето на квалитетот и мерењето на исходот која упатуваат на основниот фактор за подобрување на ефикасноста во процесот на давање на здравствената грижа.

2.1.8 Квалитет во здравството

Во изминатите неколку години постојано се поставува прашањето како да се подобрува медицината и како да се искористат сите придобивки за доброто на човештвото. Развојот на науката и посебно развојот на техниката во медицината ни укажува на фактот дека навистина нешто треба да се стори и тоа во поглед на подобрување на квалитетот на давање здравствена грижа. Ангажманите околу подобрувањето на квалитетот во здравството потекнуваат од извештаите кои секоја година Институтот по медицина во Америка (National Institutes of health, Washington, USA) ги изготвува, каде што е наведено дека 100 илјади Американци можат да умрат од медицинска грешка секоја година. Исто така е наведено дека многу од тие околности можат да се исправат. Голем број научни работници си го поставиле прашањето што треба да се промени за да се подобри квалитетот и какви активности треба да се преземаат за да се подобри квалитетот во сите сфери на давање здравствена грижа.

Во овој дел накратко се образложени двата пристапи за процена на квалитетот и тоа³⁸:

- Осигурување на квалитет;
- Подобрување на квалитет;

³⁸ Волас/Макси-Розено Ласт “Јавно здравство и превентивна медицина.”, дел од програмата на Владата на Република Македонија, за преведување, научни книги и учебници, Табернаку (2010)., Стр. 1277-1279

Иако и двата пристапи се многу слични, кога е во прашање нивниот акцент врз процесот на обезбедување здравствена грижа, сепак секој пристап се разликува во однос на својата намена и процедури. Осигурувањето квалитет се однесува на формалната и системската вежба за идентификување на проблемите при давање медицинска нега, осмислување активности за надминување на тие проблеми и спроведување на следните чекори за осигурување дека нема нови воведени проблеми и дека корективните дејства биле делотворни, додека пак подобрувањето на квалитетот е филозофија на раководење со цел подобрување на нивото на исполнување на клучните процеси во организацијата.³⁹

Со текот на годините повеќе научници се занимавале со алатки за подобрување на квалитетот. Меѓу нив посебно се истакнува Доналд Бервик (Donald Berwick) кој е основач на Институтот за унапредување на здравствена грижа (Institute for health improvement) чија визија е во корелација со Институтот за медицина (Institute of medicine) која води кон унапредување на шест главни цели и тоа: здравствена грижа која е сигурна, здравствена грижа која е ефикасна и ефективна, здравствена грижа чиј фокус ќе биде пациентот, која ќе биде навремена и која ќе биде еднаква за сите т.е. нема да има случаи на непотребна смрт, случаи на непотребна болка или страдање, на несакани чекања, на непотребни интервенции, каде што никој нема да не биде пропуштен при давањето здравствена грижа.

Тој смета дека од 20 до 30% од услугите кои се даваат во процесот на здравствената грижа се непотребни и дека истите ниту ја подобруваат дијагностиката, ниту го подобруваат здравјето на пациентите. Пациентите се изложени на повеќе третирања отколку што е потребно, не се координира здравствената грижа, се прават административни измами и сето тоа поради регулативите кои се поставуваат за унапредување на здравствениот систем⁴⁰.

³⁹ Волас/Макси-Розено Ласт “Јавно здравство и превентивна медицина.”, дел од програмата на Владата на Република Македонија, за преведување, научни книги и учебници, Табернаку (2010)., Стр. 1277

⁴⁰ <http://www.hsph.harvard.edu/news/hsph-in-the-news/donald-berwick-appointment-medicare-medicaid/>

2.1.9 Пример за мерење на квалитетот во здравството⁴¹

Иако многумина тврдат дека во здравството не постојат мерни единици, сепак познато е дека не може да се управува со нешто што не може да се измери. Во продолжение ќе дадеме пример како Универзитетската болница „Роберт Вуд Џонсон“ (Robert Wood Johnson University Hospital Hamilton RWJ Hamilton) во Њу Џерси САД го мери квалитетот. Таа е непрофитна болница за акутна нега вредна 160 милиони долари која опслужува повеќе од 350 илјади жители во Њу Џерси. Услугите кои се даваат во болницата вклучуваат медицинска, хируршка, кардиолошка, ортопедска и интензивна нега за возрасни и за критично болни бебиња и деца. Во болницата работат 1743 луѓе, а повеќе од 650 како медицински персонал. Оваа болница во 2004 година ја доби наградата за квалитет на здравствена грижа „Малком Бриџ“. Кои се тајните за нејзиниот успех? Како што веќе споменавме не може да се управува со нешто што не се мери, па затоа оваа болница воспоставува систем на мерење на организациските перформанси за да се следат дневните перформанси и операции. Еве неколку примери за мерките кои менаџментот смета дека се важни за болницата.

Удел на пазарот. Задоволството на пациентот од услугите кои ги нуди болницата го подобрува уделот на пазарот. Од големо значење е болницата да го зголеми уделот на пазарот во однос на нејзиниот конкурент.

Стапка на искористеност на капацитетот Постојаните инвестиции во технологија, во опремување и во услови за работа ѝ се исплатеа на оваа болница. Во 2003 година стапката на искористеност достигна 85%, додека нејзиниот најдобар конкурент имаше 60% искористеност на капацитетот.

Брзина при згрижување на пациентите во одделот на итна интервенција На пациентите им се гарантира дека медицинска сестра ќе ги послужи за 15 минути од моментот на нивното пристигнување, а докторот за 30 минути. Се докажало

⁴¹ Волас/Макси-Розено Ласт “Јавно здравство и превентивна медицина.”, дел од програмата на Владата на Република Македонија, за преведување, научни книги и учебници, „Табернакул“ (2010)., Стр. 1277и <http://www.hsph.harvard.edu/news/hsph-in-the-news/donald-berwick-appointment-medicare-medicaid/>

дека брзината на згрижување е важен индикатор за задоволството на пациентите.

Задоволството на купувачот од услугите. Од купувачите се бара да пополнат анкети во врска со услугите кои ги добиле и колку биле задоволни. Така на пример ефикасноста на сестрата и на нејзината љубезност се зголемиле од 70% во 1999 година на 90% во 2004 година.

Стапка на смртност на пациентите. Сите болници работат на тоа да ја минимизираат оваа стапка. Стапките на смртност треба да се постават како репер за споредба на национално ниво. Оваа болница покажа цврст тренд на намалување.

Процент на пациенти кои добиле погрешен лек. Колку и да изгледа страшно, дури и за земји како САД националниот показател на пациенти кои добиле погрешен лек изнесува 36%. Во оваа болница тој изнесува 7%.

Стапка на задржување на персоналот. Високите стапки на задржување значат дека вработените уживаат во нивната работа и чувствуваат дека се третирали коректно. Стапката во оваа болница изнесува 98%.

Овие мерења можат да се следат, но можат и да се споредуваат. Ваквиот начин на мерење му помага на раководството да ги согледа недостатоците, но и да го насочи вниманието во правец на подобрување на процесите⁴² и тоа се со цел да им излезе во пресрет на барањата на пациентите.

Целта на оваа глава беше да се анализираат поимите вредност и квалитет на здравствениот систем како и начините како таа вредност да се измери. Од тие причини во оваа глава ја дефиниравме вредноста при давањето на здравствени услуги, компонентите на вредноста и како таа треба да се мери. Вредноста мора да биде главна цел во секој здравствен систем, мерењето на вредноста мора да стане водечка сила за секој учесник во здравствениот систем.

Како што е истакнато во оваа глава, недостатокот на сеопфатен и точен исход и мерење на трошоците е една од најголемите слабости за подобрување на здравствениот систем. Фактот дека вредноста не се мери значи дека не се поседува најмоќната алатка за подобрување на вредноста за пациентите.

⁴² http://www.nist.gov/public_affairs/releases_hamiltton.htm

Примената на концептот на вредност ќе значи заголемена вредност за пациентите, подобар исход од лекувањето на пациентите со помали трошоци, што со сигурност ќе води кон подобрување на здравствениот систем. Вредноста треба да биде главна цел на секој давател на здравствени услуги, примената на вредноста од страна на давателите на услуги директно би се одразило врз подобрувањето на целиот здравствен систем во земјата.

ГЛАВА 3

СТРАТЕГИСКИ ПРИСТАП КОН ЗДРАВСТВЕНАТА ПОЛИТИКА И КОН КОНКУРЕНЦИЈАТА ЗАСНОВАНА НА ВРЕДНОСТ

Долгорочната стратегија не ги содржи идните одлуки, туку идниот
притисок врз денешните одлуки

Питер Дракер

3.1 Примена на принципите и на стратегиите за успешно редефинирање на здравствениот систем, создавање на нов систем кој ќе се темели на вредности

Владата има огромно влијание врз креирањето на здравствената политика во светот. Во оваа глава ќе ја разработиме улогата на владата во создавањето на услови за воспоставување на конкуренција заснована на вредност. Владата има важна улога во трансформирањето на конкуренцијата како што се собирање и прикажување на резултатите, елиминирање на бариерите за конкуренција, модифицирање на правилата за единствена цена на една медицинска состојба - болест и олеснување на влезот на информативната технологија. Оваа глава има за цел да ја истакне улогата на Владата во правец на успешна здравствена реформа во која централно место ќе има пациентот, а не докторот.

Владата има значајна улога на здравствениот пазар и директно или индиректно влијае врз здравјето на населението на неколку начини, на пример, регулаторите на даночната политика влијаат врз производството или потрошувачката на одредени производи (алкохолот и тутунот) и со тоа влијаат позитивно или негативно врз здравјето на населението. Регулаторите исто така, имаат потенцијал да ги изменат цените, квантитетот или квалитетот на здравствени услуги и на тој начин да ја ограничат или да ја унапредат ефикасноста на распределбата на ресурсите⁴³. Степенот на владината интервенција значително се разликува од земја во земја, но како и да е таа постои и има значајна улога во креирањето на здравствениот систем во земјата.

Но, иако владите на сите земји во светот се фокусирани на создавање на подобар здравствен систем за населението сепак, главен недостаток е што не се фокусираат на создавање на вредност за пациентот. Она што недостасува е сеопфатна рамка во правец на подобрување на вредноста за пациентот, бидејќи од друга страна, безброј парцијални решенија во поглед на реформирање на здравствениот систем може да имаат негативни последици врз целокупниот здравствен систем, а со тоа и врз здравјето на населението.

⁴³ Сантере Е. Рексфорд и Неун П. Стивен "Здравствена економика" Дата Понс (2009) ст.220

Од аспект на стратешки пристап, владината политика треба да се насочи во три правци и тоа: **кон здравствено осигурување и кон пристап до здравствена заштита, кон стандарди за покривање на здравствени услуги и кон структурата на давање на здравствени услуги** во процесот на здравствена заштита.

Првото од трите главни прашања за успешно спроведена реформа започнува со збир од активности кои се однесуваат на здравственото осигурување и пристапот до осигурување: кој поседува здравствено осигурување, како дејствуваат здравствените планери, и како се плаќа осигурувањето на осигурениците. Голем број земји меѓу кои и Македонија, пристапот до здравственото осигурување го имаат решено со владина регулатива каде што сите граѓани имаат здравствено осигурување. Во Македонија правото на здравствено осигурување е загарантирано со уставот.⁴⁴

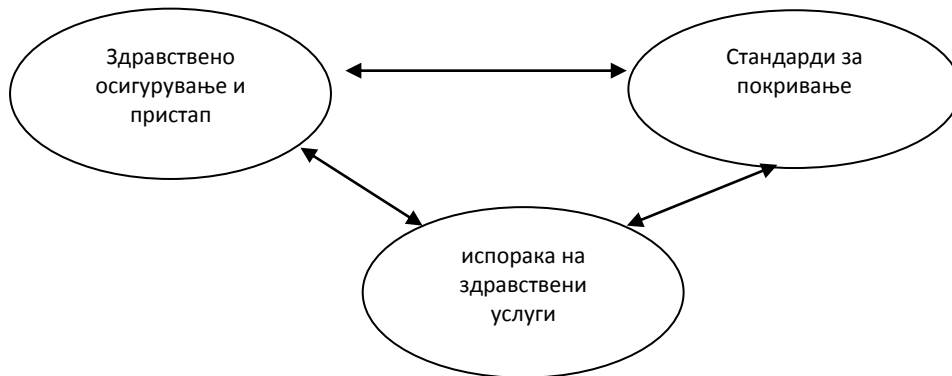
Второто главно прашање кое е поврзано со политиките на владата се стандардите за покривање, односно кои услуги ќе бидат покриени од осигурителните компании.

Третото главно прашање на кое треба да се посвети владата со својата политика е давањето на здравствени услуги каде всушност и се создава вредноста за пациентите. Иако ова не било предмет на реформа на ниту една влада во светот досега, сепак заслужува големо внимание бидејќи огромни финансиски средства, независно дали се приватни или државни се вложуваат во здравствената грижа без притоа да се внимава на вредноста на здравствените услуги која им се испорачува на пациентите.⁴⁵ Поврзаноста односно интеракцијата на трите правци на владината политика од аспект на стратешки пристап, се прикажани во слика бр.10

⁴⁴ член 39 од Уставот на РМ

⁴⁵ PORTER, Michael.E (2006): Redefining health care, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts p. 320-329

Слика бр.10 - Клучни поенти за реформи на здравствениот систем



Извор: PORTER, Michael.E (2006): Redefining health care, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts p320

3.1.1 Придвижување на конкуренцијата заснована на вредност - подобрување на осигурувањето и пристап до здравствени услуги

Не постои ниту една успешна здравствена реформа, а притоа да не се обезбеди здравствено осигурување за целото население. Универзалното покривање на здравствените услуги во комбинација со здравствен систем кој создава вредност за своите пациенти и овозможува конкуренција која е заснована на вредност меѓу давателите на здравствените услуги е здравствен систем кон кој треба да се стремат сите влади во светот. Вака поставениот здравствен систем е единствен кој може да обезбеди ефикасност и ефективност во испораката на здравствените услуги на пациентите.

Кога многу луѓе немаат пристап до примарна здравствена заштита и кога субвенционирањето на пациентите е многу ниско, тогаш здравствениот систем се соочува со многу големи трошоци, т.е. невозможно е да се постигне зголемена вредност за пациентите. Искуството покажува дека земјите во кои населението има поголем пристап до давателите на здравствени услуги имаат помали здравствени трошоци во однос на земјите во кои има ограничен пристап до примарната здравствена заштита. Но, зголемувањето на пристапот без подобрување на вредноста е неодржливо и е осудено на неуспех.

За да се постигне универзално здравствено осигурување потребно е да се пристапи кон сериозни и сеопфатни промени во поглед на законските регулативи на осигурувањето.

Промоцијата и заштитата на здравјето на населението е особено важна компонента за економски и социјален развој. Па така, уште пред 30 години, потпишана е декларацијата во Алма ата, на која е наведено дека „здравје за сите“ ќе придонесе за подобар квалитет на животот, од една страна, како и за мир и за сигурност од друга страна. Бидејќи здравјето на секоја индивидуа сè уште е голем приоритет во голем број земји, многу од политиките на владите ширум светот се насочени токму кон решавање на тоа прашање, односно да можат да одговорат на потребите на граѓаните во однос на здравствената грижа.

Во 2005 година земјите членки на Светската здравствена организација се обврзаа да развијат финансиски систем во кој сите индивидуи ќе имаат пристап до здравствени услуги и на нив нема да влијае финансиската состојба за да ги плаќаат здравствените услуги⁴⁶.

За да се реализира прифатената одредба за сеопфатно здравствено осигурување неопходно е да се исполнат некои задолжителни мерки со кои ќе се подобри здравственото осигурување и пристапот до здравствените услуги, мерки кои се однесуваат на:⁴⁷

- Задолжително покривање на здравствените услуги;
- Обезбедување субвенции или ваучери за семејства со мали примања;
- Создавање на ризични групи фактори за индивидуи;
- Овозможување на придонесливи осигурителни планови;
- Минимизирање на штетите од страна на придонесите кои ги вложува секој вработен;
- Елиминирање на непродуктивните осигурителни правила и на ценовната пракса;

⁴⁶ The world health report “Health Systems Financing, The part to universal coverage”, World health organization, 2010

⁴⁷ PORTER, Michael.E (2006): Redefining health care, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts p. 330

Законите за задолжително здравствено осигурување на целото население се чекор кон подобрување и кон унапредување на вредноста за пациентите. Ва Овој пристап ги обврзува индивидуите секоја година да плаќаат редовно за здравствено осигурување, а не само во период кога сметаат дека би имале потреба од истото. Ако секој поединец, секоја година, плаќа редовно во текот на годината за здравствено осигурување, тогаш просечниот трошок за осигурување ќе се намалува за секој поединец.

Секој има право на здравствено осигурување во текот на целиот животен век. Ова не е само од гледна точка на намалување на трошоци, т.е. од економска гледна точка, туку исто така, и од гледна точка на сочувствителност и праведност.

Премиите за здравствено осигурување би имале различни стапки и би зависеле од навиките и од пристапот кон здравствениот проблем на индивидуата. Така, индивидуата која има пушачки навики ќе плаќа поголема премија за осигурување, но и индивидуи кои не учествуваат редовно во здравствените превентивни програми и прегледи наменети за справување со болестите.

Покрај наведените, повисока премија би плаќале и индивидуите кои не би се придржувале кон препораките на лекарот откако ќе се потврди нивната болест, без разлика дали се однесува на хронична или на акутна болест. Ако овој пристап се примени долгорочно, тој ќе придонесе да се намалат трошоците за здравствена нега, а тоа ќе значи и дополнителен приход за краток временски период.

Единствен вистински пат обезбедување пристап до сите здравствени услуги е преку задолжителното здравствено осигурување за секоја индивидуа, но и обезбедување субвенции за оние кои имаат потреба од тоа за да може целото население да учествува и придонесува за намалувањето на трошоците на системот.

Покрај задолжителното здравствено осигурување, друг важен елемент за воспоставување на здравствен систем кој ќе се темели на вредности е *обезбедување субвенции или ваучери* за семејства кои не можат да си дозволат да плаќаат здравствено осигурување (семејства со ниски примања и социјални случаи).

Со воведувањето на задолжително здравствено осигурување ќе се напушти моделот на неплаќање на здравствено осигурување на индивидуите. Напуштањето на овој систем би значело воведување на систем на намалени средства кои треба да ги плати индивидуата за здравствено осигурување, односно приспособени според можностите на плаќачот.

Оформувањето на ризични групи за високо ризични индивидуи е важен чекор во преминот кон задолжително осигурување како и во создавањето на механизми коишто ќе овозможат задолжително здравствено осигурување кај индивидуите кај кои постои висок ризик или кои веќе се болни, кои немаат здравствено осигурување по цена која тие ќе можат да ја поднесат. Ова е особено важно за оние кои не работат за големи компании. Предноста на формирање на ризични групи кои се голем товар за секоја држава ќе значи влегување на ризичните групи во здравствениот систем со здравствено осигурување кое би било еднакво за сите индивидуи од ризичните групи. Овие групи би имале плаќање на премии во рамките на нивниот расположлив приход.

Во многу земји во светот владите водат здравствена и социјална политика со цел да обезбедат подобри здравствени услови за населението. Владата на Македонија преку Министерството за здравство на годишно ниво обезбедува средства од буџетот за финансирање на многубројни програми се со цел обезбеди здравје и благосостојба за своите граѓани. Така во рамките на можностите Владата издвојува средства за следниве програми:⁴⁸ ...

1. *Програма за обезбедување средства за болничко лекување без наплата на учество (партиципација) за пензионери со пензија пониска од просечната во Република Македонија за 2013 година.* Целта на оваа програма е чувањето, следењето и унапредувањето на здравјето на пензионерите како и обезбедувањето услови за нивно лекување во болнички здравствени установи.⁴⁹
2. *Програма за партиципација при користење на здравствена заштита на одделни заболувања на граѓаните и здравствена*

⁴⁸ www.moh.gov.mk

⁴⁹ Службен весник бр.43/2012 и 145/2012 година

заштита на родилките и на доенчињата во Република Македонија.

Во рамките на оваа програма, им се обезбедува средства за партиципација при користење на здравствата заштита на:

- родилки и доенчиња до 1 годишна возраст;
- лица со: ревматска грозница, мултиплекса склероза, цистична фиброза, епилепсија, церебрална парализа, прогресивна системска склероза заразни болести, ХИВ/СИДА, беснило, цревен тифус и други;
- болни лица со хронична бубрежна исуфициенција и нивно третирање со дијализа;
- трансплантација на органи;
- малигни заболувања;
- шеќерна болест – дијабетес;
- хормон за раст;
- хемофилија;

3. *Програма за здравствена заштита на лица со болести на зависност во Република Македонија.* Основна цел на програмата е вклучување на поголем број на лица зависници од дроги во програмите за супституциска метадонска терапија и терапија со бупренорфин, со што ќе се намали употребата на илегалните дроги, смртноста од предозираност, употребата на нестерилен прибор, ширење на ХИВ инфекција, хепатит Ц и Б и намалување на криминалните активности.⁵⁰

4. *Програми за задолжително здравствено осигурување на државјаните во Република Македонија кои не се задолжително здравствено осигурени.* Со законот за здравствено осигурување се утврдува кои категории на лица се задолжително здравствено осигурени, меѓу нив постојат граѓани на Македонија кои не исполнуваат ниту еден основ за здравствено осигурување. На оваа категорија граѓани Министерството за здравство се појавува како обврзник за уплатување на придонесите. Со донесувањето на оваа

⁵⁰ Службен весник бр.43/2012 и 145/2012 година

програма се обезбедуваат услови за плаќање на придонес за задолжително здравствено осигурување на државјани на Република Македонија кои немаат ниту еден основ за задолжително здравствено осигурување.⁵¹

5. *Програма за лекување ретки болести*
6. *Програма за обезбедување инсулини, глукагон, инсулински игли, ленти за мерење на шеќер и едукација за третман и контрола на дијабетесот.* Оваа програма е иницирана од сè поголемиот број заболени лица од дијабетес, нивниот број е 119 200 заболени од кои 36 230 се на инсулинска терапија. За таа цел во рамките на јавните здравени установи постојат 37 кабинети за следење и дијагностицирање на оваа болест⁵².
7. *Програма за обезбедување трошоци за болни кои се третираат со дијализа и активности за пациенти со хемофилија во Република Македонија*
8. *Програма за активна здравствена заштита на мајките и децата во Република Македонија.* Оваа програма е иницирана од потребата за добра здравствена состојба на мајките, доенчињата и на малите деца како особена важност бидејќи тоа го детерминира здравјето на идните генерација. Здравјето на мајките и децата се содржани и во милениумските развојни цели кои треба да се достигнат до 2015 година, целта е намалувањето на смртноста кај доенчињата⁵³
9. *Програма за заштита на населението од ХИВ/СИДА.*
10. *Програма за превенција од кардиоваскуларни болести (КВБ) во Република Македонија.*
11. *Програма за превентивни мерки за спречување на туберкулозата кај населението во Република Македонија*

⁵¹ Службен весник бр.43/2012 и 145/2012 година

⁵² www.moh.gov.mk

⁵³ Службен весник бр.43/2012 и 145/2012 година

12. *Програма здравје за сите.* Целта на оваа програма е активен пристап до граѓаните од руралните средини, контролирање на нивното здравје, соодветно лекување и давање препораки за превенција на здравјето.
13. *Програма за рана детекција на малигни заболувања во Македонија.* Оваа програма е поттикната од сè поголемиот пораст на малигните заболувања. Со цел нивно навремено откривање и соодветно лекување, Министерството за здравство презема континуирани активности за зголемување на свесноста кај населението за потребите од превентивни прегледи и водење здрав живот.
14. *Програма за задолжителна имунизација на населението во Република Македонија.* Оваа програма има за цел поголема заштита на населението од заразни болести.
15. *Програма за испитување на појава, спречување и искоренување на бруцелозата кај населението во Македонија*
16. *Програма за здравствена заштита на лица со душевни растројства во Република Македонија.* Оваа програма е поттикната од проблемите со менталното здравје кое претставува сериозен и сложен социомедицински, но и општествен проблем, со бројни здравствени, социјални и економски последици по поединецот, семејството и општеството во целост.
17. *Програма за систематски прегледи на учениците и студентите во Република Македонија.* Главната цел на оваа програма е да обезбеди услови за зачувување и унапредување на здравјето на сите деца од училишна возраст и студентите преку превенција и рана детекција на здравствените ризици и нарушувања на здравјето.
18. *Национална годишна програма за јавно здравје во Република Македонија.*

Со овие програми Владата на Република Македонија се стреми да обезбеди сигурен пристап и здравствена грижа од страна на давателите на здравствени услуги.

Трошокот за здравственото задолжително покривање на осигурувањето може да се усогласи доколку здравствените планови се потребни за да се покријат единствено основните здравствени услуги. Покривањето на трошоците за здравствено осигурување е различно и секоја држава има своја политика во

однос на ова прашање. Кои услуги ќе се покриваат со задолжителното здравствено осигурување зависи од одлуката на законодавната власт. Во голем број земји големо е влијанието на лоби групи со различни здравствени потреби и интереси кои влијаат врз одлуките за формирање на задолжителниот здравствен пакет. Како се зголемува потребата од здравствени услуги на различни нивоа така се зголемува и проширувањето на основниот здравствен пакет за секоја индивидуа.

Задолжителното здравствено осигурување треба да придонесе да се намали штетата која ја прават работодавачите плаќајќи различни стапки на здравствена премија на оние вработени кои работат со скратено работно време и кои имаат мали бизниси. Што значи дека со задолжителното здравствено осигурување и овие категории ќе придонесат за зголемување на масата на пари за придобивки во здравството.

Задолжителното здравствено осигурување ќе ги намали шпекулациите на здравствените планери во однос на индивидуите кои во почетокот на плаќањето на премијата биле здрави, но подоцна нивната здравствена состојба се влошила и поради ваквата нивна состојба, здравствените планери имале право да ја зголемат премијата за здравствено осигурување. Новиот модел би придонел за еднакви стапки на премија за сите претплатници независно од менувањето на нивната здравствена состојба во текот на животниот век.

Овој начин на здравствено осигурување ќе овозможи разграничување на правната одговорност за медицинските сметки. Во овој случај правната одговорност е во рацете на претплатниците (потенцијалните пациенти) независно од нивната моментална здравствена состојба. Ова ќе доведе до елиминирање на разликите помеѓу она што осигурителната куќа ќе одлучи да им го врати и она што навистина ќе им се наплати од страна на давателите на здравствените услуги. Елиминирањето на балансот помеѓу средствата кои треба да се наплатат од осигурителните компании и трошокот кој навистина го прави здравствената институција за пациентот ќе ја зголеми вредноста за пациентот со тоа што давателите на здравствените услуги ќе се концентрираат на потребите од здравствена грижа за пациентот, а не на она што треба да го добијат од осигурителните компании како надоместок за нивната работа.

За давателите на здравствени услуги рамнотежата во наплатувањето е само средство за зголемување на трошоците преку своевидна кражба, а не начин за транспарентно наплатување. Досегашниот систем на порамнување на сметките со осигурителните компании предизвикуваше забуна кај пациентите во поглед на нивната здравствена состојба, а сето тоа доведуваше до непотребни административни трошоци.

3.1.2 Придвижување на конкуренција заснована на вредност-стандарди за покривање на здравствените трошоци

Во поглед на потребите на индивидуите кои се разновидни за покривање од страна на здравственото осигурување може да дојде до судир меѓу потребите на индивидуите и здравствените планери. Потребите на индивидуите можат да бидат разновидни, како на пример потреба од вештачко оплодување, одговорност која треба да се преземе во процесот на давање здравствена грижа во полето на рекреативните спортови и разни други потреби на индивидуите. Но за жал, спецификите кои треба да бидат опфатени при покривањето на трошоците за здравствено осигурување честопати се усложнуваат.

Денес она што треба да биде покриено со здравственото осигурување се детерминира со државните регулативи. Овој процес е легален, политички и маркетиншки подржан, а истовремено не смее да постои пристрасност од страна на медицинските расудувања.

Секоја држава има своја политика во однос на тоа кои здравствени услуги ќе бидат покриени со здравственото осигурување. Ваквиот однос на државите кон одредувањето на рамките за покривање на здравствените услуги, придонесува за создавање на нееднаквости и поттик кај вработените да ги менуваат работните места од една во друга држава.

Очигледно е потребен подобар процес за дефинирање на минимално покривање на здравствени услуги во процесот на давање здравствена грижа. Треба да се воспостави единствен врзувачки национален стандард за да се обезбеди минимално покривање на здравствените услуги. Во продолжение се

наведени задолжителните мерки за поставување на стандардите при покривање на задолжителното здравствено осигурување:⁵⁴

- Воведување национални стандарди за основните барања за покривање на задолжителното здравствено осигурување;
- Вклучување на примарна нега, превентивна нега и основно покривање на здравствени услуги;
- Повремен преглед на основните стандарди за покривање на здравственото осигурување за унапредување на здравствената нега;
- Применување на здравствени придобивки за вработените на државно ниво како почетен стандард;
- Земање предвид на медицинските исходи и на потребите на пациентите во покривањето на доживотната здравствена нега;
- Потребен е медицински правен застапник и составување на медицински доказ како услов за покривање на задолжителното здравствено осигурување;
- Воведување на индивидуална пресметка за учество во здравствената нега;

Определувањето на стандардите за покривање на минималната здравствена грижа треба постојано да се ревидира за да се постигне сигурност дека новите видови за потреба од здравствена грижа ќе бидат воведени дополнително, а ќе бидат исфрлени неефикасните или застарени видови здравствена грижа.

Стандардите за покривање на здравствените услуги секогаш треба да се темелат на потребите на пациентите, а не на претпоставки за кои нема издржани докази и докажани резултати.

Пакетот здравствени услуги кои треба да ги опфаќаат основните потреби на пациентот треба да бидат покриени со задолжителното здравствено осигурување, додека сите останати здравствени услуги кои не влегуваат во

⁵⁴ PORTER, Michael.E (2006): Redefining health care, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts

основниот здравствен пакет би можеле да бидат покриени со дополнително здравствено осигурување за кое одговорноста ќе ја преземе индивидуата.

Во Република Македонија здравственото осигурување се установува како задолжително и доброволно. Задолжителното здравствено осигурување се установува за сите граѓани на Република Македонија заради обезбедување здравствени услуги и парични надоместоци врз начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата. Доброволното здравствено осигурување се установува за обезбедување здравствени услуги кои не се опфатени со задолжително здравствено осигурување.⁵⁵

Осигурениците во РМ имаат право на здравствени услуги кои се гарантираат и со Уставот на РМ. Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги во случаи на:

1. Болест и повреда надвор од работа;
2. Повреда на работа и професионално заболување;

Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ) ги обезбедува основните здравствени услуги за осигурениците на примарно, секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита и тоа само кај даватели на здравствени услуги кои се во мрежата на здравствени установи во кои се врши здравствена дејност. Овие услуги давателите на здравствена заштита ги даваат согласно прописите од областа здравствената заштита, во висина на утврдени цени со општ акт на ФЗОМ, на кој министерот за здравство дава согласност.⁵⁶

Основниот здравствен пакет кој е обезбеден од стана на ФЗОМ за осигурениците е разработен во Глава 5 со сета негова опширност и ширина. Иако со пакетот здравствени услуги се опфатени голем број услуги, пациентите се соочуваат со недостиг на здравствена грижа.

За една здравствена услуга да влезе во процесот на задолжителното здравствено осигурување треба да се обезбеди медицински доказ кој укажува на

⁵⁵ Закон за здравствено осигурување, Службен весник на РМ, бр.65 од 25.05.2012 година

⁵⁶ Закон за здравствено осигурување. Сл.весник на РМ бр. 65 од 25,05,2012 член 9 страна

посакуваните потреби на пациентот во однос на здравствените услуги. Ваквиот медицински доказ треба да стане услов таа за да влезе во осигурителниот пакет.

Со ова ќе се одбегне грижата која не е во согласност со желбите и потребите на пациентот со што ќе се намалат системските трошоци додека истовремено ќе се зголеми вредноста на грижата која се дава на секој пациент.

Крајна дилема на полето на воспоставување на стандарди за покривање на здравствената грижа е во која мерка ќе се земе предвид одговорноста на индивидуата за учество во процесот на здравствена грижа и придржување на пациентите кон третманот препорачан од лекарот.

Истражувањата покажуваат дека однесувањето на пациентот во процесот на здравствена грижа не влијае врз покривањето на трошоците кои се направени во процесот на здравствената грижа. Многу земји немаат законска основа која би го опфаќала негативното однесување на пациентите во процесот на здравствена грижа. Овде пред сè се мисли на соработката на пациентот со лекарот како и придржувањето кон препишаниот третман. Нездравите навики како пушењето, лошата исхрана и друго, немаат влијание врз здравственото осигурување.

Грижата на пациентите за своето здравје е исто толку важно како и грижата на лекарот. Имено производот здравје го сочинуваат два субјекти: пациент и лекар и тие мораат заедно да соработуваат за да го произведат здравјето. Како што ќе видиме во наредната глава, за да се лекува пациент од туберкулоза, докторот мора да препишува терапија и да дава насоки во правец на поефикасно лекување на пациентите (редовни контроли, редовно примање на терапија, прекинување на пушење итн.), но ако пациентот не се придржува кон препораките на докторот тогаш неговата здравствена состојба ќе се влошува.

Нови регулативи се потребни за да се разграничи групата на разумни задолженија на претплатниците во однос на нивната здравствена грижа како и на можните последици во рамките на планираните премии или придобивки. Придобивките за подобрување на здравствената грижа ќе се големи доколку се

зголеми и свесноста на индивидуата за сопственото здравје и за придонесот кон процесот на здравствено лекување.⁵⁷

3.1.3 Придвижување кон конкуренција заснована на вредност - подобрување на структурата на давањето на здравствена грижа

Иако осигурувањето, пристапот до здравствените услуги и нивното покривање се многу значајни сегменти за редефинирање на здравствениот систем, сепак најголемиот дел од реформите лежи во испораката и во трансформацијата на структурата на здравствената грижа. Главната трансформација која треба да се изврши е заснована на конкуренција базирана на вредност и на резултатите на ниво на медицинска состојба - болест.

Владата има клучна улога за отпочнувањето на конкуренцијата, подобрувањето на практиката на наплата на здравствените услуги, охрабрувањето за започнување со примена на што посовремена информатичка технологија, подобрување на структурата за справување со здравствените планови и континуирана поддршка во однос на медицинските истражувања со поголемо нагласување во полето на истражување, особено на клинички исходи. Главната улога на Владата во поглед на редефинирањето на здравствениот систем е да создаде средина во која што ќе се дозволи и овозможи конкуренција меѓу давателите на здравствени услуги со цел да се подобри вредноста за пациентите.

Фундаментална цел на Владата е да обезбеди конкуренција заснована на вредност меѓу давателите на здравствени услуги и да се постигне сигурност дека исходот од лекувањето ќе биде со висок квалитет во однос на цената која ја плаќа осигуреникот и дека информациите од исходот од лекување ќе се собираат и ќе бидат достапни за јавноста.

Во здравствениот систем заснован на вредности владата не ја поседува клучната улога во однос на поставување на индикатори за мерење на исходот од

⁵⁷ PORTER, Michael.E (2006): Redefining health care, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts p. 338-341

лекување, ниту пак ги определува работните обврски кои треба да ги извршуваат медицинските тимови во болниците. Владата исто така не ги определува цените, туку ги добива од информациите на давателите на здравствени услуги. Во услови на создавање на здравствен систем заснован на вредности Владата само создава услови за сите активности да се применуваат на многу високо ниво на квалитет и интегритет.

Секој давател на здравствени услуги треба да собира и распространува информации во поглед на исходот од лекување на пациентите кои се предмет на нивна обработка. Собирањето податоци и нивното објавување е од суштинско значење за воспоставување на систем заснован на вредности. Имено, исходот од лекување треба да биде публикуван, за да се влее сигурност кај пациентите, а со цел да се елиминираат субјективните расудувања за квалитетот на дадените услуги од страна на давателите на здравствени услуги. Колку е појасно дека намерата на Владата не е да навлегува во автономијата на болниците толку полесно ќе започне собирање и распространување на информациите.

Сегашниот систем за собирање податоци се заснова на безброј совпаѓања и во најголем дел се прави од страна на волонтери. Податоците не се систематизирани и како такви се неупотребливи. Доколку, се потребни информации за каков било медицински исход, пред сè за научни цели, треба некој да се смилува за да се добијат, а научно - истражувачката работа без обезбедени податоци речиси и да е невозможна. Поради овие причини ваквиот систем не смее повеќе да се толерира.

Сепак, потребни се националните стандарди за резултатите од мерењата и за задолжителното давање информации за сите медицински состојби. Исходите за секој давател на здравствена услуга поврзани со извештаите за подобрени трошоци се потребни за стапката за подобрување на вредноста да постигне максимален ефект.

Целта на јавната регулатива е да не се ограничи собирањето на информации ниту пак да се забави воведувањето на иновации при мерењето, туку напротив да се обезбеди минимален збир на точни, навреми издржани и корисни резултати добиени од собраните информации и истите да бидат достапни.

Воведување на процес за дефинирање на мерките од исходот Владата треба да воведат и да го надгледува процесот на дефинирање и на ратификација на основната група мерки во однос на исходот за секоја медицинска состојба одделно.

Кога ќе се определат основните индикатори за мерењето на исходот од лекување, владата треба да го обврзе секој давател на услуга на прикажување на информациите и обврзува дадените информации да бидат веродостојни и да бидат издадени од надлежната институција за соодветната медицинска состојба - болест. Собирањето и распространувањето на информациите треба да бидат добро структурирани и точно определени.

Сегашниот систем на наплата на здравствените услуги е против создавање конкуренција заснована на вредност. Овој систем наплатува цени и сметки за иста услуга или епизода на лекување опфаќајќи го секој лекар, секој тест, лежењето во болница итн., т.е. сè она што влегува во давањето здравствена услуга при една медицинска состојба. На ваквиот систем му недостасува вредност, бидејќи она што е од особена важност за вредноста е севкупната цена за медицинската состојба или грижа, а не за интервенциите во процесот на давање на здравствената грижа. Овој систем само го усложнува системот на наплата и го уништува истиот. Во сегашниот систем не постои вистинско следење на трошоците за услугите кои се даваат на пациентите.

Цените на услугите се формираат врз основа на преговарачката моќ која ја имаат менаџерите, наместо врз основа на вистинските трошоци кои ја сочинуваат цената на услугата. Ваквиот систем не ја подобрува вредноста на пациентот, а резултира и со лажна заштеда.

Цените за здравствените услуги треба да се формираат за целиот циклус на здравствено лекување, а не одделно како што тоа го овозможува денешниот систем. Цените треба да бидат постојано достапни и да им бидат на располагање како на индивидуите, така и на давателите на здравствени услуги за да можат непречено и навремено меѓусебно да ги споредуваат. Секоја цена треба да ги содржи сите услуги кои се направени за пациентот во текот на лекувањето (лекарско писмо, процедури, испитувања посети...).

Освен за горенаведеното, Владата има и клучна улога во обезбедувањето конкуренција заснована на вредност. Улогите на владите во светот имаат главна и стратешка улога во отстранувањето на вештачките бариери кои денес постојат во целиот здравствен систем во светски рамки. Постојат многубројни бариери при што голем број од нив се ненамерни.

Се претпоставува дека во здравството има премногу конкуренција која е главниот виновник за удвојувањето и за вишокот инвестиции во здравството, како и за удвојувањето на административните трошоци. Здравствената заштита не се фокусира на создавање вредност и на давање на таа вредност на пациентите. Наместо создавање вредност, давателите на здравствени услуги ја делат вредноста наместо да ја зголемуваат. Иако здравствената грижа нуди огромна вредност, непотребните трошоци кои се прават при нултата конкуренцијата не само што не ја зголемуваат вредноста, туку и ја уништуваат истата.

Затоа, Владите не само што треба да ги отстрануваат пречките за непречено одвивање на конкуренцијата меѓу давателите на здравствени услуги, туку треба и да ја сочуваат лојалната конкуренцијата со што ќе ја спречат практиката за ограничување на конкуренцијата.

Значителни придобивки се можни во овозможувањето на здравствената нега и во подобрувањето на медицинските досиеја при давањето здравствената грижа, поголема интеграција меѓу давателите на здравствени услуги преку подобри резултати од мерењата како и подобро споделување на информации кон пациентите.

Во продолжение ќе ги наведеме задолжителните мерки за поставување на стандардите и за подобрувањето на структурата при испорака на здравствената нега и тоа³⁵:

Овозможување на сеопфатни крајни информации

- Воспоставување процес за дефинирање на мерките од исходот;
- Воведување задолжително известување за резултатите од исходот на лекување;
- Воспоставување систем за собирање на информациите од сите даватели на здравствени услуги;

Подобрување на практиката за наплата

- Воспоставување цена за целиот циклус на здравствено лекување;
- Воспоставување систем на реални цени на здравствената услуга;
Можност за конкуренција на вистинско ниво
- Намалување на вештачките пречки со цел да се постигне интеграција на ниво на медицинска состојба – болест;
- Потреба од оправдување на вредноста во однос на упатување на пациентите и во однос на нивниот третман, не со цел да се постигне поголема економска корист, туку да се постигне поголема вредност за пациентот;
- Отстранување на вештачите пречки со цел да се овозможи нов влез на даватели на здравствени услуги;
- Обновувањето на дозволите за работа на давателите на здравствени услуги да се врши по автоматизам, туку секое обновување да биде издржано и поткрепено со доказ заснован на постигнатите резултати;
- Воведување на антитрустовска регулатива;
- Да се елиминира практиката на купување непродуктивни здравствени услуги;
- Елиминирање на пречките за конкуренција на регионално ниво;

Воспоставување на стандарди и правила кои што ќе овозможат споделување на информационата технологија и информациите

- Развивање стандарди за хардверски и софтверски решенија;
- Развивање стандарди за медицински податоци;
- Поттикнување идентификација и воведување сигурносни мерки;
- Обезбедување поттик за усвојување на информациската технологија;
- Реформирање на нефункционални системи;
- Инвестирање во медицински и во клинички истражувања;

Оваа глава имаше за цел ја прикаже улогата на Владата во создавањето на условите на конкуренција заснована на вредност и да послужи како рамка за унапредување на здравствениот систем во Македонија

ГЛАВА 4

АНАЛИЗА НА ТРОШКОТ И ДОБИВКАТА: ИНТЕГРИРАН НАСПРОТИ ФРАГМЕНТАРЕН ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ

Најголемиот проблем во здравствената заштита не е во осигурителните компании или здравствените политики туку во мерењето на погрешни нешта на погрешен начин.

Robert S.Kaplan and Michael E.Porter

4. АНАЛИЗА НА ТРОШКОТ И ДОБИВКАТА: ИНТЕГРИРАН НАСПРОТИ ФРАГМЕНТАРЕН ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ

4.1. Актуелна состојба со трошоците кај давателите на здравствени услуги

Сите земји во светот, без разлика дали станува збор за развиени, неразвиени или земји во развој, се соочуваат со истиот проблем, а тоа е брзиот раст на трошоците од една и задоволувањето на потребите на населението кое старее, т.е. да се даде подобра здравствена грижа на населението, од друга страна.

Честопати се вели дека недостасуваат средства за да се задоволат потребите на населението. Проблемот не е секогаш во недостигот на ресурси туку како и колку често се користат истите. Како што веќе неколку пати потенциравме, вистинска вредност за секој здравствен систем претставува подобрувањето на вредноста што се дава за пациентот. Досегашните примери ни укажуваат на фактот дека повеќе здравствена грижа не ја подобрува вредноста за пациентот, но и дека поскапата здравствена грижа не значи и подобра здравствена грижа.

Пресметувањето на вистинските трошоци во здравството претставува огромен предизвик за менаџерскиот тим поради комплексноста на здравствената грижа. Грижата за еден пациент бара различни ресурси и тоа: персонал, медицинска опрема, немедицинска опрема, простор, лекови и медицински потрошен материјал, а секое средство се употребува наменски и има различен трошок. Овие ресурси се користат од доаѓањето на пациентот во болницата, па се до неговото отпуштање, т.е. до неговото целосно оздравување.

Поради различната медицинска состојба која ја има пациентот различна ќе биде и испораката на здравствена грижа, а со тоа различно ќе биде и користењето на здравствените ресурси. Пресметувањето на трошоците во процесот на давање на здравствена грижа се усложнува уште повеќе поради фрагментацијата на здравствениот систем каква што е денес. Но системот за пресметка на трошоците се усложнува уште повеќе ако се земе предвид дека пациент со иста медицинска состојба (болест) не се третира исто во процесот на

лекувањето (на пример се користат различни процедури, различни лекови, различна опрема, различни тестови за испитување).

Системите кои денес се употребуваат за следење на трошоците не можат да одговорат на потребата за следење на вака комплексно поставениот систем на здравствена заштита. Најчесто системите ги мерат трошоците по оддели и одделенија, со што се овозможува префрлање на трошоците од еден оддел на друг или пак или пак од една услуга на друга. Менаџментот на болницата прави многу малку за да се намалат трошоците, но притоа да се зголеми вредноста за пациентот.

Во процесот на давање на здравствена грижа се прават многу трошоци и најголемата грешка која обично е присутна кај речиси сите даватели на здравствени услуги е тоа што не се прави разлика помеѓу вистинскиот трошок и она што осигурителните компании го исплаќаат како надоместок за извршената услуга. Вообичаено трошокот се изедначува со цената на услугата, но трошокот секогаш треба да се гледа различно од она што се наплатува од осигурителните компании или од пациентите. Вистинскиот трошок значи колку од ресурсот се користи изразено во време или колку ресурси се користат за пациентот, а не колку се наплаќа од осигурителните компании⁵⁸.

Поттикнати од големиот предизвик за определување на трошок по пациент како појдовна точка за осознавање и распределба на трошоците со цел да се согледаат трошоците во здравството и истите да се управуваат е причината поради која во оваа глава акцентот се става на трошокот по пациент. Очекуваме дека ваквата пресметка ќе ни помогне да ги согледаме проблемите за брзото зголемување на трошоците во здравството.

Оваа глава го претставува средишниот дел на истражувањето во рамките на кои ќе се елаборираат трошоците кои се прават при лекување на една медицинска состојба (болест), но и начините како истите да се намалат. Ова истражување треба да ни ги покаже вкупните трошоци кои се прават за лекување

⁵⁸ Kaplan Robert.S. and Porter Michael E.- How to solve the cost crisis in health care, Harvard business review, September 2011, p 6 - 7

на една медицинска состојба (болест). Претходните истражувања покажаа дека здравствениот систем во Македонија е фрагментарен поради што се намалува вредноста за пациентот, а се зголемуваат трошоците. Целта на оваа квантитативна анализа е да ги прикаже високите трошоци во услови на фрагментарен здравствен систем и да се дадат препораки кои ќе се базираат на теоретски елаборираните принципи како овие трошоци можат да се рационализираат со примената на истите.

4.2. Концепти за идентификување на трошоците кај давателите на здравствени услуги

Трошоците можат да се категоризираат на различни начини, со цел да ги задоволат специфичните потреби на оние кои ја носат одлуката. Сепак во најголем број ситуации, вкупната вредност на трошоците е иста. Заменувањето на еден трошковен концепт со друг значи само едноставно прераспределување на трошоците на поинаков начин. На пример вкупните трошоци за лабораторија изнесуваат 21.360 американски долари. Од овој износ 20.000 долари може да се класифицираат како директен трошок, а 1.360 долари како индиректни трошоци. Но доколку трошоците се класифицираат според можноста да бидат контролирани, тогаш би можело да се констатира некоја сосема поинаква распределба, како на пример: 15.000 долари трошоци кои можеле да се контролираат и 6.360 долари за трошоци кои не можеле да се контролираат. Но и во двата случаи трошоците се исти. Од горенаведениот едноставен пример може да заклучиме дека трошковните концепти само ги распоредуваат трошоците на поинаков начин.⁵⁹

Најчесто, сметководителите ги изедначуваат трошоците со расходите така што голем број од креаторите на статистичките извештаи при дефинирање на трошокот како трошок го земаат издатокот, а не потрошувачката. Дobar пример за ова е амортизацијата која всушност е трошок на некое минато време, а сега

⁵⁹ http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Instrukcioni_materijali3.pdf

претставува издаток кој треба да се плати како резултат на некој трошок кој што настанал во минатото⁶⁰.

4.2.1. Директни и индиректни трошоци

Од сите класификации на трошоците, следењето на трошоците е најосновниот начин. Овој начин на класификација на трошоците се карактеризира со две главни категории на трошоци и тоа директни и индиректни трошоци. Самото име на оваа поделба на директни и индиректни трошоци ни укажува за каков трошок станува збор, така што како директен трошок се зема трошокот кој директно се упатува до трошковната цел, како на пример платите, хонорарите, материјалите, додека во категоријата индиректни трошоци спаѓаат оние трошоци кои немаат директно влијание на трошковната цел, но сепак се прават за да се даде услугата.

Покрај поделбата на трошоците на директни и индиректни, нивната поделба може да биде во зависност на трошоците од излезните резултати. Па така, трошоците може да се поделат во четири категории на трошоци и тоа: варијабилни, фиксни, полуфиксни и полуваријабилни⁶¹.

Варијабилните трошоци се менуваат со менувањето на излезните резултати и тоа на константен, пропорционален начин. Ова значи дека ако излезот се зголеми за 10% тогаш и трошокот треба да се зголеми за 10%.

Фиксните трошоци не се менуваат во зависност од евентуалните промени т.е. не зависат од излезните резултати. Овој тип на трошоци се резултат на изминато време. Дobar пример за тоа е амортизацијата која се издвојува секој месец без оглед на излезните резултати.

Полуфиксните трошоци се менуваат во зависност од промената на излезните резултати, но тие не се пропорционални, т.е. не се директно зависни од излезниот резултат.

⁶⁰ http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Instrukcioni_materijali3.pdf

⁶¹ http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Instrukcioni_materijali3.pdf

Полуваријабилните трошоци вклучуваат елементи од фиксните и варијабилните трошоци.

4.2.2. Трошоци кои се контролираат и трошоци кои не можат да се контролираат

Една од основните цели за собирање на трошоците е да се олесни процесот на контрола од страна на раководството. Во овој дел често се поставува прашањето за кој дел од вкупните трошоци раководството можело да делува, а за кои трошоци не и затоа во оваа поделба е важно да се направи разлика меѓу трошоците кои можат да се контролираат и оние кои не можат да се контролираат.

Во процесот на менаџирање, раководното лице треба да ги претпостави и идните трошоци, кои обично се базираат на историските резултати, но идните трошоци не можат секогаш да се потврдат со сигурност од причина што условите во минатото не се исти со сегашноста. Идните трошоци се важни за донесување на одлуки затоа оваа група на трошоци се дели на⁶²:

- Трошоци кои можат да се избегнат - трошоци кои можат да се избегнат или заштедат, (трошок на некоја активност која може да се елиминира, а при тоа да не се наруши тековното работење на болницата);
- Вградени трошоци, кои не можат да се избегнат како резултат на намалувањето на обемот на работата. Вградените трошоци најчесто се трошоците за плата, амортизација, административни трошоци, осигурување и останати трошоци.

Разликата која ја прикажавме меѓу фиксните и варијабилните трошоци од една страна како и вградените трошоци и трошоците кои можат да се избегнат од друга страна не е идеална. Всушност меѓу оваа поделба не може да се постави цврста граница.

⁶² http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Instrukcioni_materijali3.pdf

Поделбата на трошоците е значајна за нивна правилна класификација и за определување на вистинскиот трошок на услугата која се дава. Правењето на пресметки и калкулации за трошоците е возможно само ако добро се познаваат трошоците и местата на нивно настанување⁶³.

4.2.3 Методи за пресметка на трошоците

Точната проценка на трошоците, обично е од клучна важност за изработка на оперативни буџети, дефинирање на стандардни трошоци, донесување одлуки во процесот на формирање на цените и многу други менаџерски активности.

Многу често во праксата трошоците се определуваат со одредување на просечна вредност за две или повеќе изминати години, додавајќи уште проценти за инфлација. Но во услови на брз технолошки развој на информатички системи, подобрените методи на инженеринг и менаџмент придонесоа да се развијат подобри техники за анализа на однесувањето на трошоците.

*Метод на историски трошоци*⁶⁴ - овој метод вклучува употреба на стари сметководствени податоци од финансиската и трошковната евиденција на една болница. Ако се земат предвид вкупните трошоци и ако се поделат со вкупниот број пациенти/денови ќе се добие цената на чинење за еден пациент. Овој метод е лесен за употреба, но не го покажува вистинскиот трошок по пациент. Врз основа на овој метод не може да се согледаат некои трошоци кои можеби немаат никаква вредност за подобрување на исходот од лекувањето или во предвидувањето на идните трошоци.

*Инженеринг методот*⁶⁵ се заснова на специфичниот физички однос и врската помеѓу влезните елементи на еден процес и забележаниот излезен резултат. Пример за овој метод е еден пациент во една здравствена установа кој бара лекарска грижа, потоа мерењето на сите физички влезни елементи како што се работните часови на лекарот, количеството и видот на искористениот

⁶³ http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Instrukcioni_materijali3.pdf

⁶⁴ http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Instrukcioni_materijali3.pdf

⁶⁵ http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Instrukcioni_materijali3.pdf

материјал, искористеноста на опремата, потрошената топлинска и електрична енергија, водата, итн., како и мерењето на излезните резултати како што се дијагноза и излекуван пациент засновани на потрошениот материјал (на пример влезни елементи за РТГ филмови развивачи, искористеност на рендгенот (РТГ), а како излезен резултат - дијагноза врз основа на снимка).

За да се започне каква било пресметка на трошоците по пациент најпрво треба да се даде мал вовед за трошоците и нивното следење во процесот на давањето здравствени услуги.

4.3. Трошоците според сегашниот традиционален систем кој се употребува кај давателите на здравствени услуги

Сите активности во светот се преземаат со цел да извлече некаква корист од нив. Парите и профитот се мотивот кој ги обединува учесниците да се борат за својата активност за да можат да опстанат на пазарот. За да ги реализираат своите цели, учесниците мораат да извршуваат некакви активности, притоа правејќи трошоци кои мора да бидат пресметани во активностите кои ги прават.

Како што веќе видовме, трошоците се делат на варијабилни, фиксни, директни и индиректни и ваквата поделба им овозможува на учесниците во бизнисот да ги следат трошоците и врз основа на тоа да го насочуваат бизнисот на прав пат. Разбирањето на трошоците и нивната правилна примена им овозможува на менаџерските тимови да ја определат реалната вредност на инвестицијата, услугата, производството и да направат ефикасно планирање и анализа за менаџирање на персоналот, да донесат одлуки поврзани со буџетот, итн.

Одлуките врз основа на добро пресметаните трошоци се многу корисни за водење на понатамошниот бизнис во услови на голема конкуренција. Ваквиот начин на разбирање на трошоците и нивна правилна алокација и реалокација е од големо значење без разлика дали станува збор за јавна или приватна установа.

Ако се набљудува приватниот сектор во услови на заострена конкуренција, тогаш од игра ќе биде исфрлен секој кој нема да може да опстане на пазарот, а од

аспект на јавните установи е многу важно да се рационализираат трошоците бидејќи ниту една држава не е толку богата за да плаќа непродуктивни гранки.

Тргувајќи од претпоставката дека денешниот здравствен систем не може да одговори на потребите и барањата на новите предизвици ќе се обидеме да ги лоцираме проблемите со огромните трошоци кои настануваат во процесот на давање на здравствена грижа и да понудиме решенија кои не мора да ги решат проблемите во здравствениот систем, но ќе претставуваат патоказ за усовршување на системот и ќе помогнат во надминувањето на сите недостатоци кои го прават многу скап и нефункционален.

Кај давателите на здравствени услуги во Република Македонија речиси и да не постои систем за следење на трошоците, туку трошоците се изедначуваат со цената која ја дава Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ) за соодветната услуга која се дава на пациентот. Од причина што не се знаат трошоците за услугите кои се нудат, менаџерите не можат да управуваат со нив, па како резултат на тоа виновниците се бараат во институциите, во ниските цени на услугите, во високите фиксни трошоци, итн. Во ваков случај единствено објаснување за големите долгови кои ги прават давателите на здравствени услуги е дека фиксните трошоци, ниските цени на услугите кои ги определува ФЗОМ и немањето на доволен број пациенти ги зголемуваат трошоците од работењето. Но речиси и да не постојат вистински аргументи за оваа претпоставка, т.е. не се знае кои услуги се потценети, кои се преценети, колку фиксниот трошок ја оптоварува цената на услугата, која услуга е нерентабилна и зошто, дали некоја услуга може да се даде со помал трошок или да се обезбеди од друг давател на здравствени услуги и сл. Како резултат на горенаведеното, давателите на здравствени услуги треба да ги напуштат старите модели за искажување на приходи минус расходи и треба да се пристапи кон модели кои ги следат трошоците на местото на нивно настанување како би се постигнало елиминирање на непотребните трошоци.

4.3.1. Следење на трошоците во здравствените установи во Република Македонија

Давателите на здравствени услуги се финансираат со средства од ФЗОМ. На годишно ниво се определува буџет кој се добива врз основа на остварени резултати од минатата година и се изработува план за видот и обемот на здравствените услуги, кој претставува основа за преговарање и одредување на висината на парите со кои давателите на здравствени услуги ќе располагаат во наредната година.

Менаџерскиот тим го составува видот и обемот на здравствените услуги за кои претпоставува дека ќе ги реализира во наредната година и со тоа ќе ги оправда паричните средства кои ги одобрува ФЗОМ.

Видот и обемот на здравствените услуги се доставува до лекарите и сè додека тие ги исполнуваат зацртаните цели кои се планирани, менаџерскиот тим не прашува за детали.

Веќе елабориравме дека кога зборуваме за трошоците во Македонскиот здравствен систем, тогаш мислиме на цената која ја плаќа ФЗОМ за една завршена епизода на лекување или за Дијагностичка Сродна Група - (ДСГ) услуга. Исплатата на износот на фактурата за набавени ресурси за давање на здравствена услуга (лекови, медицински материјали, вода, струја, затоплување, итн.) се става во сооднос со приходот и разликата помеѓу приходот и расходот го покажува издатокот кој не може да се покрие со тековното работење. Ваквиот начин на водење на трошоците не ја покажува реалната слика на трошоците, па според тоа на нив не може да се делува со цел да се намалат или рационализираат.

Целта на ова истражување е да се определи вистинскиот трошок по пациент за медицинската состојба - туберкулоза, да се даде модел за следење на трошок по пациент за целиот циклус на лекување, кој ќе биде применлив за сите здравствени установи и да се согледаат недостатоците на фрагментарниот здравствен систем за лекување на оваа болест. Притоа, истражувањето и моделите кои се применуваат треба да преставуваат понатамошен модел кој ќе се применува во целиот здравствен систем во земјата, т.е. воведување на пресметка на трошоците за еден пациент како би се согледале трошоците кои

навистина се прават при лекување на една медицинска состојба (болест). Понатаму, истражувањето ќе ни овозможи да ја согледаме вистинската цена за лекувањето на болеста - туберкулоза што ќе ни овозможи, пак, следење и споредување на трошоците со цел да се елиминираат непотребните трошоци при лекување на болеста, а сè со цел да се зголеми вредноста за пациентот.

Ваквиот пристап на пресметка на трошокот е од корист за менаџерите, за да можат аргументирано да се борат за зголемување на цените кои ги плаќа ФЗОМ, но и да ги согледаат своите недостатоци во однос на менаџирањето. Анализата на трошоците упатува во правец на донесување на одлуки за елиминирање или отфрлање на услуги кои здравствената установа ги дава со многу повисоки трошоци од другите здравствени установи.

Како што веќе потенциравме, пресметката на трошокот по пациент ќе ја спроведеме кај пациенти болни од туберкулоза. Но пред да се започне со пресметката неопходно е да се прикаже состојбата со туберкулозата во земјата и да се прикажат давателите на здравствените услуги кои се одговорни за дијагностицирање, следење и контрола на туберкулозата во Македонија.

Главната цел на ова истражување е да се добие трошокот по пациент, притоа имајќи предвид дека сегашниот систем на следење на трошоци не ја обезбедува посакуваната цел. Во процесот на истражување ќе се обидеме да ги лоцираме трошоците кои придонесуваат Институтот за белодробни заболувања да прави долгови кои не може да ги сервисира со своето тековно работење.

Во истражувањето се одлучивме да го пресметаме трошокот по пациент за туберкулоза и за таа цел ќе ги користиме сите релевантни податоци за трошоците кои се наоѓаат во сметководството на Институтот.

Во текот на истражувањето ќе се следат сите испитувања кои се прават за пациентите низ процесот на давањето здравствена грижа. Во истражувањето се земени сите пациенти кои боледуваат од туберкулоза. Нивното лекување се одвива во повеќе установи во земјата. Во продолжение на истражувањето накратко ќе ја презентираме и состојбата со оваа болест во државата, како и институциите во земјата во која се дијагностицира, следи и лекува оваа болест.

4.4. Анализа и проценка на трошоците во здравството: Национална програма за туберкулоза во Република Македонија

4.4.1. Општо за туберкулоза

Туберкулозата (ТБ) во РМ во последните 10 години е во континуирано опаѓање. Во последните две години, 2011 и 2012 година, со стапка на регистрирани болни од 17,9 и 17,2/100.000 население, Македонија се вбројува во земјите со европски ниска стапка на ТБ (под 20/100.000 население). Северозападниот регион на РМ на кој му припаѓаат општините од подрачјето на градовите Скопје, Куманово, Тетово и Гостивар сè уште имаат повисока стапка на ТБ од националната⁶⁶.

Од туберкулоза сè уште почесто боледува машката популација. Односот жени: мажи варира од 1:1,5 до 1:1,3 во периодот 2007-2011 година. Процентот на болни од ТБ на возраст од 0-14 години, после умерен пораст во претходните три години, во 2012 година покажува тенденција на благо намалување.

Меѓу регистрираните болни доминираат новите случаи на ТБ. Претходно лекувани случаи се околу 12% со тоа што во 2012 процентот е нешто повисок - 15,2%, а во 2012 се намалува под 10% (9,9%). Процентот на ВБТБ постојано е висок и се движи од 22% до 26%. Во однос на резултатите на лекување, со години бележиме континуирано подобрување на успешноста кое за 2012 година изнесува 94,6 %.

Во однос на болничкото лекување нема податоци дека тоа овозможува подобри резултати кај болните со ТБ⁶⁷. Но има студии во светот кои покажале дека болничкото лекување придонесува до зголемен ризик од трансмисија на инфекцијата на ТБ⁶⁸, а има и поголема социо-економска загуба за болните и

⁶⁶ Централен регистар за туберкулоза на Република Македонија

⁶⁷ Taylor Z, Marks SM, Rios Burrows NM, Weis SE, Stricof RL, Miller B. Causes and costs of hospitalization of tuberculosis patients in the United States. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000 Oct;4(10):931-939.

⁶⁸) Nardell E, Dharmadhikari A. Turning off the spigot: reducing drug-resistant tuberculosis transmission in resource-limited settings. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010 Oct;14(10):1233-1243.

нивните семејства⁶⁹. Американското здружение на лекарите за торакални болести, има дадено препораки за приоритет на амбулантниот модел на лекување на ТБ и дека инфекцијата не е важен индикатор за хоспитализација⁷⁰, а истото е поддржано и од Светската Здравствена Организација (СЗО).

Според националните препораки во Македонија (МК), се советува болничко лекување во почетниот стадиум на ТБ за сите болни со активна форма на болеста, како и за потешко болните со вонбелодробна локализација. Хоспитализацијата е индицирана сè до постигнување на конверзија на спутумот. Но тоа не се почитува од страна на пациентите и медицинскиот кадар, а закон за принудно лекување не постои.

Во праксата со години, поголем број на пациентите со туберкулоза (ТБ) (од 65-70%) го започнуваат своето лекување болнички. Не се практикува подолг болнички престој, а просечното болничко лекување има тенденција на намалување од година во година и тоа изнесува 36 дена за 2011 година.

Националната Програма за контрола на ТБ во Македонија не располага со прецизни податоци за ефикасноста на лекувањето, односно ефикасното лекување за пациентите со ТБ кои го започнале лекувањето болнички, наспроти оние кои целиот курс на лекување го поминале амбулантно.

Изминатите 5 години, зголемена е и улогата на патронажната служба во најголемите општини во Македонија и се очекува нивната работа да има позитивна дополнителна улога во поефикасно лекување на пациентите со ТБ. Но за тоа не располагаме со валидни податоци базирани на докази. Освен тоа нема податоци и за трошоците на лекување по еден болен со ТБ. Поради тоа се наметнува потребата од изработка на трошоци по пациент за целиот циклус на здравствено лекување што ќе ни помогне да ги согледаме и подобриме недостатоците кои го прават лекувањето на пациентите неефикасно, а трошоците поголеми.

⁶⁹ Addington WW, Albert RK, Bass JB, Jr, Catlin BJ, Loudon RG, Seggerson J, et al. Non-drug issues related to the treatment of tuberculosis. Chest 1985 Feb;87(2 Suppl):125S-127S

⁷⁰ World Health Organization, Geneva, 2002. An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/2002.297 .

4.4.2. Институции – даватели на здравствени услуги поврзани со туберкулозата

Давателите на здравствени услуги кои ја дијагностицираат, следат и лекуваат туберкулозата се наоѓаат на секундарно ниво во системот на здравствена заштита во РМ.

Распространети се низ цела Македонија, а услугата на пациентите се дава преку:

- 16 специјалистичко консултативни амбулантни за белодробни болести и туберкулоза (диспанзери);
- 2 специјални болници;
- едно одделение во состав на ЈЗУ клиничка болница во Битола и
- 2 института (за деца и возрасни).

На сликата број 11 претставена е мрежата на здравствени установи што укажува на фактот дека целата држава е покриена со установи кои се задолжени за следење, дијагноза и лекување на туберкулозата.

Слика бр.11 - Мрежа на установи за туберкулоза



Извор: Централна единица за туберкулоза

За да се дијагностицира и следи туберкулозата, давателите на здравствени услуги треба да располагаат со соодветна дијагностичка опрема и кадар. Диспанзерите располагаат со РТГ дијагностика, во Скопје, Тетово и Гостивар постојат микробиолошки лаборатории за директна микроскопија, а останатите диспанзери имаат обврска материјалот за микробиолошките испитувања за туберкулоза да го доставуваат до Националната референтна лабораторија која се наоѓа на Институтот за белодробни болести и туберкулоза во Скопје и дел од нив се опремени со биохемиски лаборатории.

Стационарите за белодробни болести и туберкулоза располагаат со РТГ дијагностика, микробиолошка лабораторија (болниците во Јасеново и Лешок прават само директна микроскопија, а болниците во Козле и Битола директна микроскопија и култура - левенштајн).

Од сите наведени даватели на здравствени услуги само Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза Скопје, располага со директна микроскопија, култура - левенштајн и култура - бактек, резистенција на антитуберкулотици од прва линија, а во тек е воспоставување на молекуларни тестови за брза идентификација на микобактериум туберкулозис. На табела бр.2 прикажани се дијагностичките постапки со кои располагаат стационарите за белодробни болести во Македонија.

Табела бр.2 Дијагностички постапки во стационарите за белодробни болести

	РТГ	Микроскопија	Култура - левенштајн	Биохемиска лабораторија
Институт	X	X	X	X
Козле	X	X	X	X
Јасеново	X	X	0	X
Лешок	X	X	0	X
Битола	X	X	X	X

Извор: Централен регистар за туберкулоза во Македонија

Покрај дијагностичката опрема која ја имаат болниците тие треба да располагаат и со соодветен кадар и болнички капацитети како би се исполниле

сите услови за болничко лекување. Во табела бр. 3 ќе го претставиме болничкиот капацитет со кој располагаат болниците во Македонија.

Табела 3 Број на болнички капацитет - легла

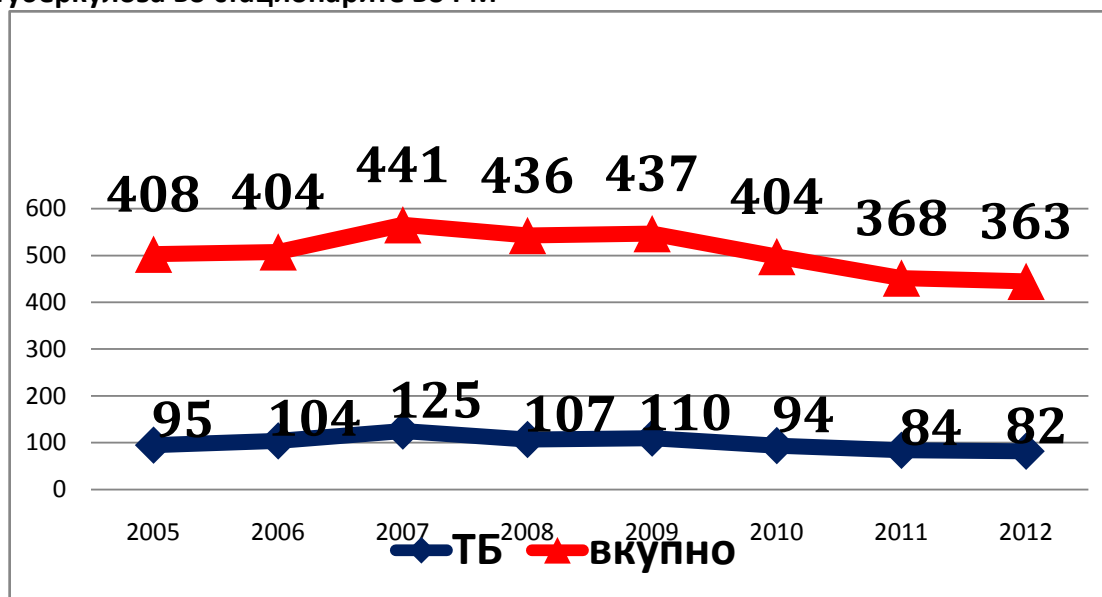
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Институт	46	46	46	46	46	46	38	38
Јасеново	6	6	6	6	6	6	4	2
Лешок	0	0	20	10	5	5	5	5
Битола	15	15	15	15	15	15	15	15
Козле	22	22	22	22	22	22	22	22

Извор: Централен регистар за Туберкулоза на РМ

Од табелата бр.3 се гледа дека болниците се предимензионирани со болнички капацитет во однос на бројот на пациентите кои се лекуваат во овие здравствени установи. Карактеристичен е примерот во Битола каде се лекувале 6 пациенти, а има 15 кревети.

Капацитетите за болничко лекување на болни од туберкулоза континуирано се намалуваат согласно со рационализацијата со цел намалување на бројот на болни, но истите не го следат трендот на стапката на намалување на заболените од оваа болест, поради што и искористеноста е многу ниска и изнесува 34%. На дијаграм бр. 4 ќе го прикажеме движењето на расположливиот болнички капацитет за белодробни болести и туберкулоза во стационарите во РМ. Должината на болничкиот престој варира од установа до установа и се движи меѓу 40-50 дена.

Дијаграм бр.4 - Расположливи болнички капацитети за белодробни болести и туберкулоза во стационарите во РМ



Извор: Централен регистар за туберкулоза во РМ

Од дијаграмот се гледа дека болничките капацитети се намалуваат, но не сразмерно во однос на намалувањето на бројот на болни од туберкулоза. Како што веќе рековме, болниците треба да бидат опремени и со соодветен кадар кој ќе се грижи за болните од туберкулоза. Во продолжение во табелата бр.4 ќе ја наведеме и кадровската опременост со специјалисти во болниците низ државата.

Табела бр.4 - Специјалистички кадар во болниците

Установи	Пневмофтизиолог	Интернист	Пнеумофтизиолог/ Интернист	Педијатар	Микробиолог
Институт	3	6	3	0	1
Козле	0	0	0	2	2
Јасеново	0	5	0	0	0
Лешок	1	2	0	0	0
Битола	6	0	0	0	2
Вкупно	10	13	3	2	5

Како што може да се забележи од табелата бр. 4, бројот на интернисти во болниците е поголем во споредба со бројот на пневмофтизиолози иако тие се носители на дејноста. Ваквата состојба со која денес се соочува оваа дејност е од

причина што специјализацијата по пневмофтизиологија е укината 1992 година, така што кадарот кој продолжува да работи на оваа проблематика се специјалисти по интерна медицина. Намалувањето на бројот на пневмофтизиолозите е природна појава поради намалувањето на бројот на лица заболени од оваа болест. Но сепак не треба да се заборави фактот дека таа сè уште постои и нејзиното рано откривање и превенција се едни од основните цели за справување со оваа болест.

Покрај кадарот во болниците голема улога игра и кадарот во диспанзерите кои се распространети на територијата на целата држава. Од таа причина во продолжение на овој труд во табела бр. 5 ќе го прикажеме и расположливиот кадар во диспанзерите.

Табела бр. 5 - Расположлив кадар во диспанзерите

	Диспанзер	Специјалисти	Медицински сестри	РТГ технолози/техничари	Лаборанти
1	Скопје	2	3	1	1
2	Куманово	2	4	2	1
3	Тетово	3	1	1	1
4	Гостивар	1	2	1	1
5	Кичево	1*	1	1	0
6	Битола	8	12	6	2
7	Охрид	2	1	0	1
8	Прилеп	2	4	3	0
9	Штип	1*	1	0	0
10	Струмица	1	2	0	0
11	Дебар	1*	1	0	0
12	Велес	2	3	1	0
13	Гевгелија	0	1	0	0
14	Крива Паланка	1	1	0	0
15	Кочани	0	1	0	0
16	Пробиштип	1	1	0	0
	вкупно	28	40	16	7

Извор: Централен регистар за туберкулоза во Македонија

Од табелата бр. 5 може да се забележи дека во одредени диспанзери (Кочани, Гевгелија) нема специјалистички кадар, во диспанзерите во Штип, Дебар и Кичево работат повремено ангажирани интернисти, додека во останатите диспанзери, специјалистичкиот кадар го сочинуваат пневмофтизиолози. Во диспанзерите се ангажирани 40 медицински сестри, 16 радиолошки технолози и 7 лаборанти.

4.4.3. Достапност на службата за белодробни болести и туберкулоза до пациентите

Како што веќе објаснивме, оваа служба работи на секундарно ниво на здравствена заштита, што значи дека секој болен мора да дојде со упат од одбран лекар кој се наоѓа на примарно ниво на здравствена заштита.

Кога станува збор за туберкулозата, секој пациент за кој постои сомнение дека можеби е болен од туберкулоза, од страна на одбраниот лекар може да биде испратен во:

1. Диспанзер каде може да се постави дијагноза за туберкулоза и да се започне со терапија. За следење на болните од туберкулоза постои регистар во кој се запишуваат и следат сите болни. Сите пациенти се регистрираат во диспанзерскиот регистар за туберкулоза, а одбраниот лекар преку специјалистичкиот извештај кој го издава лекарот-специјалист во диспанзерот ќе биде информиран за дијагнозата и понатамошните постапки за лекување на болниот од туберкулоза. На извештајот задолжително се пополнува датум за наредна контрола, бидејќи врз основа на тоа одбраниот лекар може да го испрати пациентот со упат до диспанзерот за наредната контрола.

Ако културата е позитивна, диспанзерот задолжително мора да испрати материјал до националната референтна лабораторија за културелно испитување и тест на резистенција. Испратениот материјал се прима во Националната референтна лабораторија (НРЛ) и се прават сите испитувања, почнувајќи со директна микроскопија, која е веќе направена во диспанзерот.

Следењето на туберкулозата е според препораките од СЗО (стандарди за дијагноза и лекување на ТБ 2010) и тоа на втори или трети месец, петти месец и шести или осми месец.⁷¹ Покрај овие термини кога испитувањата се задолжителни, истите се повторуваат при секоја контрола поради што доаѓа до непотребно удвојување на анализите и трошоците. Овој недостаток го следат сите три варијанти на упатување на пациентот кои ќе ги образложиме во продолжение на овој труд. Во продолжение шематски ќе го претставиме движењето на пациентот како еден од можните начини за дијагноза и лекување на пациентите.

Слика бр.12 - Движење на пациенти



Извор: Институт за белодробни заболувања и туберкулоза

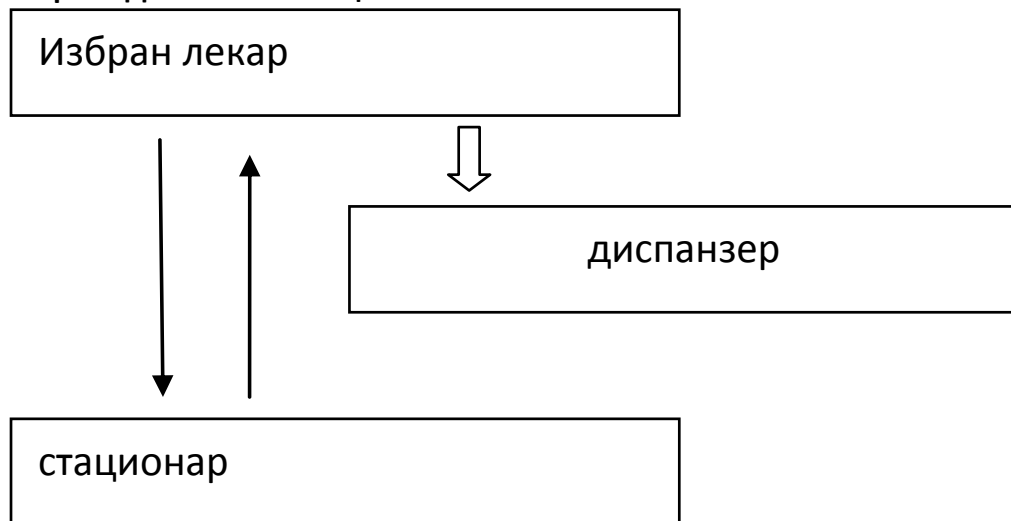
- Институт за белодробни заболувања и туберкулоза или други стационарни установи за белодробни болести и туберкулоза се следните даватели на здравствени услуги каде ќе се дијагностицира и потврди сомнежот за туберкулоза, за што претходно се посомневал одбраниот лекар. Пациентот на кого му е дијагностицирана болеста туберкулоза има избор да остане да се лекува на Институтот за белодробни болести, кој е врвна установа во државата за дијагностицирање, следење и лекување на оваа болест или пак во другите стационари, но има можност и да се врати назад на диспанзерско лекување во местото на живеење. Во вториот случај

⁷¹ А. Видоевска, С. Талевски, Л. Симоновска, М. Трајцевска, Ц. Враготерова, Б. Илиевска Попоска, "Прирачник за туберкулоза" Институт за белодробни заболување и туберкулоза, здружение на пневмофтизиолозите на Република Македонија; Скопје 2006

одбраниот лекар ќе добие специјалистички извештај според кој болниот треба да се упати на понатамошно лекување во диспанзерот каде продолжува со терапијата која му е препишана од страна на лекар-специјалист. Лекувањето на туберкулозата во државата е бесплатно за сите граѓани на РМ, па според тоа секој пациент ја добива потребната терапија без никаков паричен надоместок, независно од тоа дали одлучил да се лекува амбулантно или болнички.

Лекувањето на оваа болест е долго, трае со месеци, но може да потрае и со години доколку не се следат упатствата на докторот. Поради ова во болниците се прават дополнителни бактериолошки испитувања со директна микроскопија со цел да се утврди дали болниот стекнал негативна вредност. Доколку се утврди тоа, болниот може да се пушти на домашно лекување без опасност дека ќе биде инфективен за околината.

Слика бр. 13 Движење на пациент

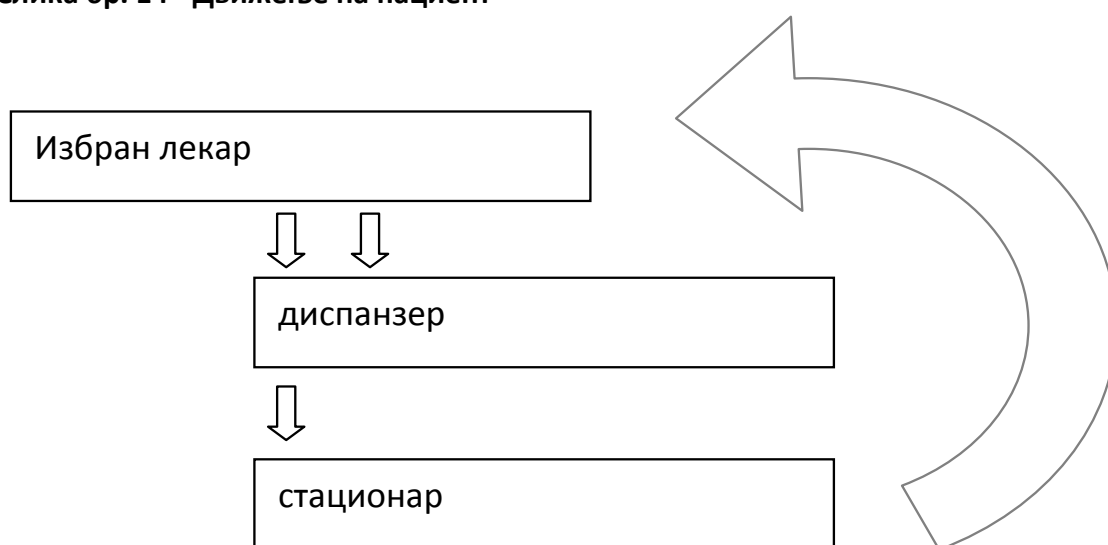


Извор: Институт за белодробни заболувања и туберкулоза

3. Другата опција која ја има пациентот е одбраниот лекар да го упати во диспанзерот со цел да се постави дијагноза за туберкулоза и да започне со лекување. Доколку во диспанзерот не може да се направат потребните испитувања или болниот треба болнички да го започне лекувањето, пациентот се испраќа во болница. Лекувањето во болницата според

препораките на Светската здравствена организација (СЗО) треба да трае до негативизација на пациентот. По завршеното болничко лекување, болниот се упатува кај одбраниот лекар со препорака да го продолжи лекувањето диспанзерски. Тогаш одбраниот лекар мора да му даде упат на пациентот за понатамошно лекување во диспанзер каде тој ќе доаѓа да ја подигне терапијата која му ја препишал специјалист. Сè до завршувањето на лекувањето одбраниот лекар е должен да му обезбеди упат на болниот за редовна контрола која треба да ја изврши кај специјалист.

Слика бр. 14 - Движење на пациент



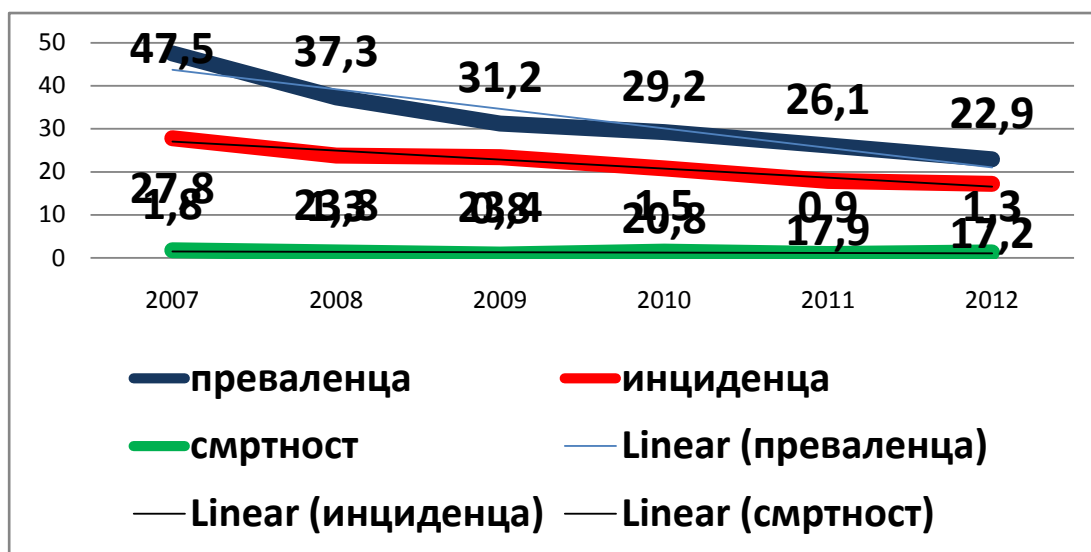
Извор: Институт за белодробни заболувања и туберкулоза

4.4.4. Епидемиолошката состојба со туберкулозата во Македонија

Стандард за добра епидемиолошка состојба со туберкулозата во една држава според критериумите на СЗО е континуиран пад на бројот на регистрирани заболени во последните пет години и стапка на инциденца⁷² под 20/100.000 население. Република Македонија бележи континуиран пад во последните 10 години и стапка под 20 само во 2011 и 2012.

⁷² инциденца е број на регистрирани болни од туберкулоза во тек на една година на 100.000 население.

Дијаграм бр. 5 - Стапка на инциденца, преваленца и смртност



Извор: Централен регистар за туберкулоза на РМ

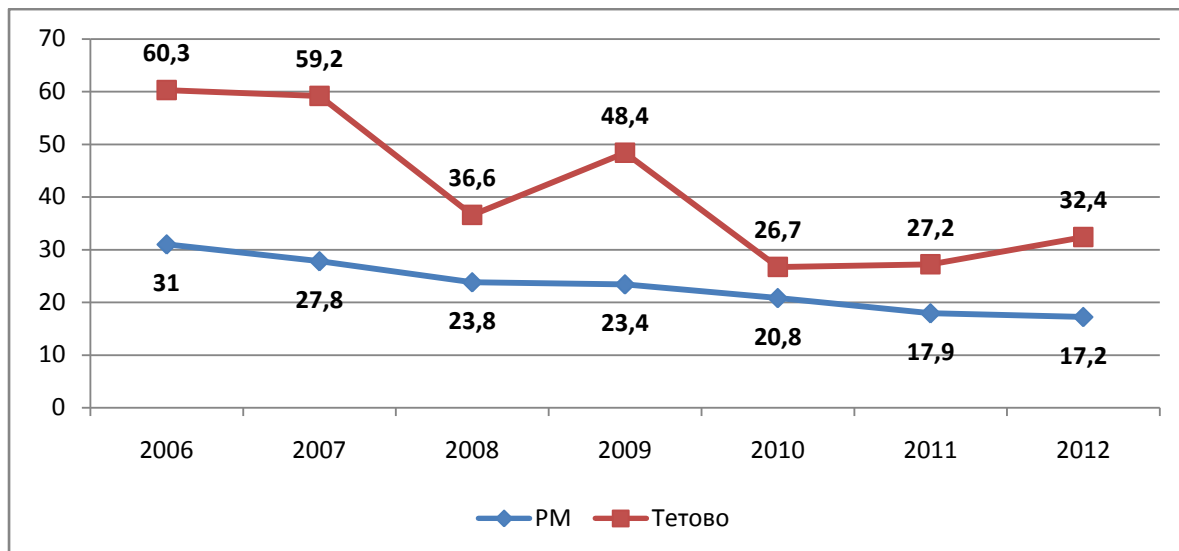
Од приложениот дијаграм бр. 5 јасно се гледа дека бројот на регистрирани болни во последните пет години се намалува, што значи дека се исполнува еден од условите за добра епидемиолошка состојба во државата, но не и вториот услов според кој стапката на инциденца треба да биде под 20/100.000 жители континуирано во текот на пет години. Македонија само две години има стапка под 20/100.00, што значи дека еден од условите не е исполнет. Националната стапка на инциденца во 2012 година изнесува 17,2/100.000 жители. Оваа стапка е на национално ниво. Во Македонија има диспанзери кои не можат да одржат континуитет во контролата на туберкулозата, па затоа нивните стапки варираат. Најкарактеристична е состојбата во Тетово. На табелата број 6 е прикажано движењето на инциденцата во Тетово во однос на движењето на националната стапка.

Табела бр. 6 - Стапка на инциденцата во Тетово

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
РМ	31	27,8	23,8	23,4	20,8	17,9	17,2
Тетово	60,3	59,2	36,6	48,4	26,7	27,2	32,4

Извор: Централен Регистар за туберкулоза на РМ

Дијаграм бр. 6: Движење на инциденцата во Тетово во однос на националната стапка на инциденца



Извор: Централен регистар за туберкулоза на РМ

Од прикажаниот дијаграм бр. 6 се гледа дека во тетовскиот регион стапката на инциденцата е речиси двојно повисока од националната стапка која треба да биде предмет на анализа на службите кои се занимаат со контрола на туберкулоза во Македонија.

За да се добие целосната слика за состојбата со туберкулозата во државата, во продолжение во табела бр. 7 ќе го прикажеме бројот на болни по диспанзери во целата држава.

Табела бр. 7 - Вкупен број на регистрирани болни во РМ по диспанзери

Регистрирани		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Диспанзери	население	Вк.бр.	Вк.бр.	Вк.бр.	Вк.бр.	Вк.бр.	Вк.бр.	Вк.бр.
Скопје	574220	209	159	175	141	151	142	150
Куманово	137382	41	31	27	37	36	31	24
Тетово	194170	117	115	71	94	52	53	63
Гостивар	131876	74	67	46	48	56	35	36
Кичево	53485	10	10	11	20	12	7	10
Битола	131966	15	17	9	9	6	8	6
Охрид	61256	21	23	9	18	7	15	10
Прилеп	104288	11	17	6	11	11	6	3
Штип	54666	14	15	4	9	5	3	2
Струмица	124405	22	25	22	19	13	14	18

Дебар	26061	10	6	21	6	6	6	4
Велес	132465	26	18	20	22	27	12	7
Гевгелија	47011	8	14	8	5	8	5	6
Крива Паланка	24964	4	8	5	1	2	7	1
Кочани	113857	18	15	20	19	16	17	14
Струга	65809	6	8	12	7	10	0	0
Неготино	19212	1	2	5	1	0	0	0
Пробиштип	26634	5	4	8	6	2	1	1
Други		15	9	4				
Вкупно	2022546	627	563	483	473	420	362	355

Извор : Централен регистар за туберкулоза во РМ

Од приложената табела бр. 7 се гледа дека најголем број на болни со туберкулоза се лекувале во скопскиот диспанзер, 150 пациенти, но и дека бројот на болните од година во година се намалува. Бројот на болните од туберкулоза во 2012 година изнесува 355 пациенти⁷³. Податоците за регистрираните болни од туберкулоза се собираат врз основа на образецот ТБ - 10 пријава/одјава која ја пополнува секој лекар што дијагностицирал болен од туберкулоза. Задолжително пополнетата пријава се испраќа до диспанзерот одговорен за подрачјето каде живее болниот и до централната единица за туберкулоза во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза – Скопје, каде и се наоѓа централниот регистар за собирање на податоци за состојбата со туберкулозата во државата.

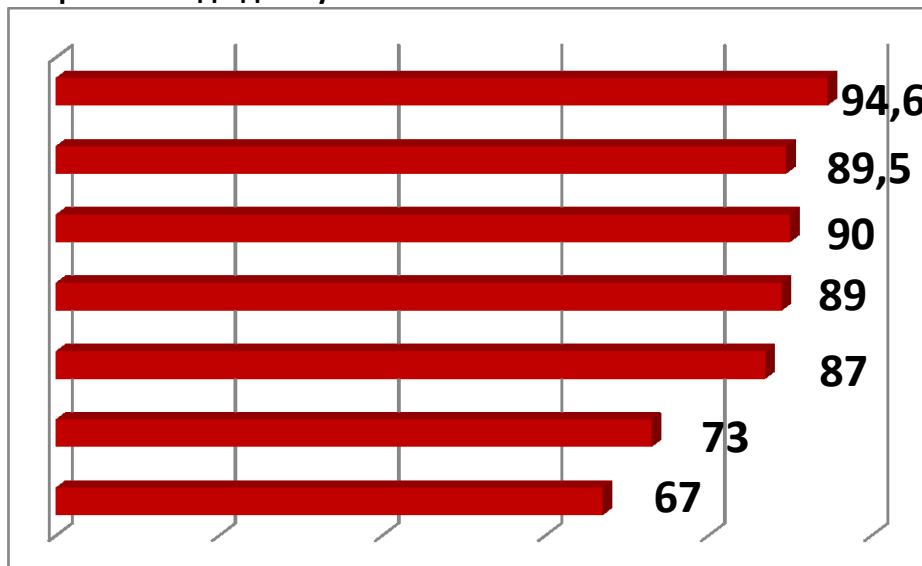
По завршеното лекување се пополнува вториот дел од ТБ - 10 пријава/одјава каде се дава завршниот исход од лекувањето. Вака пополнетата пријава/одјава се внесува во ТБ 03 регистарот за болни од ТБ, а копија се доставува и до централната единица за туберкулоза во Институтот. Врз основа на податоците од ТБ 10 пријава/одјава се изработуваат извештаи со чија помош се проценува и следи состојбата со туберкулоза во РМ.

Исходот на лекување на сите болни од ТБ може да се дефинира како излекуван, тераписки режим завршен, починат, прекин и неуспех од лекување. Категоријата успешно лекувани подразбира болни со исход излекуван и завршено лекување. Според индикаторите кои се следат на национално ниво, под категоријата

⁷³ извор: Централен регистар за туберкулоза на Република Македонија

успешно лекувани се подразбираат новите случаи на белодробна туберкулоза, микроскопски позитивни кои се излекувани или они чиј тераписки режим е завршен.

Дијаграм бр. 7 - Исход од лекување



Извор: Централна единица за туберкулоза во РМ

Според стандардите процентот на успешно лекувани треба да биде поголем од 75%. Од прикажаниот дијаграм бр. 7 се забележува дека од 2007 година Македонија се вклопува во стандардите и во 2011 процентот изнесува 94,6 (исходот од лекување се дава 12-15 месеци од денот на регистрација на пациентот во ТБ 03 регистар, така што последен податок е податокот од 2011 година)⁷⁴.

⁷⁴ извор: централен регистар за туберкулоза на Република Македонија

4.5. Класификација, пресметка и презентација на трошоците

4.5.1. Претсметка на трошоците кои се права за лекување на болни од туберкулоза.

Главната цел на ова истражување е да се добие трошокот по пациент, притоа имајќи предвид дека сегашниот систем на следење на трошоци не ја обезбедува посакуваната цел.

Во истражувањето се одлучивме да го пресметаме трошокот по пациент за туберкулоза и за таа цел ќе ги користиме сите релевантни податоци за трошоците кои се наоѓаат во сметководството на институтот.

Во текот на истражувањето следени се сите испитувања кои се прават за пациентите низ процесот на давање на здравствена грижа и тоа за време на целиот циклус на лекување.

Согласно законот за здравствено осигурување, Фондот за здравствено осигурување на Македонија утврдува методологија за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита како и референтни цени на услуги. Според ова, секоја здравствена установа има цена на услугата која ја применува во процесот на давање на здравствени услуги.

Дадените цени од страна на ФЗОМ се изедначуваат со трошокот кој го прави болницата и како резултат на тоа не постои механизам за следење на трошокот по пациент. Како резултат на тоа болниците не знаат колкав е трошокот за пациентот па затоа и не можат да се борат за добивање на реална цена на услугата која ја даваат, што пак од друга страна придонесува клиниките да прават големи долгови, без да знаат од каде доаѓаат истите. Во најголем број случаи вината паѓа на ниските цени на ФЗОМ, без притоа да се води сметка за трошокот кој се прави за лекување на еден пациент. За да се даде одговор на многуте поставувани прашања, прво треба да се знае трошокот кој се прави за лекување на пациентите, но не само за една интервенција, туку за целиот циклус на лекување. Особено е важно да се пресмета трошокот за цел еден циклус на

лекување, а не за една интервенција, за да се избегне префрлувањето на трошоците од еден давател на друг давател на здравствени услуги. Затоа во продолжение на оваа глава ќе се постави методологијата за пресметување на трошоците по пациент, а потоа ќе се пристапи кон пресметка на истите, за на крајот да се извлечат заклучоци од извршеното истражување.

4.5.2. Методологија за пресметка на трошоците

За пресметка на трошок по пациент ќе го користиме таканаречениот „од дното нагоре“ (bottom up) метод или метод за пресметка на трошоци заснован на активности, како и методот на временски генератори на трошоци за активности (Time driven activity base costing) кој го примениле Мајкл Портер и Роберт Каплан во обид да ги решат проблемите со големите трошоци кои се прават во здравствениот сектор⁷⁵.

Методот е наречен „пристап од дното нагоре“ бидејќи ги изнаоѓа трошоците од секоја услуга на најниско ниво, онаму каде ресурсите се употребуваат и ги собира истите нагоре кон производот. На пример една услуга може да вклучува повеќе процеси (лекарски преглед, оброк, лабораториски тестови), а секој процес содржи бројни активности (РТГ на гради, наплата). Секоја активност исто така содржи дел од индиректните трошоци, како на пример финансиско советување.

Моделот на пресметка на трошоци заснован на активности се потпира на три клучни термини: директни трошоци, индиректни трошоци и генератори на трошоци.

Директните трошоци се трошоци кои се директно поврзани со негата на пациентот. Тоа се трошоци кои секоја болница може да ги следи до конкретниот субјект на трошокот, на пример пациентот. Индиректните трошоци се оние трошоци кои здравствената установа не може да ги следи до конкретниот субјект на трошокот, т.е. во нашиот случај пациентот. Во оваа методологија следењето на

⁷⁵ Kaplan Robert.S. and Porter Michael E.- How to solve the cost crisis in health care, Harvard business review, September 2011, p.10

трошокот го класифицира трошокот како директен или индиректен, односно колку установата може да го следи трошокот до пациентот. Разликата меѓу методите „чекор надолу“ и „од дното нагоре“ е во начинот на кој тие се справуваат со индиректните трошоци. За разлика од традиционалниот метод „чекор надолу“, каде трошоците за набавка и трошоците за администрација можат да се соберат заедно и да се распределат до крајниот субјект пациентот, во методологијата на пресметка на трошоците „од дното нагоре“, трошоците се распределуваат попрецизно на услугата како на пример со мерење на бројот на минути.⁷⁶

Слика бр. 15 пресметка на трошоците по методот „од дното нагоре“



Извор: Health sector management project (HSMP), Costing methodology report, Karl consulting, August 2008

⁷⁶ Health sector management project (HSMP), Costing methodology report, Karl consulting, August 2008, p. 10-13

Пресметката на целиот циклус на здравствено лекување ќе се врши врз основа на неколку чекори кои се потребни за да се изврши процесот на мерење на трошоците:⁷⁷

Селектирање на медицинска состојба (болест)

Пресметувањето на трошоците за целиот циклус на здравствено лекување треба да започне со дефинирање на медицинската состојба за која ќе се пресметуваат трошоците. При дефинирањето треба да се земат предвид сите можни компликации кои можат да настанат за време на лекувањето на пациентот. За секој пациент посебно се дефинираат почетокот и крајот на циклусот на здравствена грижа која тој треба да ја добие.

Дефинирање на Вредносен синџир

Следен чекор кој е неопходен да се направи е да се дефинира вредносниот синџир на медицинската состојба - болест каде треба да се мапираат основните активности кои се преземаат за пациентот да ја добие потребната здравствена нега. Вредносниот синџир го опфаќа целиот циклус на здравствена грижа, а не само на една интервенција. Мапирањето на активностите е многу значаен чекор во унапредувањето на здравствениот систем на ниво на една заедница. Вредносниот синџир е добра појдовна основа за мапирање на процесите во чиј состав има многубројни активности.

Развој на процес на мапирање на секоја активност при испораката на здравствената грижа на секој пациент

Следниот чекор кој треба да се направи при анализата е мапирање на процесите и тоа за секоја активност која треба да се изведува согласно вредносниот синџир за испорака на здравствена услуга. Мапирањето на процесите го опфаќа патот кој пациентот треба да го следи во процесот на

⁷⁷ Kaplan Robert.S. and Porter Michael E.- How to solve the cost crisis in health care, Harvard business review, September 2011

здравствената заштита. Пациентот низ својот пат во процесот на примање здравствена грижа троши различни ресурси (персонал, опрема, и сл.).

Мапирањето може да се изврши на различни начини и тоа преку интервјуа со одредени вработени лица, за да се осознаат патеките на движење на пациентот за дадената медицинска состојба (болест) и исто така може да се организира и состанок на кој менаџментот дискутира за процесите и патеките кои ги минува пациентот во текот на неговото лекување.

Да се добие проценка на време за секој процес

Треба да се процени времето што го троши секој давател на во процесот на давање на здравствена услуга на еден пациент.

Проценка на трошоците потребни за набавка за да може процесот на здравствена грижа да се одвива непрекинато

Во текот на оваа фаза се проценуваат директни трошоци за секој ресурс ангажиран во процесот на давање на здравствена грижа. Овие директни трошоци ја содржат платата со сите додатоци на вработените, амортизацијата или лизингот на опремата која е потребна во процесот на здравствената грижа. Исто така мора да се земе предвид дека еден лекар во текот на својот работен ден може да извршува и клиничка и научно истражувачка работа. Затоа многу е важно да се подели времето кое лекарот го поминува на клиника од времето кое го поминува во научно-образовниот процес. Во оваа фаза треба да се мапираат местата каде се прават трошоците.

Проценка на капацитетот на секој ресурс и калкулација на капацитетот на стапката на трошок

За да се определи капацитетот на вработените потребно е да се направат следниве проценки:

- Вкупниот број на денови што секој вработен ги работи во текот на една година;
- Вкупниот број на часови во денот кој вработениот е способен да ги сработи;

- Просечен број на часови во денот кој вработениот не ги посветува на пациентот директно, како што се едукација, тренинг, научно-истражувачка работа, како и административни состаноци.

Проценката на капацитетите, без оглед на тоа дали станува збор за персонал или опрема, е многу значајна за да може да се процени точниот трошок по пациент. Во процесот на давање на здравствена грижа лекарите, па и опремата не се користат само за една медицинска состојба (болест). Лекарите можат да извршуваат повеќе должности во текот на работниот ден и тоа, да работат клиничка работа, да даваат услуги на друга болница или клиника и да вршат научно-истражувачка или образовна функција. Затоа неопходно е да се одземат сите дополнителни активности кои не се поврзани со медицинската состојба, односно да се намали времето кое лекарот го поминува во другите активности.

Како што веќе напоменавме, многу значајна проценка во овој дел е и капацитетот на опремата со која располага болницата. Овде треба да се процени бројот на денови во месецот кога се користи опремата и бројот на часови на користење во текот на денот. Искористувањето на опремата во практиката е недоволно, всушност болниците располагаат со предимензионирана апаратура и тоа во поглед на анализите кои ги прави и кои навистина апаратот може да ги постигне. На пример, набавен е апарат за крвни анализи кој може да направи 10.000 анализи во текот на еден месец, но реалната потреба на болницата е 6.000 анализи месечно. Ова значи дека е направено предимензионирање на потребите на болницата. Тоа и не би било толку страшно доколку се работи за една болница, но се поставува прашањето што ако се работи за 12 болници кои набавуваат и користат ваков тип на опрема.

Ваквиот пристап евозможен од причина што не се води сметка за трошокот и како тој влијае врз трошокот на пациентот.

Калкулација на вкупните трошоци за грижа на пациентот

Последниот чекор кој треба да го направиме е собирањето на сите трошоци кои се мапирани и кои се прават за лекување на еден пациент.

Овој пристап на пресметка на трошокот по пациент ќе ни користи само како алатка за да ги согледаме аномалиите кои не сме можеле да ги согледаме без една ваква анализа и да ни помогне да се фокусираме на проблемите со цел за нивно надминување и елиминација. Новиот пристап бара промена и на начинот на работа на сите инволвирани страни во процесот на давање на здравствена грижа.

Пред почетокот на ова истражување собрани се голем број на трудови и публикации кои се во тесна врска со пресметката на трошокот по пациент и решавањето на проблемите на здравствените системи со кои се соочуваат многу земји во светот. Само мал дел од нив се дадени во овој преглед, сè со цел да се направи пресек на позначајните досегашни истражувања од овие области. Прегледот на литературата го опфаќа теоретскиот пристап за следење на трошок по пациент и практичната примена во неколку болници во светот. За да се постигне целта на ова истражување детално се консултирани трудовите (1-24) специфицирани во користената литература на оваа докторска дисертација.

Оваа глава е срцевината на истражувањето во рамките на која ќе ги анализираме трошоците кои се прават при лекување на една медицинска состојба (болест). Во претходното истражување се наметна прашањето дека фрагментарниот здравствен систем ја намалува вредноста за пациентот, а ги зголемува трошоците. Но ваквата констатација беше изведена од претпоставки и искуства од други анализи. Затоа во продолжение ќе ги прикажеме сите трошоци кои се потребни за лекување на туберкулозата во Македонија и врз основа на тоа ќе донесеме заклучоци во однос на тоа дали фрагментацијата на пациентите и услугите се причини за големите трошоци во здравството.

4.5.3. Пресметка на трошок по пациент за медицинска состојба – (туберкулоза)

Ова истражување е работено на Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза и за таа цел се користени релевантни податоци со кои располага Институтот.

За да се пресмета трошокот по пациент треба да се идентификуваат сите активности кои се прават во процесот на лекување на пациентите заболени од туберкулоза. Првиот чекор при започнување на пресметката по пациент е групирање на пациентите. За да се пристапи кон процесот на анализа прво треба да се идентификуваат групите на пациенти и за таа цел во оваа анализа пациентите се групираат во три групи и тоа:

1. Пациенти со болничко лекување + амбулантно лекување од 6 месеци;
2. Пациенти со амбулантно лекување од 6 месеци;
3. Повторно лекувани пациенти со болничко лекување + амбулантно лекување од дополнителни 8 месеци.

Во текот на лекувањето на болеста определени се следниве активности:

1. **Прием и испис на пациенти.** Секој пациент се евидентира во приемното одделение на болницата, каде се назначуваат и евидентираат сите прегледи кои треба да се направат во текот на лекувањето на пациентот, а откако ќе заврши лекувањето се прави пресметка и пациентот се испишува од болницата.
2. **Медицински преглед.** Секој пациент откако ќе ја заврши регистрацијата се упатува на преглед кај докторот. Докторот го прегледува пациентот и назначува кои испитувања треба да се направат за да се постави дијагноза. Од поставената дијагноза зависи бројот на контролите кои пациентот треба да ги изврши во текот на лекувањето.
3. **Лабораториски тестирања.** Ги поделивме на два дела и тоа на биохемиски и на микробиолошки испитувања. За да се постави соодветна дијагноза потребно е да се изведат неколку лабораториски тестирања и тоа: биохемиски (крвна слика) и микробиолошки (микроскопија, бактек и левенштајн).
4. **Рендген (РТГ).** Пред да се постави соодветна дијагноза на пациентот треба да му се направи РТГ.
5. **Советување.** Секој болен од туберкулоза треба да помине низ процес на советување.

6. **Активности кои треба да ги изврши сестрата пред и за време на хоспитализацијата на пациентот.** Овој тип активности се однесуваат на пациенти кои ќе бидат хоспитализирани, а се поврзани со болничкиот престој на пациентот, како што се делење на потребната терапија, аплицирање на инјекции, подготовка на пациентот за долгото болнички лекување.
7. **Активности кои ги извршуваат лекарите за време на престојот на пациентот во болница и тоа:** запишување и пријавување на секој болен од туберкулоза во централниот регистар на заболени од туберкулоза кој се наоѓа во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза, препишување на терапија и следење на пациентите за несакани последици од лековите кои ги примаат за време на нивното лекување во болница.
8. **Активности кои ги извршуваат лекарите по завршување на хоспитализација.** Односно следење на пациентот откако истиот ќе го напушти болничкото лекување.
9. **Набавка и распределба на храна за болни.** Бидејќи пациентите долго време поминуваат во болница потребно е да се обезбеди храна која е соодветна за нивната болест.

Групирањето на пациентите и мапирањето на активностите не се доволни за да се направи преметка за трошокот по пациент. За таа цел ова истражување го дефиниравме во неколку фази. За да се реализира ова истражување мораше да се опишат клиничките и административни процедури низ кои треба да помине пациентот за време на целиот циклус на негово лекување, од дијагноза до конечен резултат - излекуван.

Првата фаза ја започнавме со мапирање на процесите. Во оваа фаза ги определивме ресурсите (работна сила, опрема) потребни за да се извршат процесите. Во однос на работната сила го меревме и времето потребно за да се реализираат активностите кои ги извршуваат докторот, сестрата, болничарот, итн. Во втората фаза пристапивме кон проценка на трошоците користејќи ги податоците од сметководството на Институтот (брuto биланс, биланс на успех и биланс на состојба) и во третата фаза ги сумиравме резултатите од

истражувањето, при што се направи нивна анализа и истите се преточија во препораки.

За време на првата и втората фаза паралелно се селектираа податоците од централниот регистар за туберкулоза во Македонија и истите се споија со податоците на микробиолошката лабораторија во однос на дијагностицирање и следење на туберкулозата. Освен податоците од микробиолошката лабораторија на Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза собрани се и податоци од скопскиот диспанзер каде се лекуваат најголем број на болни. Собирањето на овие податоци одеше многу тешко од причина што не постои електронско следење на пациентите во форма која може да се искористи за вакви цели. Податоците од скопскиот диспанзер се собираа рачно, со вадење на пациентите од дневникот на пациенти.

Иако во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза постои централен регистар во кој се собираат податоците за болните од туберкулоза на ниво на целата држава, сепак овие податоци не беа доволни за да го изработиме истражувањето од причина што во овој регистар се запишуваат само испитувањата кои се прават според препораките на Светската здравствена организација, а но не и останатите испитувања кои се направени во Институтот. За оваа анализа ни беа потребни сите испитувања кои се направени за пациентите во текот на нивното лекување.

За да се добие попрецизна слика за трошокот кој е направен за лекување и следење на трите групи на пациенти кои ги дефиниравме на почетокот, селектирани се амбулантните и болничките анализи со цел да се добие реална претстава за трошокот кој се прави за лекување на овие групи на болни.

Во регистарот, покрај исходот од лекување, се бележат и личните генералии на пациентот, должината на лекување, резултатите од микробиолошките испитувања во ударните точки, како и каде го продолжува пациентот своето лекување. За време на лекувањето се следат само исходите од лекувањето без притоа да се запишуваат и следат несаканите ефекти од лековите или пак можните компликации од долгиот престој во болница.

За да се направи точна пресметка на трошокот по пациент треба да се опише целиот циклус на дијагностицирање и следење на пациентот. За таа цел

беа следени трите групи на пациенти и при тоа беше направено интервју со персоналот на болницата кој е директно и индиректно инволвиран во дијагностиката и следење на болните со туберкулоза.

Пресметката на трошоците се направи за трите групи на пациенти бидејќи тие, иако се болни од иста болест, прават различни трошоци кои треба посебно да се проследат и анализираат. Трошоците кои ги прават пациентите за лекување на туберкулоза ги проследивме низ движењето на три групи на пациенти кои доаѓаат за амбулантен преглед на клиниката под сомнение дека можеби се болни од туберкулоза. За да се проценат трошоците кои ги прави пациентот најпрво треба да се идентификуваат процесите кои треба да ги помине пациентот, но и средствата (опрема, работна сила и сл.) кои се користат во текот на процесите.

За да ги прикажеме трошоците за лекување на болните од туберкулоза најпрвин ќе ги објасниме сите фази кои ги поминува пациентот, односно ќе се следи движење на пациентите од нивниот прием до нивното напуштање на болницата. Како што споменавме, трошокот без да се следи исходот од лекување не претставува ништо, затоа за да го следиме трошокот ќе го следиме и исходот.

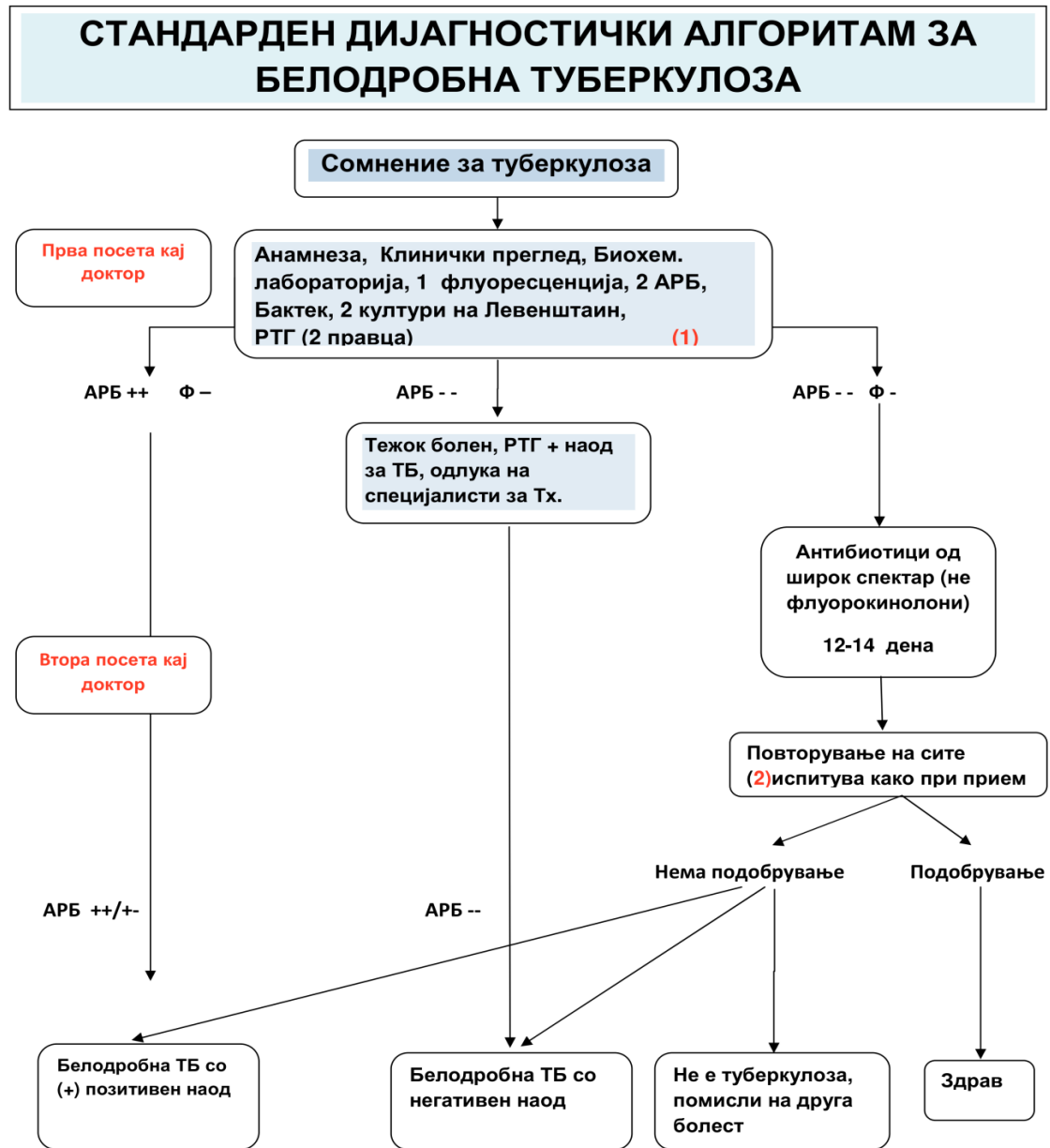
Поради големото значење на исходот од лекување во истражувањето вклучени е и критериум за исклучување според кој сите болни кои поради каква било причина не го завршиле лекувањето, нема да бидат предмет на испитување. Овде спаѓаат и лицата кои поради какви било причини го прекинале лекувањето (случаи кои се потврдиле дека не се туберкулоза). Во анализата нема да се земат предвид сите диспанзери во земјата од причина што бројот на болни кои се лекуваат во нив е многу мал. Во истражувањето ќе се земат предвид само Институтот за белодробни заболувања и скопскиот диспанзер кој работи во склоп на Здравствен дом Скопје.

Веќе зборувавме за тоа што претставува вредност за пациентот и следствено оваа анализа треба да ни укаже на недостатоците кои се причина за намалување на вредноста за пациентот, а притоа да ги зголеми трошоците (идентификувавме три групи на пациенти кои прават различен трошок).

Сите податоци кои се анализирани се добиени од националниот регистар, односно електронската база на податоци која се води во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза.

Анализата на трошоците ќе ја започнеме врз основа на стандардниот дијагностички алгоритам, за дијагноза на белодробна туберкулоза каде се мапирани процесите кои треба да ги поминат пациентите за кои постои сомнение дека се болни од туберкулоза. Овој алгоритам е усвоен за работа од страна на лекарите кои се справуваат со оваа болест. Врз основа на принципите и стратегиите кои ги елабориравме во првата глава за секоја медицинска состојба (болест) треба да постои стандардизирана постапка за работа која неминовно ќе води кон подобар исход од лекување и помали трошоци за лекување што во исто време ќе резултира со поголема вредност за пациентите.

Иако во процесот на давање здравствена грижа секој пациент е приказна за себе, сепак за дијагноза и следење на болестите постојат некои заеднички карактеристики кои треба да се почитуваат. Процесот на стандардизација не значи дека не смее да се излезе од клиничката патека која е усвоена за работа, но за да се направи дополнително испитување, лекарот кој го лекува пациентот треба да образложи зошто треба да се направи дополнителна анализа или некое дополнително испитување на пациентот, т.е. да се види дали со дополнителното испитување или преглед ќе се зголеми вредноста за пациентот или не.



Извор: Институт за белодорбни заболувања и туберкулоза

Имајќи го предвид алгоритмот кој е прикажан на дијаграмот бр. 8, прво ќе започнеме со стандардна пресметка на реалните трошоци за лекување на пациентите според препораките на СЗО и клиничките патеки за лекување на оваа болест. Потоа ќе извршиме корекција во однос на стандардната пресметка и на крајот ќе направиме анализа за да се согледаат сите недостатоци кои

придонесуваат и прават македонскиот здравствен систем да биде неефикасен, нефункционален и многу скап.

Како што веќе потенциравме во текот на истражувањето ќе работиме со три групи на пациенти, а во продолжение накратко ќе ги објасниме нивните разлики и тоа:

- Група 1а - Пациенти со болничко и амбулантно лекување во траење од 6 месеци;
- Група 1б - Пациенти кои се лекуваат само амбулантно во траење од 6 месеци;
- Група 2 - Повторно лекувани пациенти во траење од 8 месеци.

Анализата на *првата група* се новооткриени пациенти и нивното лекување трае 6 месеци. Ваквиот начин на лекување е според препораките на Светската здравствена организација (СЗО) кои велат дека два месеци до негативизација болните треба да престојуваат во болница поради нивната инфективност и можност да заразат други лица кои се во нивна непосредна близина, а по одминувањето на двата болнички месеци терапијата може да ја примаат дома и да доаѓаат на контрола која ја договориле со докторот. Контролите според препораката на СЗО треба да бидат, на втори, четврти и шести месец.

Втората група се пациенти кои не сакаат да се лекуваат во болница, т.е. одбиваат болничко лекување и се лекуваат во амбуланта, а доаѓаат на контрола во одреден термин закажан со докторот кој ја води нивната болест. Амбулантното лекување пациентите го продолжуваат во местото на живеење, во таканаречено диспанзерско лекување каде бесплатно ги добиваат лековите кои треба да ги примаат во текот на своето лекување.

Третата група се пациенти кои некогаш во минатото се лекувале, но нивната болест повторно се вратила. Овие пациенти според препораките на СЗО се лекуваат три месеци болнички и уште пет месеци амбулантно.

Секоја од овие група на пациенти прави различни трошоци, па според тоа и трошокот на болницата е различен. Секоја од наведените групи иако навидум

иста, има свои специфични карактеристики кои во продолжение накратко ќе се опишат за подоцна да може да се прикажат и трошоците кои се прават за лекување на туберкулоза.

За да се проценат точните трошоци кои се прават за лекување на пациентите со туберкулоза ќе следиме по еден пациент од секоја група.

4.5.4. Мапирање на процесот на здравствена грижа за првата група на пациенти

Анализата ја започнуваме со првата група на пациенти кои се лекуваат два месеци болнички и четири месеци амбулантно и за таа цел ќе се опише процесот на давање на здравствена грижа, но како што потенциравме, целта е да се прикаже трошокот за целиот циклус на лекување.

Влезната врата на пациентот во процесот на здравствениот систем е со доаѓање кај матичен лекар кој го упатува на понатамошно испитување во Институтот, бидејќи пациентот не се чувствува добро. Пациентот се пријавува на шалтер каде го пречекува шалтерскиот работник, ги прегледува документите на пациентот, го заведува во компјутер и му дава упатница да појде кај лекарот-специјалист. За извршување на оваа активност на шалтерскиот работник му се потребни пет минути. Откако ќе ја заврши административната процедура, пациентот се упатува кај лекар. Лекарот го прегледува пациентот и се сомнева дека можеби се работи за туберкулоза (Во текот на една година дури 3500 пациенти се под сомнение дека можеби се болни од туберкулоза, но само 10% од нив се навистина болни). За да го потврди сомнежот лекарот треба да го упати пациентот да ги направи следниве испитувања и тоа:

- РТГ;
- Биохемиски испитувања (комплетна диференцијална крвна слика);
- Микробиолошки испитувања (директна микроскопија, бактек и левенштајн култури).

За преглед на сомнителниот пациент на докторот му се потребни осум минути. Откако пациентот ќе ги направи сите наведени испитувања назначени од лекарот-специјалист, со резултатите повторно се враќа кај лекарот кој ги

анализира резултатите и го потврдува или го отфрла сомнението за туберкулоза. Доколку пациентот е болен од туберкулоза, докторот е должен да предложи хоспитализација. Оваа активност на докторот трае осум минути. Откако пациентот ќе се согласи да се лекува во болница, лекарот прави прием и му зема анамнеза. Бидејќи се работи за болен од туберкулоза лекарот треба да потполни ТБ-10 пријава за болен од туберкулоза која треба да ја достави до централниот регистар за туберкулоза кој се наоѓа во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза Скопје. Оваа активност лекарот ја извршува во време траење од 30 минути.

Откако ќе се изврши прием на пациентот во болница, започнува болничкото лекување на пациентот кое по препораките на светска здравствена организација треба да биде 61 ден сè до негативизацијата на пациентот. За време на болничкиот престој докторот секое утро по завршувањето на утринскиот состанок прави визита на пациентите. Секој доктор прави визита на пациентите во одделението за кое е одговорен. Утринската визита трае пет минути за секој пациент. Но бидејќи се работи за долготрајно болничко лекување ќе додадеме уште две минути за непланирани активности поврзани со лекувањето на пациентот.

Утрото започнува со болничка посета од страна на лекарот на пациентите. Оваа активност се одвива во времетраење од 61 ден за првата група на пациенти, каде што тие го добиваат комплетниот болнички третман. Во текот на болничкото лекување докторот два пати прави декурдус (опис). Оваа активност е во времетраење од пет минути. Секојдневно, терапијата ја аплицира медицинска сестра и во зависност од назначената терапија на лекарот истата се аплицира три до четири пати дневно. За оваа активност медицинската сестра дневно троши по 17 минути. Ова се однесува само на времето кое ѝ е потребно на медицинската сестра да ја даде потребната терапија на пациентот. Истата медицинска сестра е задолжена и за администрација поврзана со болничкото лекување, како што е секојдневното внесување на терапија во болничка историја за пациентот, требување на лекови, евиденција на лекови во прирачна аптека, итн. Оттука на медицинската сестра ќе ѝ се додадат уште пет минути, но секој втор ден. Оваа активност таа ќе ја извршува 30 пати за време на болничкиот престој на пациентот

кој трае 61 ден и ѝ се препишува време од 5 минути. Негата во болницата ја даваат болничарите кои се грижат за пациентот од поинаков аспект. Тие се задолжени да ја заменат болничката постела на болниот, се грижат за хигиената на пациентот и за болничката соба. Во зависност од состојбата на пациентот (тешка, лесна), болничарот го придружува пациентот при правење на испитувања кои се надвор од болничкото крило. За активностите кои ги извршува болничарот потребни му се 15 минути по пациент, а исто така тој ја дели и вечерата за што е потребна дополнително уште една минута по пациент. За време на болничкиот престој пациентот добива храна и истата се служи во болничките соби. Појадокот и ручекот го дели серверка, лице задолжено за делење на храната и за тоа ѝ се потребни две минути.

Во Институтот е вработен и социјален работник кој се грижи за социјалниот статус на пациентот, дали пациентот е осигуран или не, дали има здравствени картони, му ја објаснува болеста и се обидува да направи дестигматизација. (Уште од појавувањето на туберкулозата како болест, па сè до денес стигмата од оваа болест не може да се надмине кај пациентите и нивните семејства. Оваа болест важела за срамна болест и болест на сиромаштијата. И покрај многубројни семинари и едукации на одредени групи кои се директно или индиректно вклучени во борбата со туберкулоза, организирани од страна на Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза оваа стигма сè уште е присутна меѓу народот).

Социјалниот работник разговара со секој пациент и членовите на нивното семејство еднаш во текот на болничкиот престој на пациентот и за тоа се потребни 30 минути. За време на болничкиот престој пациентот секојдневно прима терапија назначена од лекар.

По одминување на 61 ден, период препорачан од страна на Светската здравствена организација, пациентот треба да е негативизиран и да се упати на домашно лекување. За таа цел на 61-от ден на пациентот треба да му се направат дополнителни испитувања и тоа РТГ, директна микроскопија, крвна слика и трансaminaзи, за да се провери дали лековите кои ги примал предизвикале нарушување или оштетување на црниот дроб. Во зависност од резултатите на

пациентот, лекарот одлучува дали ќе продолжи на домашно лекување или ќе остане во болница.

Доколку резултатите од директната микроскопија се негативни, докторот го подготвува пациентот за домашно лекување. Докторот му ја препишува домашната терапија и истата пациентот може да ја подигне од диспанзерите во местото каде живее. Сите лекови за болните од туберкулоза се бесплатни за сите државјани на РМ и ги обезбедува Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза во Скопје.

Терапијата ја прима во домашни услови сè до контролата која ја има назначено докторот, а таа треба да се спроведе на четвртиот месец. На закажаниот термин пациентот се појавува во болница на преглед и се пријавува на приемниот шалтер во Институтот каде медицинската сестра на прием троши пет минути за да направи административен прием на пациентот.

По завршениот административен прием за амбулантно лекување пациентот се упатува на преглед кај лекарот кој ги назначува потребните испитувања за следење на болниот од туберкулоза (микроскопија, РТГ, крвна слика и следење на трасаминазите кои се неопходни поради контрола на црниот дроб од преголемото количество на лекови кои ги примаат болните). За оваа активност лекарот троши пет минути. Откако пациентот ќе ги направи потребните испитувања со резултатите се враќа кај лекарот кој ги разгледува добиените резултати и врз основа на тоа ја продолжува или ја менува терапијата. Во оваа фаза лекарот повторно се договара со пациентот за наредната контрола која треба да биде по два месеци. За оваа активност лекарот троши пет минути. Откако ќе заврши консултацијата со лекарот, пациентот се упатува на шалтер за ги подмири административните работи. За оваа активност сестрата на шалтер троши три минути.

По заминување од болницата, каде му се извршени сите испитувања потребни за следење на болеста, пациентот се упатува на домашно лекување и тој треба повторно да се јави во диспанзерот за да ја подигне терапијата препишана од лекар-специјалист. Лекувањето продолжува само со таблетарна терапија и трае сè до шестиот месец. По завршување на шестиот месец пациентот повторно доаѓа на контрола во Институтот каде му се прават конечните

испитувања. За таа цел пациентот повторно се јавува на шалтер каде сестрата врши прием за амбулантно лекување; ангажирањето на медицинската сестра за пациентот е пет минути и таа го упатува на преглед кај докторот. Докторот ја следи состојбата на пациентот за време на целото лекување и ги назначува крајните испитувања со што се потврдува успех или неуспех од лекувањето. За овој ангажман докторот троши седум минути. По завршувањето на контролата кај лекарот пациентот повторно се упатува на шалтер за ги заврши административните работи, медицинската сестра троши три минути за испис на амбулантниот пациент. Со оваа контрола пациентот го завршува лекувањето и тој се води како излекуван пациент.

Во табелата бр.8 прикажан е целиот циклус на здравствено лекување на новооткриен пациент со туберкулоза.

Табела бр. 8 - ГРУПА 1а : ПАЦИЕНТИ СО БОЛНИЧКО + АМБУЛАНТНО ЛЕКУВАЊЕ ОД 6 МЕСЕЦИ

АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ			<u>КОЛ</u>	<u>единица</u>
			:	
ден 0				
1	Административен прием	Медицинска сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	8 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб. – микроскопија	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб. – култура	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб. – бактек	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	8 мин.
		препорака : хоспитализација		
5	Прием во болница	Доктор (анамнеза на прием)	1	30 мин.
ден 0 до ден 61				
1	Работа во болница	Доктор - 2 визити + ад хок	61	12 мин.
		Доктор – декурдус	2	5 мин.
		Медицинска сестра – терапија	61	17 мин.
		Медицинска сестра администрација	30	5 мин.
		Болничар – нега	61	15 мин.

		Болничар – вечера	61	1 мин.
		Серверка	61	2 мин.
		Социјален работник	1	30 мин.
2	Терапија и мед мат	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл.
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл.
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл.
		Питазинамид (1табл=400мг)	61	4 табл.
		Стрептомицин (1ампула=1г)		
		Медицински материјал	61	1 мат.
3	Храна	Болнички оброк	61	1 оброк
ден 61				
1	Испитувања	спутум - МБ лаб. – микроскопија	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (сед., кс., трансминази)	1	1 анализа
2	Испис / контрола	Сестра - припрема за испис / контрола	1	5 мин.
		доктор - испис / контрола	1	20 мин.
		болнички администратор	1	10 мин.
ден 62 до ден 124				
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл.
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл.
		Етамбутол (1табл=400мг)		
ден 124				
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	5 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (сед., кс., трансминази)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	5 мин.
5	Административен испис	Медицинска сестра (шалтер)	1	3 мин.
ден 125 до ден 186				
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл.
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл.
		Етамбутол (1табл=400мг)		
ден 183				
1	Административен прием	Медицинска сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	5 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб. – микроскопија	1	1 анализа

		спутум - МБ лаб. – култура	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб – бактек	0	0 анализи
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	7 мин.
5	Административен испис	Медицинска сестра (шалтер)	1	3 мин.

Во наведената табела бр. 8 покрај целиот циклус на лекување кој треба да биде опфатен за лекување на првата група на пациенти опишано се и времетраењето и ресурсите кои се трошат за да се излекува пациентот

4.5.6. Мапирање на процесот на здравствена грижа за втората група на пациенти

Втората група на пациенти се исто така пациенти кои по посетата на матичен лекар се упатуваат на Институтот за белодробни болести и туберкулоза. Постапката е иста како и кај првата група. Пациентот доаѓа во Институтот се пријавува на шалтер, го пречекува шалтерски работник, ја завршува комплетно административната работа и за тоа троши пет минути. Шалтерскиот работник го упатува пациентот кај лекарот, лекарот според анамнезата поставува сомнеж за туберкулоза и за да ја докаже туберкулозата треба да ги направи следните испитувања (РТГ, крвна слика и микробиолошки испитувања). За да се посомнева лекарот и да го испрати пациентот на понатамошни испитувања потребни му се осум минути.

Откако ќе ги направи сите назначени испитувања кои се прават во кабинетот за рендген, биохемиската лабораторија и микробиолошката лабораторија, со резултатите повторно се враќа кај лекарот кој ги анализира резултатите и го потврдува или отфрла сомнежот за туберкулоза. Доколку пациентот е болен од туберкулоза, лекарот е должен да предложи хоспитализација. Иако се работи за инфективно заболување лекарот нема можност присилно да го задржи во болница, бидејќи законот за инфективни

заболувања нема ваква одредба со која лекарот ќе може да му нареди на пациентот да се хоспитализира. Оваа активност на докторот е во времетраење од осум минути.

Со оглед на тоа дека не се работи за пациент кој би прифатил хоспитализација, пациентот се упатува на шалтер каде ги завршува административните работи и заминува на домашно лекување. Работата на шалтерскиот работник во овој случај е пресметана во времето на доаѓање, бидејќи овде само ја подига документација без потоа да следува некаква активност.

Како што кажавме, пациентот се упатува на домашно лекување и во овој период трошокот подразбира само таблети кои ги добива од диспанзерот. За подрачјата каде туберкулозата има поголем замав, работат патронажни служби, кои се финансирани од проектот на Глобалниот фонд. Задачата на патронажните служби во овој случај претставува следење на пациентите т.е. дали пациентот се придржува кон препишаната терапија (при лекувањето на болните со туберкулоза голем проблем претставува придржувањето на пациентите кон препишаната терапија, од причина што процесот на лекување е долготраен). Оваа активност не е вклучена во никаква пресметка бидејќи таа е и треба да остане во рамките на невладиниот сектор.

Периодот на примање лекови во домашни услови е ист како и периодот одреден за примањето лекови во болнички услови и изнесува 61 ден. Откако ќе помине два месеца на домашно лекување, пациентот треба да се јави на контрола кај лекарот. И во овој случај се прават потполно истите испитувања за контрола како и во првата група на пациенти кои се лекуваат болнички. Разликата меѓу првата и втората група е во болничкиот третман на пациентите. Оваа група нема болнички третман и затоа пациентот се јавува само на контрола во закажаниот термин со докторот на 61 ден (контролата се закажува кога за првпат ќе ја напушти болницата), при што се пријавува на шалтер. Шалтерскиот работник ги извршува своите активности околу евиденцијата на пациентот, каде времетраењето е сосема исто како и во првиот случај. Времетраењето за административниот прием/испис при контролата е покус од причина што пациентот е веќе евидентиран, па времетраењето ќе се пресметува само на испис

или само на прием. Откако ќе се завршат сите административни постапки, пациентот повторно се упатува кај лекарот каде треба да му се направат дополнителни испитувања и тоа: РТГ, директна микроскопија, крвна слика и трансaminaзи, за да се провери дали лековите предизвикуваат некакво пореметување или оштетување на црниот дроб. Во зависност од резултатите, докторот ја продолжува истата терапија или се одлучува за нејзина промена.

Докторот ја препишува потребната терапија и пациентот повторно се враќа на домашно лекување, но откако ќе ги заврши административните процедури на шалтерот. Како што неколкупати спомнавме во овој труд, лековите за лекување на туберкулозата се бесплатни за сите граѓани на Република Македонија.

Пациентот продолжува со терапијата сè до наредната контрола, која обично е на четвртиот месец, а во меѓувреме патронажната служба ја контролира редовноста на примената терапија. Откако ќе поминат и овие два месеци, под претпоставка дека пациентот добро ја поднесува и редовно ја прима терапијата, истиот треба повторно да се обрати кај лекарот кој ја води неговата медицинска состојба (болест). Доколку пациентот се придржува кон препораките на лекарот и ја прима назначената терапија тогаш пациентот треба да е излекуван, но сето тоа треба да се потврди со испитувања кои се според препораките на СЗО. Таблетарната терапија трае сè до шестиот месец.

По завршување на шестиот месец пациентот повторно доаѓа на контрола во Институтот каде му се прават конечните испитувања. За таа цел пациентот се јавува на шалтер каде медицинската сестра врши прием за амбулантно лекување, нејзиното ангажирање за пациентот трае пет минути и таа го упатува на преглед кај докторот. Докторот ја следи состојбата на пациентот за време на целото лекување и ги назначува крајните испитувања (култура левенштајн, микроскопија, РТГ, крвна слика и трансaminaзи), со што се потврдува успех или неуспех од лекувањето. За овој ангажман докторот троши седум минути. По добивање на овие резултати пациентот повторно се враќа кај докторот за да ги види резултатите од испитувањето. По завршувањето на контролата кај лекарот пациентот се упатува на шалтер за ги заврши административните работи и сестрата троши три минути за испис на амбулантниот пациент. Со оваа контрола пациентот го завршува лекувањето и тој се води како излекуван пациент.

Табела бр. 9 ГРУПА 16 : ПАЦИЕНТИ СО АМБУЛАНТНО ЛЕКУВАЊЕ ОД 6 МЕСЕЦИ

ГРУПА 16 : ПАЦИЕНТИ СО АМБУЛАНТНО ЛЕКУВАЊЕ ОД 6 МЕСЕЦИ			кол.	единица
АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ				
ден 0				
1	Административен прием	Медицинска сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	8 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб. - микроскопија	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб. – култура	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб. – бактек	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	8 мин.
ден 0 до ден 61				
2	Терапија и мед. мат.	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл.
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл.
		Питазинамид (1табл=400мг)	61	4 табл.
		Стрептомицин (1ампула=1г)		
		Медицински материјал		
ден 61				
1	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа
2	Испис / контрола	Мед. сестра - припрема за испис / контрола	1	8 мин.
		Доктор - испис / контрола	1	10 мин.
		Болнички администратор		
ден 62 до ден 124				
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл.
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл.
		Етамбутол (1табл=400мг)		
ден 124				
1	Административен прием	Медицинска сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	5 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб. - микроскопија	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	5 мин.
5	Административен испис	Медицинска сестра (шалтер)	1	3 мин.
ден 125 до ден 186				
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл.
		Етамбутол (1табл=400мг)		
ден 183				
1	Административен прием	Медицинска сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	5 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб. – микроскопија	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб. – култура	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб. – бактек	0	0 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	7 мин.
5	Административен испис	Медицинска сестра (шалтер)	1	3 мин.

4.5.7. Мапирање на процесот на здравствена грижа за третата група на пациенти

Третата група на анализа е поврзана со пациенти кои некогаш во минатото или од неодамна биле лекувани од туберкулоза и биле успешно излекувани, но ж повторно заболеле од истата болест. Оваа група на пациенти се лекува болнички три месеци и пет месеци амбулантно.

Во оваа група на болни постапката е иста како и во лекувањето на првата група на пациенти само што болничкото и амбулантното лекување трае еден месец подолго, што значи имаме еден месец дополнително за болнички третман и еден месец дополнително за амбулантен третман.

Табела бр. 10 ГРУПА 2 : ПОВТОРНО ЛЕКУВАНИ ПАЦИЕНТИ СО БОЛНИЧКО + АМБУЛАНТО ЛЕКУВАЊЕ ОД ДОПОЛНИТЕЛНИ 8 МЕСЕЦИ

ГРУПА 2 : ПОВТОРНО ЛЕКУВАНИ ПАЦИЕНТИ СО БОЛНИЧКО + АМБУЛАНТО ЛЕКУВАЊЕ ОД ДОПОЛНИТЕЛНИ 8 МЕСЕЦИ				
АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ			кол.	единица
ден 0				
1	Административен прием	Медицинска сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	8 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	8 мин.
		препорака : хоспитализација		
5	Прием во болница	Доктор (анамнеза на прием)	1	30 мин.
ден 0 до ден 92				
1	Работа во болница	Доктор – визита	92	12 мин.
		Доктор – декурдус	2	5 мин.
		Медицинска сестра – терапија	92	17 мин.
		Медицинска сестра – администрација	45	5 мин.
		Болничар – нега	92	15 мин.
		Болничар – вечера	92	1 мин.
		Серверка	92	2 мин
		Социјален работник	1	30 мин.
2	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	92	4 табл.

		Етамбутол (1табл=400мг)	92	3 табл.
		Питазинамид (1табл=400мг)	92	4 табл.
		Стрептомицин (1ампула=1г)	61	1 амп.
		Медицински материјал	92	1 мат.
3	Храна	Болнички оброк	92	1 оброк
ден 92				
1	Испитувања	спутум - МБ лаб. – микроскопија	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа
2	Испис	Медицинска сестра - припрема за испис	1	5 мин.
		Доктор – испис	1	20 мин.
		Администратор	1	10 мин.
ден 93 до ден 153				
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	92	4 табл.
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл.
ден 153				
1	Административен прием	Медицинска сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	5 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб. – микроскопија	1	1 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	5 мин.
5	Административен испис	Медицинска сестра (шалтер)	1	3 мин.
ден 154 до ден 244				
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	91	4 табл.
		Етамбутол (1табл=400мг)	91	3 табл.
ден 244				
1	Административен прием	Медицинска сестра (шалтер)	1	5 мин.
2	Преглед	Доктор	1	5 мин.
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа
		спутум - МБ лаб – бактек	0	0 анализа
		РТГ	1	2 слики
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа
4	Преглед	Доктор	1	7 мин.
5	Административен испис	Медицинска сестра (шалтер)	1	3 мин.

4.5.8. Класификација и пресметка на трошоците

Откако завршивме со опишувањето на активностите кои се важни за пресметка на трошокот по пациент, треба да пристапиме кон пресметка на трошок по пациент. За таа цел ги користиме податоците кои се на располагање во одделот за сметководство на Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза. Во пресметката на трошокот по пациент ќе го исклучиме времетраењето на користење на апаратите, од причина што не располагаме со податоци за нивниот технички капацитет, поради застареноста на опремата. Од тие причини трошокот за опремата ќе се распредели по анализите кои се прават за да се излекува пациентот. Она што навистина треба да се потенцира е дека со следење и пресметка на трошоците за целиот циклус на здравствено лекување ќе им се помогне на менаџерите да ги намалат непотребните трошоци кои влијаат на брзиот раст на трошоците на болниците, а со тоа ќе се намалат и долговите на здравствените установи.

4.5.9. Анализа на искористеност на работна сила

Анализата на трошокот по пациент за медицинската состојба - туберкулоза ќе ја започнеме со најголемиот и најзначајниот ресурс во секој дел од медицината, а тоа се лекарите, медицинските сестри и другиот персонал. Во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза 65% од приходот којшто се добива за лекување на пациентите отпаѓа на платите на персоналот којшто директно или индиректно троши време за лекување на пациентите.

Во институтот работат 13 специјалисти, 1 рендгенолог, 17 медицински сестри, 7 лаборанти, 4 болничари, 1 физиотерапевт, 1 серверка, 3 хигиеничари, 1 лице за болничка администрација кое е директно поврзано со лекување на пациентите, 4 лица во администрација кои не се поврзани директно со пациентите, 2 лица во менаџментот на болницата и 8 волонтери. Трошокот за персоналот ќе го распределиме според реалниот бруто приход кој го прима персоналот во здравствената установа (Во бруто приходот се вклучени сите додатоци: придонеси, услови за работа, дежурства, работен стаж).

Табела бр.11 - Трошоци за персоналот

ТРОШОЦИ ЗА ПЕРСОНАЛ		вкупен трошок годишен	единечен трошок годишен	вкупен трошок месечен	единечен трошок месечен
13	специјалисти	10.498.524 ден	807.579 ден	874.877 ден	67.298 ден
1	рентгенолог	408.888 ден	408.888 ден	34.074 ден	34.074 ден
17	сестри	6.984.240 ден	410.838 ден	582.020 ден	34.236 ден
7	лаборанти	2.561.400 ден	365.914 ден	213.450 ден	30.493 ден
4	болничари	1.359.756 ден	339.939 ден	113.313 ден	28.328 ден
1	физио-терапевт	354.504 ден	354.504 ден	29.542 ден	29.542 ден
1	серверка	338.160 ден	338.160 ден	28.180 ден	28.180 ден
3	хигиеничари	774.528 ден	258.176 ден	64.544 ден	21.515 ден
4	администрација	1.331.386 ден	332.846 ден	110.949 ден	27.737 ден
1	администрација - болница	332.846 ден	332.846 ден	27.737 ден	27.737 ден
2	менаџмент	1.939.044 ден	969.522 ден	161.587 ден	80.794 ден
2	сестри ДД	297.131 ден	148.566 ден	24.761 ден	12.380 ден
2	болничари ДД	205.014 ден	102.507 ден	17.085 ден	8.542 ден
3	хигиеничари ДД	247.519 ден	82.506 ден	20.627 ден	6.876 ден
1	соц. работник ДД	54.000 ден	54.000 ден	4.500 ден	4.500 ден

Ова ќе го прикажеме со следната математичка формула:⁷⁸

$$\text{Стапка на расположливи ресурси} = \frac{\text{трошоци кои се препишуваат на ресурсите}}{\text{расположлив капацитет на ресурсите}}$$

Оваа формула ќе ја искористиме само за персоналот и трошокот ќе го додадеме на секој дел од активноста каде што персоналот го троши времето со пациентот.

Броителот во формулата го покажува збирот од трошоците за персоналот кои се прават во процесот на здравствената грижа вклучувајќи го персоналот кој е потребен за непрекинато одвивање на процесот на здравствена заштита. Во трошокот на овој ресурс се вклучени платите и придонесите на персоналот и сите додатоци: придонеси, дежурства, услови за работа, ноќен труд, работен стаж, кои ја сочинуваат платата на вработените кои се активно вклучени во процесот на здравствената заштита. Трошоците што не се однесуваат на персоналот и на кои не можеме да им дадеме фактор време поради застареност на апаратурата, потоа

⁷⁸ Kaplan Robert.S. and Porter Michael E.- How to solve the cost crisis in health care, Harvard business review, September 2011, p 7

режиските трошоци, објектите и другите режиски трошоци ќе ги распределиме по активност на местото каде што настануваат.

Овие трошоци обично вклучуваат пропорционално споделување на трошоците поврзани со менаџерскиот тим:

- простор (канцеларии, магацини, па дури и просториите каде што се одвиваат активностите на давање на здравствена заштита);
- опрема, (која е 100% амортизирана и за неа немаме технички карактеристики за капацитетот којшто истата може да го постигне);
- информатичка технологија, телекомуникациска која се користи во секојдневниот работен ден.

Како што веќе потенциравме во анализата на процесот на давање на здравствената заштита, голем дел од трошоците не може да се определат директно т.е. не може да се направи точна проценка колкав дел од тој трошок директно влијае на пациентот. Оттука, за ваквите трошоци ќе се определи клуч за распределба, а притоа ќе се тргне од претпоставката колку секој индиректен трошок учествува во процесот на давање на здравствена грижа за пациентот. Па како резултат на тоа, трошоците за надзор ќе бидат пресметани врз основа на тоа со колку луѓе управува менаџерот. Трошоците за просторот ќе се пресметаат врз основа на тоа колкав простор отпаѓа за лекување на медицинската состојба. Комуникациската опрема се распределува врз основа на вкупниот број на пациенти.⁷⁹

Да се вратиме на расположливото работно време на персоналот кое е наменето за пациентите. Оваа пресметка ќе започне со 365 календарски дена во годината, а потоа ќе ги одземеме сите оние денови кои работникот не ги поминува на работното место. Таквите денови се задолжителен годишен одмор, државни и верски празници, викенди и денови за боледување⁸⁰.

⁷⁹ Kaplan Robert.S. and Porter Michael E.- How to solve the cost crisis in health care, Harvard business review, September 2011, p.8

⁸⁰ Kaplan Robert.S. and Porter Michael E.- How to solve the cost crisis in health care, Harvard business review, September 2011, p.8

Денови во годината	365 дена
Денови за викенд	104
Денови за одмор	23
Празници	12
<u>Боледување</u>	<u>5</u>

Вкупно 221 ден на располагање за работа или 18.4 дена месечно

Во однос на часовите започнуваме со задолжителните часови за еден работен ден од 7 часа

1 работен ден (во часови)	7
Задолжителна пауза	0,5
<u>Состанок, едукација</u>	<u>1</u>
Вкупно клинички часови	5,5

Работното време во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза трае 1 час помалку од пропишаните работни часови согласно Законот за работни односи. Ваквата бенефиција е законска и е одобрена од Министерство за труд и социјална политика поради природата на работа која ја има оваа институција, а тоа е работа со инфективна болест т.е. туберкулоза.

Оваа привилегија се однесува на персоналот кој е директно изложен на инфективноста од оваа болест, а тоа се докторите, медицинските сестри, лаборантите-хигиеничари, физиотерапевтот и серверката, но во Институтот постои и рендгенолог кој е изложен на јонизирачко зрачење и неговото работно време согласно Законот за јонизирачки зрачења е 6,5 часа дневно додека лицата вработени во администрацијата работат по 8 часа односно немаат повластено работно време поради тоа што не доаѓаат во допир со инфективноста на болеста. Затоа во калкулацијата за расположливо работно време започнуваме со осум часа наместо со седум. Во табелата бр. 12 претставени се расположливите работни часови на персоналот во однос на пациентите.

Табела бр. 12 - Расположливо работно време

расположливо работно време:	часови/ годишно	часови/ месечно
- администрација и менаџмент	1.658	138
- медицински персонал и други (без лекарски дежурства)	1.437	120
- рендгенолог	1.216	101

Но вработените не се на располагање за пациентите во текот на целиот работен ден. Затоа во продолжение во табела бр. 13 ќе го прикажеме ефективното работно време, т.е. времето за кое персоналот треба да е достапен за пациентот.

Табела бр.13 - Ефективно работно време

ефективно работно време:	
- администрација и менаџмент	н/а
- лекари и медицински сестри	85%
- останат медицински персонал и други	100%

Во оваа калкулација трошокот ќе го распределиме според ефективното работно време т.е. времето за кое персоналот е достапен за пациентот. Како што е прикажано во табелата за ефективно работно време, лекарите и медицинските сестри се достапни за пациентите 85 отсто (едукативниот дел, утринскиот состанок на лекарите и сестрите е во интерес на пациентите, но не и времето во кое тие им се достапни на пациентите) од нивното работно време, а останатиот медицински персонал е достапен 100 отсто.

Но бидејќи се работи за болница која дава 24-часовна здравствена грижа, треба да земеме предвид дека во оваа здравствена установа има лекари кои дежураат, а нивното работно време е поинакво од она на лекарите кои не дежураат. Лекари кои дежураат се 9, а кои не дежураат се 4. Во продолжение ќе треба да ги пресметаме и нивните расположливи часови. Во табелата бр. 14 дадена е шема на дежурства на лекари.

Табела бр. 14 - Шема на дежурства на лекари

	п	в	с	ч	п	с	н	п	в	с	ч	п	с	н	п	в	с	ч	п	с	н	п	в	с	ч	п	с	н	п	в	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	24		8	8	8			8	8	24		8			8	8	8	8	24			8	8	8	8		24		8		
2	8	24		8	8			8	8	8	24				8	8	8	8	8	24			8	8	8	8			24		
3	8	8	24		8			8	8	8	8	24				8	8	8	8		24			8	8	8	8		8	24	
4	8	8	8	24				8	8	8	8	8	24			8	8	8	8			24		8	8	8			8	8	
5	8	8	8	8	24				8	8	8	8		24		8	8	8	8				8	24		8	8			8	8
6	8	8	8	8	8	24			8	8	8	8			24		8	8	8				8	8	24		8			8	8
7	8	8	8	8	8		24		8	8	8	8				8	24		8	8				8	8	8	24			8	8
8	8	8	8	8	8			24		8	8	8				8	8	24		8				8	8	8	8	24			8
9	8	8	8	8	8			8	24		8	8				8	8	8	24					8	8	8	8	8	24		8

Шемата на дежурства укажува дека лекарите работат 216 часа месечно или 26 дена месечно или 290 дена годишно. Дел од лекарите дежураат четирипати, дел дежураат трипати.

Оваа пресметка се однесува само на лекарите бидејќи медицинските сестри работат во смени. Па според оваа пресметка, ефективното работно време за персоналот ќе биде како што е прикажано во табелата бр. 15.

Табела бр. 15 - Ефективно работно време на медицинскиот и немедицинскиот персонал

ефективно работно време:		
- администрација и менаџмент		1.658 часа / година
- лекари кои дежураат		1.593 часа / година
- лекари кои не дежураат и сестри		1.216 часа / година
- останат медицински персонал и други		1.437 часа / година
- рентгенолог		1.216 часа / година

Табела бр. 15 - Трошок по ефективен час

ТРОШОЦИ ЗА ПЕРСОНАЛ	вкупен трошок годишен	единичен трошок годишен	вкупен трошок месечен	единичен трошок месечен	единично ефективно работно време	трошок по ефективен час
13 специјалисти	10.498.524 ден	807.579 ден	874.877 ден	67.298 ден	1.477 ч/год	547 ден/ч
1 Рендгенолог	408.888 ден	408.888 ден	34.074 ден	34.074 ден	1.216 ч/год	336 ден/ч
17 Сестри	6.984.240 ден	410.838 ден	582.020 ден	34.236 ден	1.216 ч/год	338 ден/ч
7 Лаборанти	2.561.400 ден	365.914 ден	213.450 ден	30.493 ден	1.437 ч/год	255 ден/ч
4 Болничари	1.359.756 ден	339.939 ден	113.313 ден	28.328 ден	1.437 ч/год	237 ден/ч
1 Физио -терапевт	354.504 ден	354.504 ден	29.542 ден	29.542 ден	1.437 ч/год	247 ден/ч
1 Серверка	338.160 ден	338.160 ден	28.180 ден	28.180 ден	1.437 ч/год	235 ден/ч
3 Хигиеничари	774.528 ден	258.176 ден	64.544 ден	21.515 ден	1.437 ч/год	180 ден/ч
4 администрација	1.331.386 ден	332.846 ден	110.949 ден	27.737 ден	1.658 ч/год	201 ден/ч
1 администрација - болница	332.846 ден	332.846 ден	27.737 ден	27.737 ден	1.658 ч/год	201 ден/ч
2 Менаџмент	1.939.044 ден	969.522 ден	161.587 ден	80.794 ден	1.658 ч/год	585 ден/ч
2 сестри ДД	297.131 ден	148.566 ден	24.761 ден	12.380 ден	1.216 ч/год	122 ден/ч
2 болничари ДД	205.014 ден	102.507 ден	17.085 ден	8.542 ден	1.437 ч/год	71 ден/ч
3 хигиеничари ДД	247.519 ден	82.506 ден	20.627 ден	6.876 ден	1.437 ч/год	57 ден/ч
1 соц. работник ДД	54.000 ден	54.000 ден	4.500 ден	4.500 ден	1.437 ч/год	38 ден/ч

Од наведената пресметка прикажана во Табела бр. 15 произлегува дека медицинската сестра е достапна за пациентите 1.216 часа годишно или 102 часа во текот на месецот, а трошокот по ефективен работен час изнесува 338 денари. Единичното ефективно работно време за докторот (времето кое му е на располагање на пациентот) е 1.477 часа годишно или 123 часа месечно, а трошокот по ефективен час изнесува 547 денари од час.

4.5.10. Распределба на индиректните трошоци по активности

Пред да започнеме со анализата најпрвин ќе направиме поделба на трошоците според видот на трошоци, па така трошоците во оваа анализа ќе ги поделиме на директни (трошоци за храна, лекови, медицински потрошен материјал, реагенси за микробиолошката и биохемиската лабораторија филмови и реагенси за рендгенот), потоа индиректни трошоци (трошоци за затоплување, струја, вода, комунална хигиена, медицински отпад, други комунални услуги, други немедицински материјали, поправка и одржување) и административни трошоци (канцелариски материјали, телефон, правни услуги, специјализации на лекар, семинари, објава на огласи, други оперативни расходи и расходи преку благајна).

Сите трошоци кои не се поврзани директно со пациентот, а се многу значајни за непречено одвивање на сите процеси во болницата ќе ги распределиме според активностите каде тие настануваат, па така за распределба на индиректните трошоци како клуч за распределба ќе ја користиме квадратурата каде се извршуваат

болничките и амбулантните активности, т.е. распределба на целокупната режија по површина. Другата група на трошоци класифицирани како административни трошоци ќе ги распределиме по бројот на пациентите, а во оваа група ќе ги ставиме и трошоците на персоналот кој не е директно поврзан со пациентот.

Пред да започнеме со пресметката на индиректните трошоци неопходно е да се даде приказ кој трошок по кој клуч ќе биде распределуван. Во табела бр. 16 прикажани се трошоците и методот на нивната распределба.

Табела бр. 16 - Распределба на индиректни троши

индиректни трошоци	Распределба
Трошоци на менаџментот	број на пациенти
Персонални трошоци	број на вработени
Одржување и поправка на медицинска опрема	број на пациенти
Амортизација на медицинска опрема	број пациенти
Одржување и поправки на објектот	м ²
Трошоци за електрична енергија	м ²
Трошоци за комуникација	број на пациенти
Топла и ладна вода	м ²
Трошоци за затоплување	м ²
Трошоци за перење и пеглање на медицинска долна облека	број на пациенти
Трошоци за оброк	број на оброци
Сметководство	број на пациенти
Канцелариски материјали	број на пациенти
Трошоци за средства за хигиена	м ²
Информатичка технологија	број на пациенти

Откако го определивме клучот за распределба на индиректните трошоци ќе пристапиме кон нивна пресметка. Во оваа анализа работиме со вистински податоци и со реални површини со кои располага Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза. За да се пресметаат трошоците по површина потребно е да се подели целиот објект по површина и да се добие колку од површината припаѓа на секој функционален дел од болницата, за таа цел, болницата е поделена на нејзината функционалност и тоа: болнички дел за специфични болести на кого му припаѓаат 900 м², потоа болнички дел за неспецифични болести на кога исто така му припаѓаат 900 м², амбулантен дел на кого му припаѓаат 200 м², функционална дијагностика каде припаѓаат 100 м², кабинет за РТГ на кого му припаѓаат 150 м², бронхоскопија 100 м², биохемиска лабораторија 100 м², физикална терапија 50 м² и администрација и останато 1500 м². Во последната ставка администрација и останато спаѓаат и магацинските простории

за лекови, немедицинскиот потрошен материјал, магацинот за чување на историите на болните, како и неискористените делови кои некогаш биле составен дел од функционирањето на болницата.

Откако ќе се распредели просторот, се распределуваат направените трошоци по површина која ја наброивме погоре во текстот, па така трошоците за затоплување, вода, струја, комунална хигиена, медицински отпад, (медицинскиот отпад не е распределен по површината во администрација бидејќи единствено таму не се троши медицински материјал, па според тоа и на оваа површина не ѝ се распределува трошокот за медицински отпад), потоа другите комунални услуги, немедицинскиот материјал, поправката и тековното одржување. Во продолжение е претставена табелата во која е наведена распределбата на индиректните трошоци по површина.

Табела бр. 17 - Распределба на индиректни трошоци по површина

	M ²	затоплување	вода	струја	ком. хигиена	мед. Отпад	др.ком.усл	др.немед. мат	попр. и одрж.	ВКУПНО
вкупен работен простор	4.200 m²	4.886.976	920.730	999.833	524.460	34.927	731.542	191.751	761.578	9.051.797
вкупен работен простор – зграда	4.000 m²	4.654.263	876.886	952.222	499.486	32.340	696.707	182.620	725.312	8.619.835
болничко крило – специфично	900 m ²	1.047.209	197.299	214.250	112.384	11.642	156.759	41.090	163.195	1.943.829
болничко крило – неспецифично	900 m ²	1.047.209	197.299	214.250	112.384	11.642	156.759	41.090	163.195	1.943.829
Амбуланти	200 m ²	232.713	43.844	47.611	24.974	2.587	34.835	9.131	36.266	431.962
функционална дијагностика	100 m ²	116.357	21.922	23.806	12.487	1.294	17.418	4.566	18.133	215.981
Рентген	150 m ²	174.535	32.883	35.708	18.731	1.940	26.127	6.848	27.199	323.971
Бронхоскопија	100 m ²	116.357	21.922	23.806	12.487	1.294	17.418	4.566	18.133	215.981
БХ лабораторија	100 m ²	116.357	21.922	23.806	12.487	1.294	17.418	4.566	18.133	215.981
Физикална терапија	50 m ²	58.178	10.961	11.903	6.244	647	8.709	2.283	9.066	107.990
администрација и останато	1.500 m ²	1.745.349	328.832	357.083	187.307		261.265	68.483	271.992	3.220.311
вкупен работен простор - МБ лаб.	200 m²	232.713	43.844	47.611	24.974	2.587	34.835	9.131	36.266	431.962

Понатаму во пресметката ги земаме предвид и трошоците кои ги дефинираме како административни трошоци, а овде спаѓаат канцелариските материјали, трошокот за телефон и интернет, правните услуги, трошоците за специјализација на лекарите, семинари, објавување на огласи, други оперативни расходи и расходи од благајна. Овие трошоци ги распределуваме по бројот на

пациенти, бидејќи истите се направени за да се извршат активности за пациентите.

Табела бр.18 - Распределба на административни трошоци по број на пациенти

	пациенти		трош. по пац.
	7092	1.651.008 ден	233 ден/пац
канцелариски материјали		300.298 ден	
телефон		350.865 ден	
интернет		36.000 ден	
правни услуги		70.980 ден	
специјализации		600.000 ден	
семинари		16.580 ден	
објавување на оглас		59.088 ден	
други оперативни расходи		96.348 ден	
расходи преку благајна		120.849 ден	

Откако се распределија административните трошоци треба да се распредели и трошокот на администрацијата во која сме ги вклучиле хигиеничарите, администрацијата, менаџментот, хигиеничарите кои работат со договор на дело, и овие трошоци се распределени по бројот на пациентите поради тоа што истите постојат за пациентите.

Потоа следува распределбата на платата на администрацијата и истата е прикажана во Табела бр. 19. Понатаму во Табела бр. 20 е прикажана распределбата на информатичката технологија и на крајот во Табела бр.21 ја имаме распределбата на болничкиот инвентар.

Табела бр.19 - Распределба плати на менаџмент и администрација

плати на менаџмент и администрација	7.092	4.292.477 ден	605 ден/пац.
хигиеничари		774.528 ден	
администрација		1.331.386 ден	
менаџмент		1.939.044 ден	
хигиеничари ДД		247.519 ден	

Табела бр.20 - Распределба на ИТ опрема по број на пациенти

	<u>НСВ</u>	<u>год. аморти.</u>	трош. по пац.
	-	-	Пациенти
	-	-	7.092
ИТ опрема	786.000 ден	157.200 ден	22 ден/пац

Табела бр.21 Распределба на болнички инвентар по болнички крила

	<u>НСВ</u>	<u>ГОД.</u> <u>аморт.</u>	специфич на	неспецифич на	специфич на	неспецифич на
			леж. денови	леж. денови	пациенти	пациенти
			5.522	8.674	164	1.093
болничка опрема	1.000.000 ден	200.000 ден	77.797 ден	122.203 ден	474 ден	112 ден

Распределбата на трошоците за болнички инвентар не се пресметува според вкупниот број на пациенти бидејќи протокот на пациенти не е ист во сите одделенија и затоа во болничките одделенија ќе се земат болничките денови како клуч за распределба на болничкиот инвентар.

4.5.11. Пресметка на трошоците по активности

Како што веќе видовме при специфицирањето на патот по кој се движи пациентот за да биде излекуван од туберкулоза, освен лекарскиот труд кој му е неопходен, тој треба да направи и низа анализи кои ќе имаат значително влијание врз исходот од лекувањето. Сомнежот од туберкулоза кој го поставува лекарот мора да се потврди со соодветни анализи. Во нашиот случај тоа се:

РТГ

Биохемија

Микробиологија

За да го имаме соодветниот трошок по пациент треба да ги пресметаме трошоците кои ги прават кабинетите и лабораториите со цел да го добиеме трошокот кој се прави за лекување на една медицинска состојба (болест).

Анализа на трошоците во микробиолошка лабораторија

Анализата на трошоците ќе ја започнеме од микробиолошката лабораторија бидејќи таа е најкарактеристична за оваа болест. Во нашата република постои само една лабораторија од ваков вид - Национална референтна лабораторија (НРЛ) која се наоѓа во Институтот за белодробни заболувања и

туберкулоза. Речиси сто отсто од работата на оваа лабораторија е поврзана со туберкулозата.

Оваа анализа ќе се базира на теоретски број на анализи. За таа цел ќе тргнеме од претпоставката дека на сите болни од туберкулоза треба да им се направат следниве анализи: 4 микроскопии, 2 култури-левенштајн и 1 култура-бактек. А следниве анализи се прават за оние пациенти кај кои постои сомневање дека се заболени од туберкулоза: 1 микроскопија, 1 култура-левенштајн и 1 култура-бактек.

Бројот на анализите кои треба да се направат на болните и суспектните пациенти е препорака која е дадена од страна на Светската здравствена организација и врз основа на ова претпоставуваме дека треба да се направи следниов број на анализи кои се прикажани во табелата бр. 22.

Табела бр. 22 - Направени анализи за болни и суспектни од туберкулоза

ПРЕТПОСТАВКИ	Бр. на пациенти	СМ	СКЛ	СБ	СМ	СКЛ	СБ
пациенти болни од туберкулоза	251	4	2	1	1004	502	251
пациенти суспектни на туберкулоза	2259	1	1	1	2259	2259	2259

Од табелата бр.22 се гледа дека за 251 пациент кои се заболени од туберкулоза треба да се направат 1.004 микроскопии, 502 левенштајн, 251 бактек. Секоја дополнителна анализа за пациентите треба да биде поткрепена со факти. Во пресметката на трошокот по пациенти земени се превид сите анализи кои се прават во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза, а се поврзани со туберкулозата, но ова не значи дека сите овие 251 пациент го започнале и го завршиле лекувањето во Институт за белодробни заболувања и туберкулоза. Следењето на туберкулозата бара добра и прецизна евиденција на пациентите од причина што нивното движење е низ цела држава. Како што објаснивме погоре во текстот, пациентите имаат безброј можности за лекувањето и дијагностиката. Пациентите можат да го започнат лекувањето во Битола, а да го продолжат во Скопје.

Доколку се направи анализа, треба да биде поткрепена и со доказ зошто истата е направена, дали направената анализа има влијание врз исходот од лекувањето или не (дали по направената анализа следи промена на терапијата

или нешто слично), што значи дека треба да се образложи зошто е направена секоја дополнителна анализа. Но овде не треба да се елиминира фактот дека овие анализи се за целиот циклус на здравственото лекување, а не само за интервенциите кои се прават во Институтот. Па според тоа треба да се води сметка за бројот на анализи што се прават и во диспанзерите и болниците.

Како што рековме во анализата на микробиолошката лабораторија, тргнуваме од теоретската претпоставка за бројот на анализи. За да пресметаме цена по една анализа потребно е да се знае со кои ресурси треба да се располага. Според тоа, за да се изработат горенаведените анализи потребна е апаратура која е 100% амортизирана, но за да се прикаже колку би изнесувал вистинскиот трошок по анализа во пресметката ќе ја користиме нето сегашната вредност за секој апарат посебно.

Податоците за оваа пресметка се земени од одделот за сметководство при Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза.

Табела бр.23 - Распределба и алокација на трошок за апарати по анализа

апарати	број	НСВ	средна НСВ	год. аморти.	клуч за распределба (број на анализи)			алокација на трошоци (број на анализи)			алокација на трош (по анализа)	
					3263	2761	2510	3263	2761	2510	3263	2761
	9	7.329.737 ден	814.415 ден	1.465.947 ден	СМ	СКЛ	СБ	СМ	СКЛ	СБ	СМ	СКЛ
термостат инкубатор	1	307.132 ден		61.426 ден					61.426 ден		0 ден	22 ден
флуоросцентен микроскоп	1	854.142 ден		170.828 ден	За			170.828 ден			52 ден	0 ден
сигурносна кабина	1	656.466 ден		131.293 ден	2	2	2	50.200 ден	42.477 ден	38.616 ден	15 ден	15 ден
сигурносна кабина	1	879.942 ден		175.988 ден	2	2	2	67.290 ден	56.937 ден	51.761 ден	21 ден	21 ден
автоклав	1	767.830 ден		153.566 ден	4	4	4	58.716 ден	49.683 ден	45.166 ден	18 ден	18 ден
ЛЕД микроскоп	2	225.725 ден		45.145 ден	За			45.145 ден			14 ден	0 ден
бактек	1	3.200.000 ден		640.000 ден			Зв			640.000 ден	0 ден	0 ден
центрифуга	1	438.500 ден		87.700 ден	1	1	1	33.532 ден	28.374 ден	25.794 ден	10 ден	10 ден
										-	130 ден	87 ден

Како што веќе објаснивме, апаратурата во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза е комплетно амортизирана. Затоа во пресметките ќе ја земеме нето сегашната вредност на апаратурата и врз основа на тоа ќе ја пресметаме годишната законска стапка на амортизација. Амортизација се пресметува според Правилник за сметководство за буџетите и буџетските корисници (Службен весник на РМ бр. 28/03, 62/06, 8/09 и 175/11 и истата за електронски и медицински уреди, инструменти, прибор и апарати изнесува 20% годишно). Согласно овој правилник апаратурата ќе се амортизира во рок од пет години. Клуч за распределба ќе ни претставува бројот на анализи за болни и

суспектни од туберкулоза. Според тоа, вкупниот број на микроскопии треба да изнесува 3.263 анализи, 2.761 за култура-леуенштајн и 2.510 анализи за култура-бактек. Бидејќи се работи за три анализи што се работат на различна апаратура, но се користат и заеднички апарати за изведување на некои активности, апаратурата е распределена по анализа. На пример, сигурносната кабина е потребна за изведување на сите анализи, но бактек апаратот се користи само за бактек анализите, итн., затоа и трошокот за апарати не е поделен на сите анализи подеднакво, туку е распределен на секоја анализа пропорционално според учеството на апаратурата која ја има во реализација на потребните анализи.

Откако е пресметан трошокот на апаратите и алоциран на потребните анализи, се пристапува кон пресметка на трошок по анализа. Од направената анализа, трошокот за апаратите учествува со 130 денари по анализа за микроскопија, 87 денари за анализа леуенштајн и 319 денари за анализа бактек.

За да се добие трошокот по анализа во пресметката на трошоците ќе се пресметаат реагенсите по анализа. Најпрво ќе се определи кој од реагенсите за која анализа се користи. Откако ќе се распределат реагенсите по анализа, се добива вкупниот трошок по анализа. Трошокот по анализа ќе се добие кога вкупниот трошок за реагенси по анализа ќе се подели со бројот на анализите што треба да се направат за суспектните и болните од туберкулоза. Од направената калкулација на реагенсите во вкупниот трошок по анализа имаме 149 денари за микроскопија, 337 денари по анализа за култура-леуенштајн и 231 денар по анализа за култура-бактек. Податоците се земаат од сметководството на Глобалниот Фонд при Министерството за здравство. Реагенсите за изработка на потребните анализи се обезбедуваат со средствата од овој грант. Во табелата бр.24 прикажан е трошокот за реагенси по анализа.

Табела бр.24 - Распределба и алокација на трошок за реагенси по анализа

реагенси и друг потрошен материјал	вкупно ден.	3263	2761	2510	3263	2761	2510	3263	2761	2510
		СМ	СКЛ	СБ	СМ	СКЛ	СБ	СМ	СКЛ	СБ
контејнери за искашлок	384.000 ден	x	x	x	146.824 ден	124.235 ден	112.941 ден	45 ден	45 ден	45 ден
респираторни маски	781.200 ден	x	x	x	298.694 ден	252.741 ден	229.765 ден	92 ден	92 ден	92 ден
дезинфициент	78.000 ден	x	x	x	29.824 ден	25.235 ден	22.941 ден	9 ден	9 ден	9 ден
NaOH	9.015 ден	x	x	x	3.447 ден	2.917 ден	2.651 ден	1 ден	1 ден	1 ден
HCl	10.376 ден	x	x	x	3.967 ден	3.357 ден	3.052 ден	1 ден	1 ден	1 ден
Ethanol	11.580 ден	x	x	x	4.428 ден	3.746 ден	3.406 ден	1 ден	1 ден	1 ден
реагенси за култура Левенштајн	519.400 ден		x			519.400 ден		0 ден	188 ден	0 ден
реагенси за бактек	205.670 ден			x			205.670 ден	0 ден	0 ден	82 ден
стакленца на микроскоп	240.000 ден	x			240.000 ден			149 ден	337 ден	231 ден
реагенси за микроскоп	235.350 ден	x			235.350 ден					
							-	280 ден	424 ден	551 ден

Покрај трошокот за реагенси и апарати потребно е да се пресмета и трошокот за персонал. За таа цел направено е набљудување на вработените за да се утврди времето кое е потребно за да се изработат анализите. За да се потврди точноста на набљудувањето на персоналот спроведено е и интервју со еден од лаборантите, како и со раководителот на микробиолошката лабораторија. Откако се потврди точноста на минутажата за извршување на соодветната анализа се пристапува кон пресметување на трошокот кој се прави за да се изработат анализите. Микробиолошките анализи се изведуваат од страна на три лаборанти и еден микробиолог-специјалист. Тие за изработка на горенаведените анализи трошат време како што е наведено во табела бр.25.

Табела бр. 25 - Распределба и алокација на трошокот за персонал по анализа

ПЕРСОНАЛ	3263	2761	2510	3263	2761	2510	3263	2761	2510
	СМ	СКЛ	СБ	СМ	СКЛ	СБ	СМ	СКЛ	СБ
лаборант	22 мин	38 мин	29 мин	304.763 ден	445.423 ден	309.025 ден	93 ден	161 ден	123 ден
припрема	10 мин	15 мин	15 мин	71.786 мин	104.918 мин	72.790 мин			
сушење, фиксирање и боене	3 мин			1.196 ч/год	1.749 ч/год	1.213 ч/год			
манупулација	1 мин	1 мин	1 мин						
инокулација		5 мин	5 мин						
набљудување култури			9 мин						
микроскопирање	5 мин	5 мин	5 мин						
администрација (прием и издавање на резултати)	3 мин	3 мин	3 мин						
лекар	7 мин	7 мин	7 мин	208.152 ден	176.128 ден	160.117 ден	64 ден	64 ден	64 ден
				22.841 мин	19.327 мин	17.570 мин			
				381 ч/год	322 ч/год	293 ч/год	157 ден	225 ден	187 ден

СМ-спутум микроскопија; СКЛ - спутум култура-левенштајн; СБ - спутум бактек

За да се добие трошокот по минути за изработка на една анализа треба да се помножи ефективното работно време изразено во минути со минутите потребни за да се изработи секоја фаза до целосна изработка на анализите.

Од направените пресметки во табелата бр.25 се добива и трошокот кој персоналот го прави за да ги направи потребните анализи. Па така трошокот на персоналот за да изработи една микроскопија изнесува 157 денари, за култура-леуенштајн изнесува 255 и за култура бактек изнесува 187 денари. Но за да се добие трошокот по анализа треба да се распределат и индиректните трошоци. Во табела бр. 26 распределени се индиректните трошоци по анализа.

Табела бр.26 - Распределба на индиректни трошоци по анализа

	ВКУПНО	пациенти	анализи / снимки	трошок по пациент	трошок по анализа
вкупен работен простор	9.051.797 ден.				
вкупен работен простор - зграда	8.619.835 ден.				
болничко крило - специфично	1.943.829 ден.	164	-	11.853 ден.	
болничко крило - неспецифично	1.943.829 ден.	-	-		
амбуланти	431.962 ден.	7.092	-	61 ден.	
функционална дијагностика	215.981 ден.	-	-		
рендген	323.971 ден.	-	6.586		49 ден.
бронхоскопија	215.981 ден.	-	-		
БХ лабораторија	215.981 ден.	-	24.366		9 ден.
физикална терапија	107.990 ден.	-	-		
администрација	3.220.311 ден.	7.092	-	454 ден.	
вкупен работен простор - МБ лаб.	431.962 ден.	-	8.534		51 ден.

За да се добие трошокот по анализа потребно е да се распределат и индиректните трошоци, прикажани во табела бр.26, каде што е дадена распределбата на индиректните трошоци според површината која отпаѓа на работниот простор на болницата. Од пресметката произлегува дека индиректниот трошок за една анализа изнесува 51 денар.

Со пресметување на индиректните трошоци по анализа ги опфаќаме сите ресурси потребни за изработка на анализите за дијагноза и следење на болните од туберкулоза.

Со едноставно собирање на сите ресурси ќе се добие трошокот по анализа која за микроскопија изнесува 488, за култура-леуенштајн изнесува 700 и за култура-бактек изнесува 788 денари.

Анализа и пресметка на трошоците во биохемиската лабораторија

Покрај микробиологијата за дијагноза и следење на туберкулозата, неопходни се и биохемиски испитувања, но не сите биохемиски испитувања, туку

крвна слика на почеток и трансаминази во текот на следењето на пациентот. За таа цел ќе треба да се пресмета и трошокот кој се прави за овие две анализи.

Поради тоа што биохемиската лабораторија работи многу мал број на анализи за болните од туберкулоза, т.е. само крвна слика и трансаминази, не можеме да работиме со теоретскиот број на анализи и затоа во оваа пресметка ќе се земат предвид реалните анализи изработени во 2012 година.

Како и во микробиолошката лабораторија, така и во биохемиската, анализата ќе се започне со алокација и пресметка на трошокот за апаратите по анализа. Иако и во овој случај, како и во микробиолошката лабораторија, апаратурата е комплетно амортизирана за пресметка, ќе се земе нето сегашната вредност на апаратите која се води во сметководството во Институтот. Алокацијата на трошокот ќе се однесува на бројот на направени крвни слики, трансаминази и сите други останати анализи, но за нив нема да се додава трошок. Во 2012 година се направени 3.527 анализи на крвни слики и трансаминази за болните од туберкулоза, а 20.839 анализи за сите останати пациенти.

Табела бр.27 - Распределба и алокација на трошокот за апаратура по анализа

		алокација на трошоци (број на анализи)	алокација на трошоци (по анализа)
апарати (само за кс. и транс.)	год. аморт.	3.527	3.527
	212.000 ден.	КС + ТА	КС + ТА
мешалка	2.000 ден.	2.000 ден.	1 ден.
центрифуга	60.000 ден.	60.000 ден.	17 ден.
крвен бројач	60.000 ден.	60.000 ден.	17 ден.
бројач 2	90.000 ден.	90.000 ден.	26 ден.

По извршената пресметка и алокација на трошоците по анализа, произлегува дека трошокот на апарати за овие две анализи изнесува 60 денари.

За да се направат потребните биохемиски анализи потребни се реагенси и друг потрошен медицински материјал кои се дел од трошокот за реализација на овие биохемиски анализи. Во табела бр. 28 прикажани се реагенсите кои се

трошат за изработка на потребните анализи, но и медицинскиот потрошен материјал кој е потребен за да се изработат овие анализи.

Табела бр. 28 - Трошок на реагенси по анализа

<u>реагенси и друг потрошен материјал</u>	<u>вкупно ден.</u>	3.527	3.527
	201.514 ден	КС + ТА	КС + ТА
реагенси за трансаминази (само за кс и транс)	9.756 ден.	9.756 ден.	3 ден.
реагенси за крвна слика (само за кс и транс)	33.536 ден.	33.536 ден.	10 ден.
Вакуум-тајнери	137.550 ден.	19.910 ден.	6 ден.
Памук	4.000 ден.	579 ден.	0 ден.
Игли	12.673 ден.	1.834 ден.	1 ден.
Етанол (етил алкохол)	4.000 ден.	579 ден.	0 ден.
Вкупно трошок на реагенси по анализа			19 ден.

Од направените пресметки во табела бр.28 произлегува дека трошокот за реагенси по анализа изнесува 19 денари.

Како и за микробиолошката лабораторија, така и за биохемиската лабораторија потребно е да се пресмета трошокот на персоналот. За таа цел набљудувана е работата на лаборантите во биохемиската лабораторија, а за да се потврди точноста на процесите спроведено е интервју со одговорниот лаборант во оваа лабораторија. За разлика од микробиолошката лабораторија, оваа лабораторија работи без одговорен лекар-специјалист и реагенсите не се од донација, туку се купуваат со средства од Институтот.

Табела бр.29 - Алокација на трошокот за персонал

<u>ПЕРСОНАЛ</u>	3.527	3.527
	КС + ТА	КС + ТА
<u>Лаборант</u>	<u>15 мин.</u>	<u>64 ден.</u>
Земање на крв, бележење	5 мин.	
Манипулација	5 мин.	
Администрација (прием и издавање на резултати)	5 мин.	

Во табелата бр.29 пресметано е времето потребно за изработка на потребните анализи. Ако времето потребно за изработка на крвна слика се

помножи со ефективното работно време на лаборантите ќе се добие трошок на персонал по пациент.

Од направените пресметки во табела бр. 29 произлегува дека трошокот за персонал (лаборанти) по анализа изнесува 64 денари. За да се добие трошок по анализа треба да се додадат индиректните трошоци кои за оваа лабораторија изнесуваат 9 денари по анализа.

Со просто собирање на сите ресурси ќе се добие трошокот по анализа која за крвна слика и трансминази изнесува 151 денар.

Анализа на трошокот во РТГ кабинетот

Од специфицираните процеси за дијагноза и следење на туберкулоза ни остана уште анализата на трошокот во рендген кабинетот. И во оваа пресметка земени се предвид реално направените снимки за туберкулоза во 2012 година. Вкупниот број на направени снимки во 2012 година изнесува 6.586 .

За да се пресмета и овој трошок во предвид треба да се земе трошокот на сите ресурси. За да се изработи една РТГ снимка потребни се: РТГ апарат, РТГ филмови развивачи и човечки труд. Како што веќе спомнавме, апаратурата со која располага оваа институција е многу застарена и 100 % амортизирана, но за да се направи пресметка за вистинскиот трошок на една теоретска анализа ќе се послужиме повторно со нето сегашната вредност на опремата.

Годишната амортизација е иста како и за другата медицинска опрема. Врз основа на направената пресметка по снимка произлегува дека трошокот на апаратот по снимка изнесува 111 денар.

Табела бр.30 - Трошоци за опрема

<u>Апарати</u>	<u>број</u>	<u>НСВ</u>	<u>год. аморт.</u>	
РТГ апарат	1	3.660.000 ден.	732.000 ден.	111 ден.

Во табелата бр.30 прикажани се трошоците за РТГ филмови и развивачи кои се потребни за да; се направи РТГ снимка за еден пациент. Од пресметката која е направена произлегува дека потрошниот материјал потребен за снимање и развивање на снимката изнесува 156 денари по снимка.

Табела бр.31 - Трошоци за реагенси и друг потрошен материјал

<u>Реагенси и друг потрошен материјал</u>	<u>Вкупно ден.</u>	Број на снимки	Трошок
	1.028.641 ден.	6.586	156 ден.
РТГ филмови	198.641 ден.		30 ден.
РТГ материјали од донација	830.000 ден.		126 ден.

За да се изработи снимката потребен е рендгенолог. Во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза постои едно лице кое е задолжено за снимање и развивање на РТГ филмовите. Како и кај сите други, така и овде системот на набљудување и интервју со рендгенологот ја одигра својата улога и се утврди дека за секоја снимка потребни се 22 минути.

Имено, како што веќе се прикажа кога се вршеше пресметката за ефикасно работно време, лицето кое работи со РТГ е изложено на јонизирачко зрачење и согласно Законот за јонизирачки зрачења „Сл. весник на Р. Македонија“ бр. 48/02 од 27.06.2002 година и колективен договор, вработените кои се изложени на јонизирачко зрачење имаат бенефицирано работно време кое изнесува 32 часа неделно наместо 40 работни часа.

Во табела бр. 32 прикажан е трошокот по минута за рендгенологот кој изнесува 123 денари по минута.

Табела бр.32 - Трошоци за персонал

<u>ПЕРСОНАЛ</u>		Број на снимки	трошок
<u>Рендгенолог</u>		6.586	-
подготовка и снимање	22 мин.		123 ден.
			123 ден.

За да биде комплетна анализата треба да се додадат и индиректните трошоци кои се прикажани во табелата бр.26 и изнесуваат 49 денари.

Со едноставно собирање на износите на трошоците на ресурсите што се потребни за изработка на една снимка произлегува дека трошокот за една снимка изнесува 440 денари.

Целта на сите овие пресметки е да се пресмета трошокот по пациент, па според тоа треба да се даде вредност на наративно опишаните процеси за

лекување на болните од туберкулоза. За таа цел треба да се дополнат трошоците за храна за болните од туберкулоза и за храна за дежурниот персонал.

Во табела бр. 33 претставен е трошокот за болнички оброк по пациент. Бидејќи трошокот за дежурниот персонал не може директно да се распредели по пациент, овој трошок е додаден на болничката храна за пациентот.

Табела бр. 33 - Трошок за болнички оброк по пациент

		<i>бр. оброци</i>	<i>Трошок</i>
-	-	-	-
цена на порција за пациент	240 ден.	14.196 дена	3.407.040 ден.
цена на порција за дежурни	280 ден.	1.095 дена	306.600 ден.
			<u>3.713.640 ден.</u>
			-
дополнителен трошок за оброк на дежурни		<i>бр. оброци</i>	-
додаток на секој оброк	22 ден.	14.196 дена	-
			-
вкупен трошок за еден оброк	262 ден.		-

Пресметката прикажана во табела бр. 34 се однесува на лековите за кои се располага со цена по таблета, а цената по таблета е добиена од евиденцијата на аптеката во Институтот. Називот на лековите, количината и цената се прикажани во табелата бр. 34, за шестмесечен режим, а во табелата бр.35 за осуммесечен режим и на крајот од пресметката медицинскиот потрошен материјал ќе се распредели според бројот на болнички денови.

Табела бр. 34 - Лекови за нови форми на туберкулоза (шестмесечно лекување)

<u>лек од прва линија</u>	<u>дневна доза</u>	<u>денови</u>	<u>вкупна доза</u>	<u>цена по табл.</u>	<u>вкупен трошок</u>
Рифампицин150/Изониазид 75	4 табл.	183	732 табл.	4,41 ден.	3.228 ден.
Изониазид (1табл=300мг)	0 табл.	0	0 табл.	30,00 ден.	0 ден.
Етамбутол (1табл=400мг)	3 табл.	61	183 табл.	4,61 ден.	844 ден.
Питазинамид (1табл=400мг)	4 табл.	61	244 табл.	4,30 ден.	1.049 ден.
					5.121 ден.

Табела бр. 35 - Лекови за повторно лекувани болни со туберкулоза (осуммесечно лекување)

лек од прва линија	дневна доза	денови	вкупна доза	цена по табл.	вкупен трошок
Рифампицин150/Изониазид 75	4 табл.	275	1100 табл.	4,41 ден.	4.851 ден.
Изониазид (1табл=300мг)	0 табл.	0	0 табл.	30,00 ден.	0 ден.
Етамбутол (1табл=400мг)	3 табл.	244	732 табл.	4,61 ден.	3.375 ден.
Питазинамид (1табл=400мг)	4 табл.	92	368 табл.	4,30 ден.	1.582 ден.
Стрептомицин (1ампула=1г)	1 амп.	61	61 табл.	148,80 ден.	9.077 ден.
					18.885 ден.

Табела бр. 36 - Трошок за медицински материјал

<u>МЕДИЦИНСКИ ПОТРОШЕН МАТЕРИЈАЛ</u>	<u>1.996.460 ден</u>	спец. болница	неспец. болница
-	-	бол. денови	бол. денови
		6.788 дена	8.674 дена
		876.469 ден.	1.119.991 ден.
вкупен трошок за еден болнички ден		129 ден.	129 ден.

Откако се пресметаа поединечните трошоци кои беа мапирани при дефинирање на процесите за лекување на пациенти болни од туберкулоза, следниот чекор што треба да се спроведе е се додаде пресметаниот трошок на мапираните процеси. Во овој дел ќе се претстават трошоците кои вистински би требало да се направат за да се излекува едно лице болно од туберкулоза. Во табелата бр. 37 претставени се сите трошоци кои се прават за лекување на новооткриени пациенти со туберкулоза за кои режимот на лекување е шест месеци. Во табела бр. 38 претставени се сите трошоци кои ги прави пациентот од втората група и во табела бр. 39 претставени се трошоците од третата група на пациенти. Вкупната сума на крајот од табелата го покажува трошокот по пациент кој значително се разликува кај трите групи на пациенти. Табелите бр. 37, 38 и 39 кои се однесуваат на:

Табела 37: Група пациенти со болничко и со амбулантно лекување од шест месеци

Табела бр.38 Група 1б, пациенти со амбулантно лекување од 6 месеци

Табела бр. 39 Група 2 пациенти со болничко и со амбулантно лекување од 8 месеци се прикажани во прилог бр.1, прилог бр. 2 и прилог бр.3

Од прикажаните табели детално претставени во прилог бр. 1, 2 и 3 може да се заклучи дека најмалку трошоци прават пациентите кои се лекуваат

амбулантно. Трошокот за лекување на овие пациенти изнесува 15.199 денари и со овој трошок се завршува целиот циклус на здравствено лекување. Додека другите начини на лекување бараат поголем трошок за лекување на болните. За новооткриени пациенти трошокот изнесува 70.239 денари и за режимот кој трае осум месеци трошокот изнесува 105.453 денари.

Ова се трошоци кои реално, распределено по групи, го изразуваат трошокот за лекување на оваа медицинска состојба. Но секогаш се поставува прашањето дали е возможно оваа болест да се лекува амбулантно и кои се последиците по околината.

Прикажаната анализа покажува дека амбулантното лекување е поефикасно и поисплатливо во однос на болничкото. Но сите болни мора да бидат хоспитализирани и изолирани сè додека се инфективни, а тоа се докажува со позитивен наод од искашлокот.

4.5.12 Коригирани стандардни процедури

Стандардната пресметка е направена врз основа на претпоставката дека сите ресурси потребни за лекување на туберкулозата имаат вредност и како резултат на тоа влегуваат во пресметката на трошокот по пациент. Но бидејќи се работи за истражување кое се базира на вистински податоци, упатува на поинаква состојба од онаа со која се соочува Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза.

Имено, дел од ресурсите кои се потребни за лекување на оваа болест се амортизирани, а дел се добиени од донација. Исто така, анализата на три групи на болни укажува на фактот дека бројот на болничките денови е помал од бројот на очекуваните болнички денови што пациентот треба да ги помине до крајот на фазата на лекување.

Поради горенаведените причини, теоретската пресметка се разликува од реалната пресметка и за таа цел треба да се направи корекција со вистинскиот трошок кој се прави за лекување на оваа болест.

Корекциите неминовно се појавуваат поради големиот број на донации, амортизираноста на опремата и пократкиот болнички престој во однос на

препораките на СЗО кои беа земени како стандард во пресметувањето на трошоците за лекување на оваа болест. Податоците за помал број на болнички денови произлегуваат од сумирањето на базата на податоци за пациентите кои се лекувале во оваа Институција.

Затоа е неопходно да се пристапи кон корекција на теоретската пресметка и тоа за сите групи на болни поединечно. Квантитативното отстапување на болнички денови не е земено предвид во анализата на варијации, туку е третирано како корекција. Причина за ваквиот пристап е фактот дека три други фактори (персонал, медицински материјал и храна) директно зависат од болничките денови. Доколку не се направи нивна корекција, вредностите за трите параметри нема да бидат споредливи (ќе бидат значително поголеми).

Ваквата промена на болничките денови е неопходна за да се изврши споредување на реалниот трошок (теоретски) со вистинскиот трошок кој се прави за лекување на туберкулоза.

Во табела бр. 40 детално прикажана во прилог бр. 4 ја имаме коригираната стандардна процедура за лекување на новооткриените пациенти чиј режим од дијагностицирање до излекување трае шест месеци.

Во оваа табела прикажани се трошоците кои не ги прави институцијата за лекување на оваа болест и тие не може да влезат во прикажувањето на вистинскиот трошок за пациентот болен од туберкулоза. За таа цел лековите и реагенсите од донација како и амортизираната опрема не се земаат во пресметката на трошок по пациент. Како што веќе потенциравме, бројот на болнички денови во коригираната пресметката ќе биде 31,14 болнички денови наместо 61 и 70,57 наместо 92 болнички дена.⁸¹

Како што веќе констатиравме, Микробиолошката лабораторија прима огромни средства од донација, а апаратурата е 100 отсто амортизирана, тогаш реалниот трошок што се прави за да се направи една анализа е само трошокот за персонал и општите трошоци по анализа. Па така, наместо стандардниот трошок кој што треба да изнесува 488 денари со направената корекција тој изнесува 208

⁸¹ База на податоци од централниот регистар за туберкулоза во Република Македонија

денари. Постапката се повторува за сите наредни процедури при што на крај се добива вистинскиот трошок кој се прави во Институтот за дијагноза и следење на новооткриени болни од туберкулоза и изнесува 44.808 денари по пациент.

Во продолжение во табела бр. 41 детално прикажана во прилог бр. 5 е прикажана корекцијата од стандардната пресметка при што во предвид се земени истите реални параметри, а тоа се донациите и амортизираноста на опремата. Вака пресметаниот трошок по пациент изнесува 10.919 денари.

Поради тоа што во предвид се земени три групи на пациенти кои се анализирани, неопходно е да се изврши корекција на сите три групи на пациенти бидејќи донациите и амортизираноста на опремата не влијаела подеднакво исто на трите групи на пациенти. Во продолжение во табела бр. 42 детално прикажана во прилог бр. 6, направена е и корекција на третата група на пациенти чиј режим на лекување е во времетраење од осум месеци што е подолго отколку кај другите два режима. По извршената корекција трошокот по пациент за лекување на болен по овој режим изнесува 83.455 денари.

Иако е извршена корекција на теоретската пресметка сепак трошокот по пациент за третата група останува многу висок. Многу е важно да се напомене дека високите трошоци укажуваат на важноста од превенција на скапите случаи, а превенцијата се однесува на правилно лекување на новите случаи. Овде се поставува прашањето кој е поголем виновник за креирање на ваквите случаи, докторот или пациентот. Оваа група на повторно лекувани болни се потенцијална база за настанување на резистентна форма на туберкулоза, чие лекување е многу подолго, но и трошоците се многу поголеми.

Производот здравје го креираат лекарите и пациентот. Во овој случај вината е заедничка, на пациентот поради тоа што одбил да соработува, а на докторот поради тоа што не ги надминал пречките за соработка. Како што веќе истакнавме, лекувањето на болните од туберкулоза е долг и макотрпен процес. За правилно справување со болеста, докторот треба да има соработка од целата заедница (внимателно објаснување, едукација на пациентите за болеста, редовни контроли, следење од страна на патронажните сестри, обезбеден превоз, лекови, итн.). Поради неможноста за надминување на одредени фактори доаѓа до

креирање на вакви трошоци, но затоа треба да се стремиме истите да бидат помалубројни.

Во продолжение ќе се сумира трошокот по неговата природа. Во табела бр. 43 прикажан е трошокот на медицинскиот персонал кој се прави за лекување на трите групи на пациенти.

Табела бр.43 - Анализа по природата на трошокот

<i>медицински персонал</i>	<i>потребни минути за 1-та група</i>	<i>ден / мин</i>	<i>износ</i>	<i>потребни минути за 16-та група</i>	<i>ден / мин</i>	<i>износ</i>	<i>потребни минути за 2-та група</i>	<i>ден/ мин</i>	<i>износ</i>
Доктор	472 мин.	9	4.298 ден.	48 мин.	9	437 ден.	945 мин.	9	8.610 ден.
Мед. сестра	630 мин.	6	3.551 ден.	29 мин.	6	163 ден.	1401 мин.	6	7.891 ден.
Болничар	498 мин.	4	1.965 ден.	0 мин.	0	0 ден.	1129 мин.	4	4.453 ден.
Серверка	62 мин.	4	244 ден.	0 мин.	0	0 ден.	141 мин.	4	554 ден.
Социјален работник	30 мин.	1	19 ден.	0 мин.	0	0 ден.	30 мин.	1	19 ден.
Болнички администратор	10 мин.	3	33 ден.	0 мин.	0	0 ден.	10 мин.	3	33 ден.
Вкупно			10.111 ден.			601 ден.			21.560 ден.

Од табелата бр. 43 се гледа дека медицинскиот персонал троши 10.111 денари за лекување на првата група на пациентите, 601 денар за групата 16 и 21.560 денари за втората група. Анализата за потрошено време на медицински персонал се однесува за целиот циклус на здравствено лекување, а не само не една интервенција. И оваа анализа укажува на фактот дека најмногу време се троши кај втората група на пациенти и како што веќе објаснивме погоре во текстот, не треба да се дозволи појава на оваа група на пациенти. Оваа анализа е направена врз основа на тоа колку троши медицинскиот персонал за целиот циклус на лекување на пациентите за трите групи како што се дефинирани во ова истражување.

4.5.13. Резултати од истражувањето

Пред да пристапиме кон прикажување на резултатите од анализа на трошоците по пациент, ќе се даде краток преглед на алокацијата на персоналот, т.е. ќе видиме како е распределен персоналот и како тој учествува во

создавањето на вредноста за пациентот. Во табела бр. 44 е прикажана алокацијата на персоналот по одделенија.

Табела бр. 44 - Алокација на персонал по одделенија

	АЛОКАЦИЈА НА ПЕРСОНАЛ											
	БОЛНИЦА			приемна амбул	ФД	РТГ	АМБУЛАНТА			МБЛ	ДРУГО	
СП	НСП	ДБ	ЕХО				БС	БХЛ	ТБЦ прев		медицин админ	
ДОКТОРИ	1,76	2,89	0,57	1,80	1,44	1,00	0,86	0,82	0,00	1,00	1,87	0,00
1Б	0,07	0,40		0,20	0,34							
1С	0,60			0,20				0,20				
1М	0,07	0,40		0,20			0,34					
1Л	0,07	0,29		0,20			0,22	0,22				
1З	0,07	0,54		0,20				0,20				
1А	0,07	0,54		0,20			0,20					
1СА					1,00							
1К	0,64	0,07		0,20			0,10					
1Ц										1,00		
1М											1,00	
1Н	0,07	0,07									0,87	
1ММ	0,07	0,54		0,20				0,20				
1Д	0,07	0,07	0,57	0,20	0,10							
1БЕ						1,00						
СЕСТРИ	3,26	7,53	0,67	0,07	1,07	0,07	0,67	1,07	0,07	0,07	0,00	2,45
2М	0,17	0,17	0,17	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07		
2Н	0,67	0,13										0,20
2С	0,14	0,71										0,15
2В							0,60					0,40
2И	0,10	0,10						0,60				0,20
2С	0,83	0,17										
2СС	0,17	0,83										
2СД	0,17	0,83										
2ББ	0,17	0,83										
2Ц	0,42	0,08	0,50									
2А	0,17	0,83										
2АП	0,10	0,50						0,40				
2ЛР	0,17	0,83										
2М		1,00										
2ВС					1,00							
2Ж												1,00
2К		0,50										0,50
ЛАБОРАНТИ	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	3,00	3,00	0,00	0,00
3С										1,00		
3Д					1,00							
3М									1,00			
3В									1,00			
3Р									1,00			
3Ц										1,00		
3МБ										1,00		
БОЛНИЧАРИ	1,33	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4А	0,83	0,17										
4К	0,17	0,83										
4Б	0,17	0,83										
4М	0,17	0,83										
ДРУГИ	0,39	0,61	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5Ц					1,00							
5С	0,39	0,61										
ХИГИЕНИЧАРИ	0,75	0,75	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,00	0,00
6С	0,25	0,25	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06		
6А	0,25	0,25	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06		
6О	0,25	0,25	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06		
АДМИНИСТРАЦИЈА	0,51	0,58	0,51	0,21	0,21	0,51	0,21	0,21	0,21	0,21	0,70	0,90
7ЛН	0,01	0,08	0,01									0,90

Сите овие анализи на трошоците се направени со цел одблиску да се согледаат проблемите во здравствениот систем, за кои досега само се претпоставуваше без притоа да се поседува доказ за тоа.

Во продолжение ќе се прикаже анализата на искористеноста на човечки ресурси, кои ја претставуваат најзначајната алка во процесот на давање на здравствена грижа.

Табела бр. 45 - Анализа на искористеност на човечките ресурси

медицински персонал	един. еф. раб. време	FTE	потребно за сите пациенти		2787504 ден	FTE	трошок за сите пациенти		4472223 ден
доктор	1.477 ч/год	1,11 фте	1635 часа	547 ден/час	893920 ден	1,82 фте	2686 часа	547 ден/час	1468748 ден
сестра	1.216 ч/год	1,82 фте	2214 часа	338 ден/час	748477 ден	3,35 фте	4066 часа	338 ден/час	1374270 ден
болничар	1.437 ч/год	1,20 фте	1730 часа	237 ден/час	409363 ден	1,33 фте	1915 часа	237 ден/час	453252 ден
серверка	1.437 ч/год	0,15 фте	216 часа	235 ден/час	50903 ден	0,39 фте	559 часа	235 ден/час	131538 ден
социјален работник	1.437 ч/год	0,06 фте	82 часа	38 ден/час	3082 ден	1,00 фте	1437 часа	38 ден/час	54000 ден
болнички администратор	1.658 ч/год	0,02 фте	27 часа	201 ден/час	5489 ден	0,01 фте	23 часа	201 ден/час	4660 ден
МБ лаб - лаборант	1.437 ч/год	0,65 фте	929 часа	255 ден/час	236564 ден	0,56 фте	803 часа	255 ден/час	204480 ден
МБ лаб - лекар	1.477 ч/год	0,16 фте	234 часа	547 ден/час	128093 ден	0,21 фте	304 часа	547 ден/час	166266 ден
рентгенолог	1.216 ч/год	0,61 фте	736 часа	336 ден/час	247676 ден	0,60 фте	729 часа	336 ден/час	245333 ден
БХ лаборант	1.437 ч/год	0,17 фте	251 часа	255 ден/час	63936 ден	1,01 фте	1451 часа	255 ден/час	369676 ден

Од анализата за потребниот персонал кој е вклучен во процесот на давање на здравствена грижа за лекување на пациентите болни од туберкулоза произлегува дека на докторот му се потребни 1.635 часа. Како што видовме погоре во оваа анализа, ефективното работно време на докторот е 1.477 часа, што значи дека за да се извршат мапираните активности за болните, потребен е 1,1 лекар, а болницата располага со 1,82 лекари кои ги извршуваат активностите потребни за лекување на оваа белодробна патологија. Истото се случува и со останатиот персонал, па како резултат на тоа трошокот за наведениот персонал на годишно ниво наместо да изнесува 2.787.504 денари, изнесува 4.472.223. Што значи болницата плаќа 1.684.719 денари повеќе за да се реализираат наведените активности.

Но овде не треба да се заборава фактот дека на пациентите треба да им се обезбеди 24-часовна здравствена заштита, па според тоа лекар мора да има, без разлика дали има 1 или 100 пациенти. Ова е првата причина која доведува до зголемување на трошоците за лекување на пациентите, а со тоа и креирање на долг во јавната здравствена установа.

Оваа анализа може да помогне за да се направи правилна распределба на персоналот, па така наместо во биохемиската лабораторија да има три

лаборанти, тие можат да се прераспределат во микробиолошката лабораторија каде што навистина има потреба од дополнителен број на лаборанти.

Бројот на лаборанти во биохемиската лабораторија е непроменет од времето кога сите анализи се правени рачно и за нивната изработка било потребно повеќе време и ангажирање на поголем број на вработени. Но техниката во поглед на медицинските апарати брзо напредува и овозможува автоматско и полуавтоматско ракување со процесите.

Од направените анализи се покажа колку треба да изнесува реалниот трошок за лекување на целиот циклус пациенти од трите групи кои беа опфатени во пресметките.

Во продолжение да разгледаме што е она што го прави лекувањето многу скапо и придонесува да се прават огромни трошоци кои не можат да се покријат со редовното работење на институцијата. При дефинирањето на истражувањето се нагласи дека во анализата ќе се земат само пациентите кои се лекуваат во скопските установи (Институт за белодробни заболувања и туберкулоза и скопски диспансер).

Во скопските установи се лекувани 150 пациенти од кои 115 своето лекување го започнале на Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза, а амбулантно го продолжиле во скопскиот диспансер. Во оваа анализа се не се опфатени 35 пациенти кои го прекинале лекувањето поради смрт и оние пациенти кои боледуваат од вонбелодробна туберкулоза. За овие пациенти се направени помалку од 4 микроскопии и истите не се влезени во пресметка.

Во пресметката е земен вкупниот број на микроскопии кои се направени во скопскиот диспансер и во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза.

Табела бр. 46 - Број на микроскопии кои се направени во текот на лекувањето

Микроскопии	Пациенти	Процент
4	15	13,04%
5-6	20	17,39%
7-9	35	30,43%
10-13	30	26,09%
14-17	9	7,83%
18-23	6	5,22%

Извор: Институт за белодробни заболувања и туберкулоза и скопски диспансер

Од табелата бр. 46 се гледа дека на најголем број пациенти им се направени помеѓу 7 и 9 микроскопии. Зголемениот број направени микроскопии за пациенти произлегува од слабата координација меѓу давателите на здравствени услуги, па како резултат на тоа се удвојуваат услугите што се даваат на пациентите. Слабата координација се состои во тоа што докторот не знае што е направено на местото каде пациентот за првпат се јавил на преглед. Анализите на пациентите не се запишуваат во интегриран систем во кој се вмрежени сите институции кои се вклучени во лекувањето на оваа болест. Од тие причини испитувањата на пациентите започнуваат од почеток.

Дијаграм бр. 9 - Број на пациенти кои направиле микроскопии



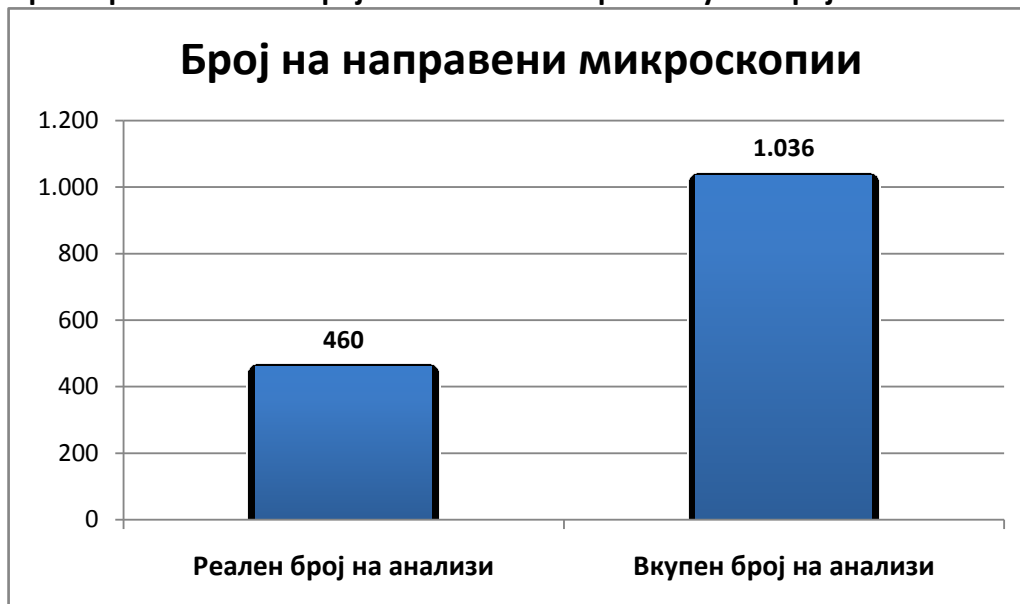
Од алгоритмот и препораките на СЗО произлегува дека бројот на микроскопиите кои треба да се направат за дијагноза и следење на болниот од туберкулоза е 4 микроскопии вкупно за следење и за дијагностицирање на болеста. Од добиените податоци се гледа дека бројот кој надминува 4 микроскопии е многу поголем од реално потребниот број на микроскопии.

За таа цел изработивме симулација која треба да ни покаже колкав требало да биде трошокот за изведување на оваа активност, а колкав е реалниот број на анализи кои се направени на болните со медицинска состојба (туберкулоза).

Табела бр. 47 - Број на потребни наспроти направени анализи

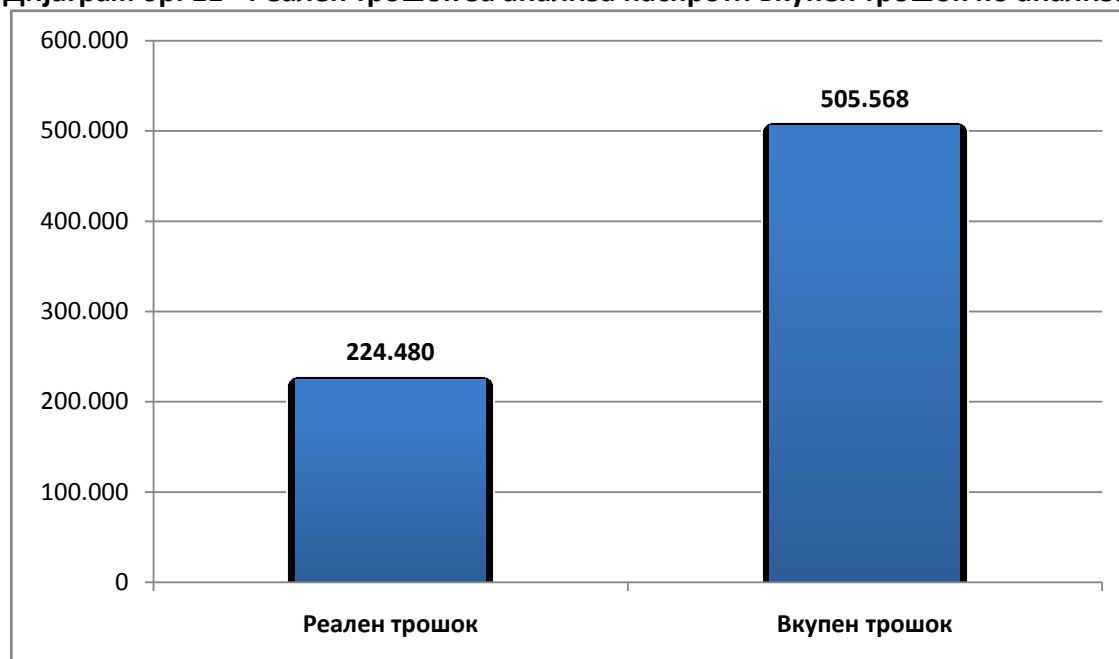
Реален број на анализи	Вкупен број на анализи	Реален трошок	Вкупен трошок
460	1.036	224.480	505.568

Дијаграм бр. 10 - Реален број на анализи наспроти вкупен број на анализи



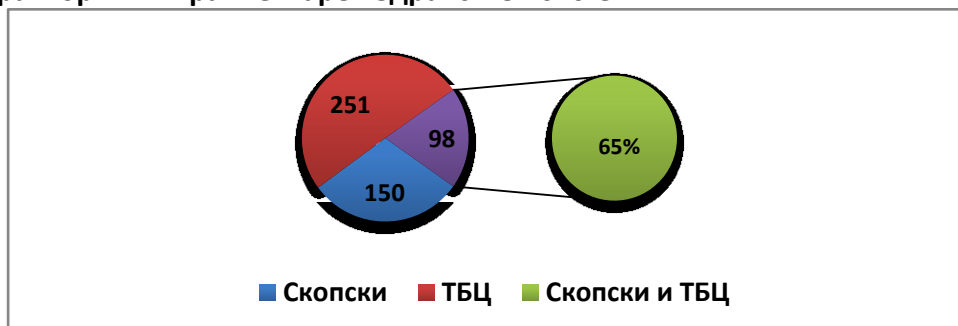
Од дијаграмот бр. 10 се гледа дека бројот на вкупните направени анализи е речиси двојно поголем од реалниот број на анализи кои требало да се направат за пациентите кои се лекуваат од белодробна туберкулоза. Во продолжение ќе ја прикажеме финансиската импликација од зголемениот број на вкупни анализи во однос на потребниот број на анализи.

Дијаграм бр. 11 - Реален трошок за анализа наспроти вкупен трошок по анализа



Ваквата состојба е поизразена поради фрагментарноста на здравствениот систем, затоа што се удвојуваат услугите на пациентите при преминот од една во друга здравствена установа. Анализите на микроскопиите се прават прво на Институтот, па потоа повторно во диспанзерот и обратно. Оваа појава може да биде предизвикана поради непостоење на меѓусебна доверба помеѓу установите, некоординираност меѓу институциите или реализирање на видот и обемот на здравствените услуги кои се планираат со цел да се добијат средства од буџетот, без притоа да се знае каде пациентот ќе се јави прв пат на преглед. Па како резултат на тоа, за бројот на пациентите кои се лекуваат во скопскиот регион, прегледот се планира и во Институтот и во Диспанзерот, што уште еднаш укажува на фактот дека фрагментарноста на пациентите и малиот број на пациенти кои имаат потреба од лекување е распределен во многу здравствени установи ширум земјата кои меѓу себе немаат никаква координација во поглед на дијагностицирањето и следењето на пациентите. Во продолжение на дијаграмот бр. 12 прикажан е фрагментарниот здравствен систем.

Дијаграм бр. 12 - Фрагментарен здравствен систем



На дијаграмот бр. 12 е прикажан процентот на пациентите кои направиле анализи и во Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза и во скопскиот диспанзер. Од вкупниот број на пациенти (150 пациенти) кои се лекувале во Скопје 98 пациенти (65%) направиле микроскопија и во Институтот и во скопскиот диспанзер. Останатите пациенти, кои го започнале лекувањето во Скопје, а го продолжиле во диспанзерите низ Македонија не се земени предвид поради недостаток на податоци.

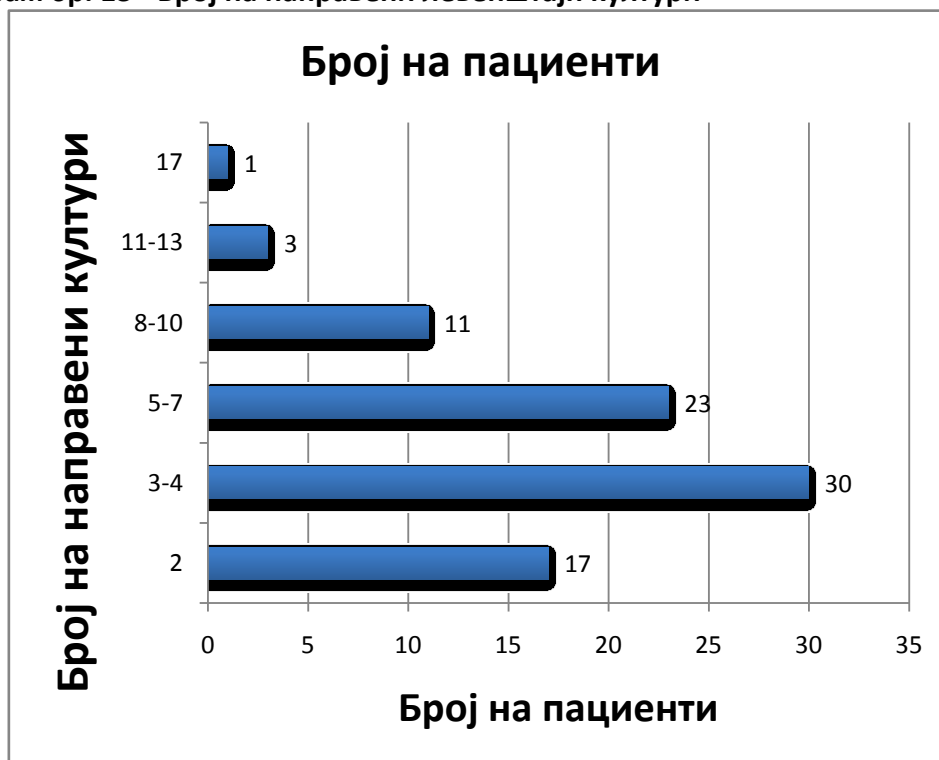
Освен микроскопијата во анализата ја земавме и културата-левенштајн направена на 85 пациенти болни од туберкулоза. Според препораките на СЗО и алгоритмот за дијагноза на ТБ бројот на култури треба да изнесува 2.

Табела бр. 48 - Број на направени левенштајн култури

направени левенштајн култури	Број на пациенти
2	17
3-4	30
5-7	23
8-10	11
11-13	3
17	1

На дијаграм број 13 прикажани се бројот на пациентите и бројот на направени култури. Овој дијаграм е направен со цел сликвито да се прикаже бројот на направени анализи кои се повеќе од две.

Дијаграм бр. 13 - Број на направени левенштајн култури

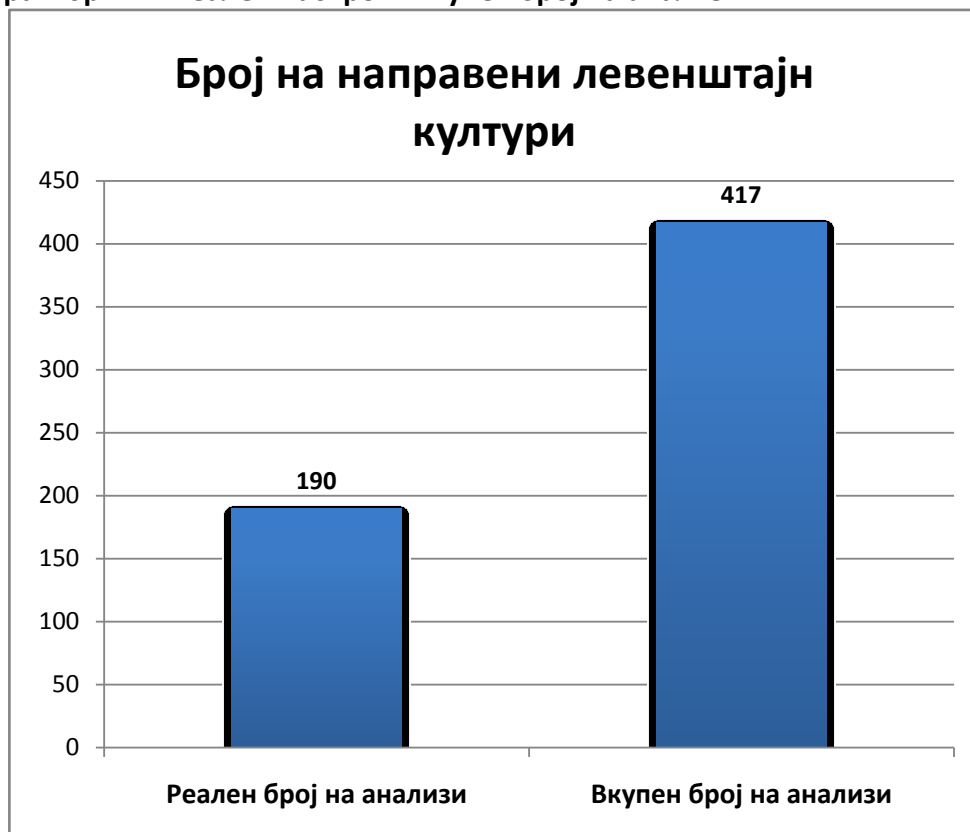


Од прикажаниот дијаграм бр. 13 се гледа дека бројот на направени левенштајн култури значително ги надминува двете препорачани култури кои треба да се прават за да се дијагностицира и следи туберкулозата.

Табела бр. 49 - Реален наспроти вкупен број на анализи

Реален број на анализи	Вкупен број на анализи	Реален трошок	Вкупен трошок
190	417	133.000	291.900

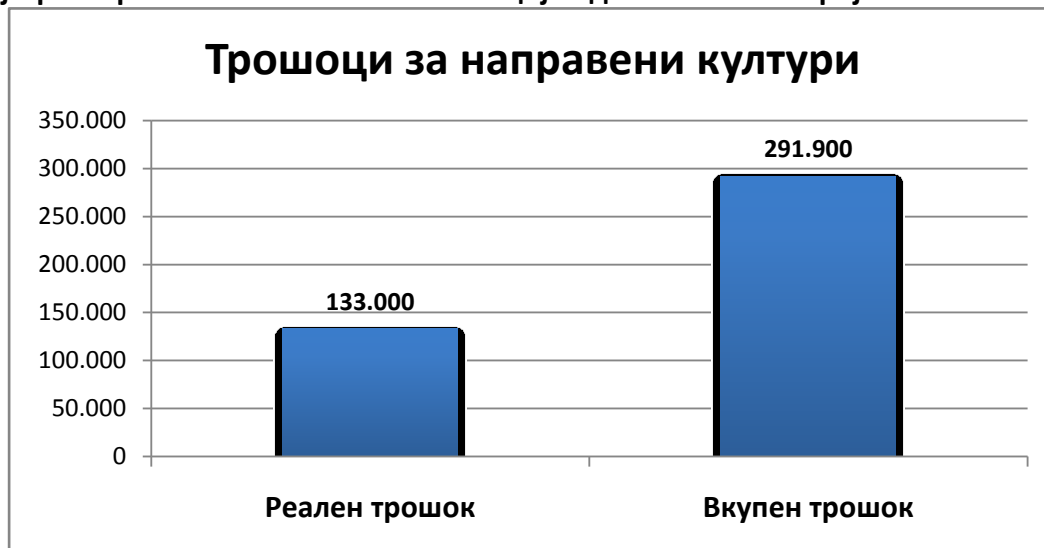
Дијаграм бр. 14 - Реален наспроти вкупен број на анализи



Од дијаграмот бр.14 се гледа дека вкупниот број на анализи е значително поголем од реалниот број на анализи што треба да се направат за да се следи и дијагностицира болеста.

Во продолжение графички ќе ја прикажеме финансиската импликација од значително поголемиот број на направени анализи.

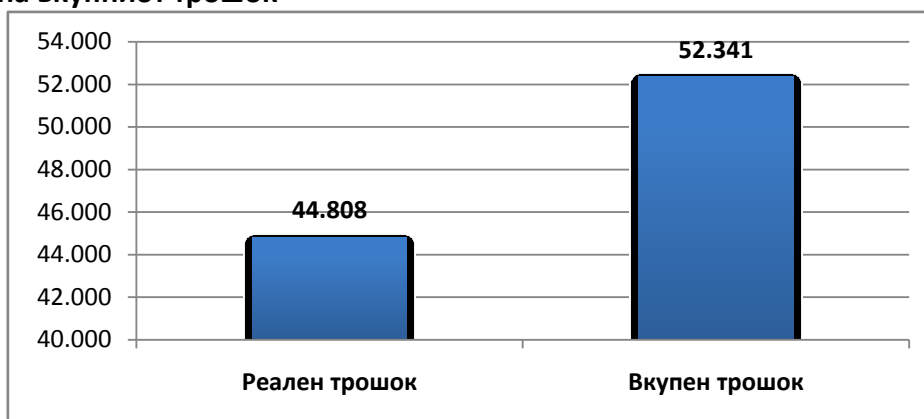
Дијаграм бр. 15 - Финансиска импликација од зголемениот број на анализи



Од направените анализи произлегува дека за да се излекува и следи пациентот се прават речиси двојно повеќе анализи од анализите кои реално се потребни за да се следи болеста.

Ова е втората причина која доведува до зголемување на трошоците за лекување на пациентите, а со тоа и до креирање на долг на јавната здравствена установа. Направените анализи кои не ја подобруваат вредноста на пациентот го зголемуваат трошокот по пациент. На дијаграм бр. 16 направена е симулација на реалниот трошок по пациент и вкупниот трошок кој е направен во текот на целиот циклус за лекување на пациентот.

Дијаграм бр. 16 - Реален трошок за лекување на првата група на пациенти во однос на вкупниот трошок



Од дијаграмот се гледа дека постои разлика од реалниот трошок и вкупниот трошок направен за лекување на пациентите од првата група. Наместо лекувањето на пациентот да се постигне со 44.808 денари, се постигнува со 52.341 денари. Значи направен е непотребен трошок од речиси 7.500 денари по пациент.

Третата причина за долгот на Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза е во тоа што ФЗОМ плаќа услуги за извршена интервенција во една институција, а не за целиот циклус на здравствено лекување. Па така цената на услугата која ја плаќа ФЗОМ не се совпаѓа со вкупниот трошок за целиот циклус на лекување на болеста. Ваквата појава на плаќање на извршена интервенција, а не на целиот циклус на здравствено лекување придонесува да се префрлаат трошоците од една здравствена установа на друга.

Цената која ја плаќа ФЗОМ е неспоредлива со трошокот кој се прави за целиот циклус на лекување на пациентот од причина што интервенцијата не може да се изедначи со целиот циклус на лекување.

Табела бр. 50 - Цена на ФЗОМ за лекување на болните со туберкулоза

	здравствени услуги -третирање на акутни случаи на ТУБЕРКУЛОЗА - пневмофтизиологија	
ТБЦ1	Акутна туберкулоза со завршено лекување до 31 ден	24.947
ТБЦ3	Акутна туберкулоза со завршено лекување за повеќе од 62 дена	83.922

Извор: ценовник на ФЗОМ

4.6. Препораки и заклучоци од истражувањето

Елиминирање на непотребните процеси кои не ја подобруваат вредноста за пациентот

За да се елиминираат непотребните процеси менаџментот треба да воспостави мерење на исходот од лекувањето и трошоците кои се прават за лекување на пациентите. Треба постојано да се анализира и да се дискутира како да се стандардизираат грижата и процесите на третман, а притоа да се намалуваат трошоците.

Намалувањето на трошоците не значи да се кратат здравствените услуги кои се потребни за лекување на пациентот во процесот на давање на здравствена грижа, туку вниманието треба да се насочи во правец на елиминирање и

лимитирање на скапите третмани и анализи кои не водат до подобрување на исходот од лекувањето.

Истражувањето кое се направи во оваа докторска дисертација укажува на фактот дека зголемениот број на анализи не ја зголемува вредноста за пациентот, а ги зголемува трошоците. Како резултат на ова истражување препораката е очигледна - да се елиминираат непотребните анализи кои не го подобруваат исходот од лекувањето. Да се пристапи кон постојано мерење на исходот од лекувањето и трошоците, сè со цел да се постигне подобар исход со помали трошоци. Воспоставувањето на клинички патеки кои ќе придонесат да се стандардизира процесот на работа, нема да значи дека од таа патека не смее да се скршне, туку ќе значи дека за да се направи дополнителна анализа, преглед или контрола треба да се образложи потребата од таквиот зафат.

Многу земји во светот успеале да ги намалат трошоците со отфрлање на непотребните анализи, т.е. анализи кои немаат функција да ја подобрат вредноста за пациентот, но ги зголемуваат трошоците. На пример, клиниката „Schon“ во Германија ги намалила трошоците преку редуцирање на големината на палетата што вообичаено се применувала во нивната лабораторија. Откако заклучиле дека широката палета на анализи не го подобрува исходот од лекување, а ги зголемува трошоците за еден пациент, тие ја редуцирале палетата и ги оставиле само оние анализи кои директно влијаеле на исходот од лекувањето.⁸²

Подобрување на искористеноста на ресурсите

Анализата ни овозможи да ја согледаме искористеноста на персоналот, но немаше услови да се направи анализа на искористеноста на апаратурата бидејќи Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза не располагаше со техничките карактеристики на опремата.

⁸² Robert S.Kaplan, Mary L.Witkowski, Jesica A.Hohman, Schon Klinik: Measuring Cost and Value, Harvard Business School, N9-112-085, March 16, 2012

Анализата ни овозможи да согледаме колку од човечките ресурси кои ги ангажираме во процесот на давање на грижа на пациентите се користат во правец на подобрување на вредноста за пациентите.

Со анализа на трошокот по пациент, менаџерскиот тим ќе има јасна претстава кои услуги може да ги обезбедува самостојно, а кои ќе ги набавува од други даватели на здравствени услуги. Оваа придобивка не е можна ако не постои детална анализа на трошоците за услугите кои ги дава здравствената установа. Кога се познати причините, треба да се пристапи кон барање решенија за разрешување на проблемот кој постои.

Надминувањето на трошоците над цената на услугата која ја дава ФЗОМ како паричен износ за извршената услуга укажува на фактот дека не мора да се нудат сите услуги за да се обезбеди здравствената грижа за пациентот. Но ваква анализа сама по себе направена само во една здравствена установа не може да го реши проблемот за елиминирање на услугите што се неефикасни и непродуктивни. Оттука се наметнува потребата од задолжително следење на трошоците на здравствените установи. Оваа потреба се наметнува поради целта кон која треба да се стреми секоја здравствена установа, а тоа е целосно искористување на ресурсите во здравството со цел зголемување на вредноста за пациентот.

Анализата исто така ни укажува дека бројот на пациентите заболени од оваа болест значително се намалува, но ресурсите во поглед на кадар и опрема остануваат речиси исти. Направената анализа за состојбата на болните по градовите не се совпаѓа со предложените принципи и стратегии за зголемување на ефикасноста на здравствениот систем. Бројот на пациентите е многу мал, во некои диспанзери се регистрирани по еден или двајца пациенти кои барат соодветни услови за лекување, следење на болеста, а тоа бара ангажираност на простор, кадар и опрема. Ваквиот број на пациенти не само што не го оправдува постоењето на овие установи од економска гледна точка, туку се поставува и прашањето за искуството на лекарот во однос на оваа болест, ако во текот на годината само еднаш се сретне со оваа проблематика.

За да се надмине овој проблем во поглед на рационалното користење на ресурсите неминовно е да се пристапи кон анализа на трошок за пациент од која

ќе произлезат непродуктивните услуги кои ги дава здравствената установа со цел за нивно елиминирање. Болница или диспанзер за само еден болен не се совпаѓа со принципите и стратегиите кои се предложени во првата глава на оваа докторска дисертација.

Но препораките кои се даваат од страна на СЗО можат и да се менуваат доколку се поткрепат со податоци кои се соодветни за да се изврши промената. Во нашиот случај треба да се пристапи кон анализа на значењето на инфективноста во однос на лекувањето со што може да се изменат насоките и препораките во правец на намалување на болничките денови за лекување на болните од туберкулоза. Оваа анализа поттикнува ново истражување кое ќе има влијание и на промената на националната стратегија за туберкулоза.

Доколку се потврди дека нема влијание на инфективноста тогаш треба да се промени и стратегијата за лекување на пациентите со белодробна туберкулоза.

Надминувањето на трошоците во однос на исходот од лекување укажува дека не мора секоја болница да ги нуди сите услуги за коишто некогаш се појавила потреба кај некој пациент. Одговорот на прашањето: добра здравствена грижа на 60 минути од дома или лоша здравствена грижа на 10 минути од дома е препораката која произлегува од оваа докторска дисертација во поглед на подобра искористеност на ресурсите.

Трошоците во здравството се фиксни - ова тврдење не мора секогаш да биде прифатено од менаџерскиот тим. Во практиката многу често се случува менаџерите на болниците да согледаат дека „фиксните трошоци“ се многу големи и како резултат на тоа прават огромни загуби. Ваквите согледувања од страна на менаџерите ги доведуваат да инсистираат на спојување со други даватели на здравствени услуги за да се постигне економија од обем и со тоа да се намалат фиксните трошоци⁸³. Но да претпоставиме дека ниту еден трошок во здравството не мора да биде фиксен туку сите трошоци можат да се менаџираат во однос на видот и обемот што го прави болницата. Оттука, ако се тргне од претпоставката дека најголемиот фиксен трошок во здравството е трудот кому му

⁸³ Kaplan Robert.S. and Porter Michael E.- How to solve the cost crisis in health care, Harvard business review, September 2011, p.14

отпаѓа 50% од вкупниот трошок, тогаш е јасно зошто се смета дека само лековите и медицинскиот потрошен материјал се варијабилни трошоци. Но ајде да тргнеме од друга претпоставка дека медицинскиот и немедицинскиот персонал не е исто искористен во текот на целата година, како што се потврди во истражувањето кое е дел од оваа докторска дисертација, и дека секој лекар, сметководител и лаборант не работи подеднакво во текот на работниот ден. Ако се земе тоа предвид, тогаш не може да се тврди дека трудот на персоналот е фиксен, па така ќе има плаќање според сработените часови во текот на годината. Ќе може да се определи колку лекари се потребни во најударните термини, ако се работи за некоја сезонска патологија, или пак доколку се утврди дека лекарот или другиот персонал имаат помалку работни часа од предвидените може да се направи трансфер онаму каде што е потребно, во друга болница, во друг град, итн. Од ова произлегува дека персоналот како фиксен трошок е само способноста на менаџерскиот тим да управува со ресурсите кои ги има на располагање.

Истото важи и за просторот кој се третира како фиксен трошок. И во овој случај ако се тргне од претпоставката дека болницата е предимензионирана за услугите кои ги дава тогаш менаџерскиот тим не смее да дозволи овој трошок да го оптоварува трошокот на услугата. Па така, доколку се процени дека просторот не е соодветен и дека сите активности можат да се извршат во многу помал простор, тогаш треба да се направат напори истиот да се редуцира, т.е. да се намали. Во тој случај просторот може да се пренамени, да се издаде или да се продаде. Подеднаков е случајот и со медицинската опрема која можеби е предимензионирана и не е доволно искористена. И во овој случај ваквата опрема треба да се понуди на друга установа која ќе може да ја користи во процесот на давање на здравствени услуги⁸⁴.

Основната причина за поставување на целите на истражувањето беше поттикната од потребата за намалување на трошоците во здравствениот систем во Македонија. Поаѓајќи од фактот дека во нашата земја не се познати и не се користат економските анализи кои во светски рамки се користат во голема мера и

⁸⁴ Kaplan Robert.S. and Porter Michael E. - How to solve the cost crisis in health care, Harvard business review, September 2011 p .14

придонесуваат да се увидат недостатоците од фрагментацијата на здравствениот систем и удвојувањето на здравствените услуги кои не одат во прилог на зголемување на вредноста за пациентите, беа основните претпоставки поради кои се наметна потребата од спроведување на ваков вид на истражување. Спроведеното истражување ја потврди тезата дека фрагментарниот здравствен систем и удвојувањето на услугите го прават здравствениот систем неефикасен, што резултира со високи трошоци кои не може да се контролираат. Ова истражување нуди модел како секоја здравствена установа треба да пристапи и да се однесува со трошоците со цел истите да ги контролира и да ги насочува во правец на зголемување на вредноста за пациентите.

Како што веќе потенциравме мерењето на трошоците по пациент е многу важен дел во креирањето на вредноста за пациентите. Трошоците треба да се мерат по пациент и тоа за целиот циклус на здравствено лекување за една медицинска состојба (болест). Исто така објаснивме дека еден пациент не го врши своето лекување кај еден давател на здравствени услуги, туку овие услуги ги добива кај различни даватели во различен период од годината. За да се добие целокупниот трошок за една медицинска состојба (болест) треба да се знае движењето на пациентите и кои трошоци ги прават овие пациенти за на крајот да се соберат и да ни го покажат вистинскиот трошок кој го прават пациентите за една медицинска состојба (болест). Но не треба да се заборава дека треба да бидат вклучени сите услуги кои пациентот ги добил поминувајќи ги фазите на лекување.

ГЛАВА 5

МОЖНОСТИТЕ ЗА ПРИМЕНА НА СТРАТЕГИИТЕ ВО МАКЕДОНСКИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ

Се наоѓаме во ера на пронаоѓање теории кои навистина го менуваат начинот на кој луѓето се поврзани со здравствениот систем.

Време е да се модернизира здравствениот систем.

Craig Barrett

5. МОЖНОСТИТЕ ЗА ПРИМЕНА НА СТРАТЕГИИТЕ ВО МАКЕДОНСКИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ

5.1. Карактеристики на македонскиот здравствен систем

Секој здравствен систем се стреми да ја подобри вредноста преку подобри здравствени резултати и поефикасна заштита, но ниту еден систем не е организиран да ја создава и зголемува вредноста. Со години наназад се игнорира создавањето на вредност за пациентите во здравството, при што, во преден план, се истакнува здравствената заштита, а не здравјето. Кога здравствената заштита се гледа како производ сосема е нормално крајната цел да биде обезбедување единствен пристап до здравствена грижа на сите граѓани. Но од перспектива на пациентите, здравствената грижа сама по себе не може да биде цел. Таа претставува само средство да се одржи доброто здравје. Ако пациентите имаат можност да избираат помеѓу повеќе грижа и повеќе здравје се смета дека нивниот избор би бил јасен, но за жал, здравствениот систем во светот е организиран да лекува, а не да обезбедува максимум здравје и ефикасност со која ќе се постигне целта.

Во продолжение на оваа глава ќе се дефинираат проблемите со кои се соочува македонскиот здравствен систем. Детално ќе се елаборираат високите трошоци како основен проблем, односно од каде произлегуваат и врз основа на што се прават трошоците во здравството.

Оваа глава ќе ни обезбеди податоци за проблемите со кои се соочува македонскиот здравствен систем. Целта на оваа глава е преку теоретски елаборираните принципи на конкуренција заснована на вредност и стратешките импликации да се утврди патот за успешно реформирање на здравствениот систем во Република Македонија.

За да ја разбереме суштината на македонскиот здравствен систем и проблемите со кои се соочува во продолжение на оваа глава посочени се, пред сè, карактеристиките на македонскиот здравствен систем. За таа цел ќе се опише основниот пакет на здравствени услуги кој го обезбедува ФЗОМ за сите осигуреници, потоа ќе се прикаже како тие услуги се даваат во системот, но и како давателите на здравствени услуги се финансираат, за на крајот да се направи

еден сублимат од проблемите со кои се соочува здравствениот систем на Република Македонија (РМ) и низ досега обработените принципи и стратегии се направи обид да се дадат препораки за подобрување на истиот.

5.1.1. Систем на здравствено осигурување

По осамостојувањето во 1991 година, Македонија создаде здравствен систем на база на осигурување. Истата година во август е донесен и Законот за здравствена заштита со кој се утврдува организационата структура на системот, каде Министерството за здравство и Владата се одговорни за креирање и спроведување на политиката на здравствена заштита, а Фондот за здравствено осигурување е одговорен за собирање и управување со средствата и со здравствените институции⁸⁵ одговорни за обезбедување на здравствена заштита.

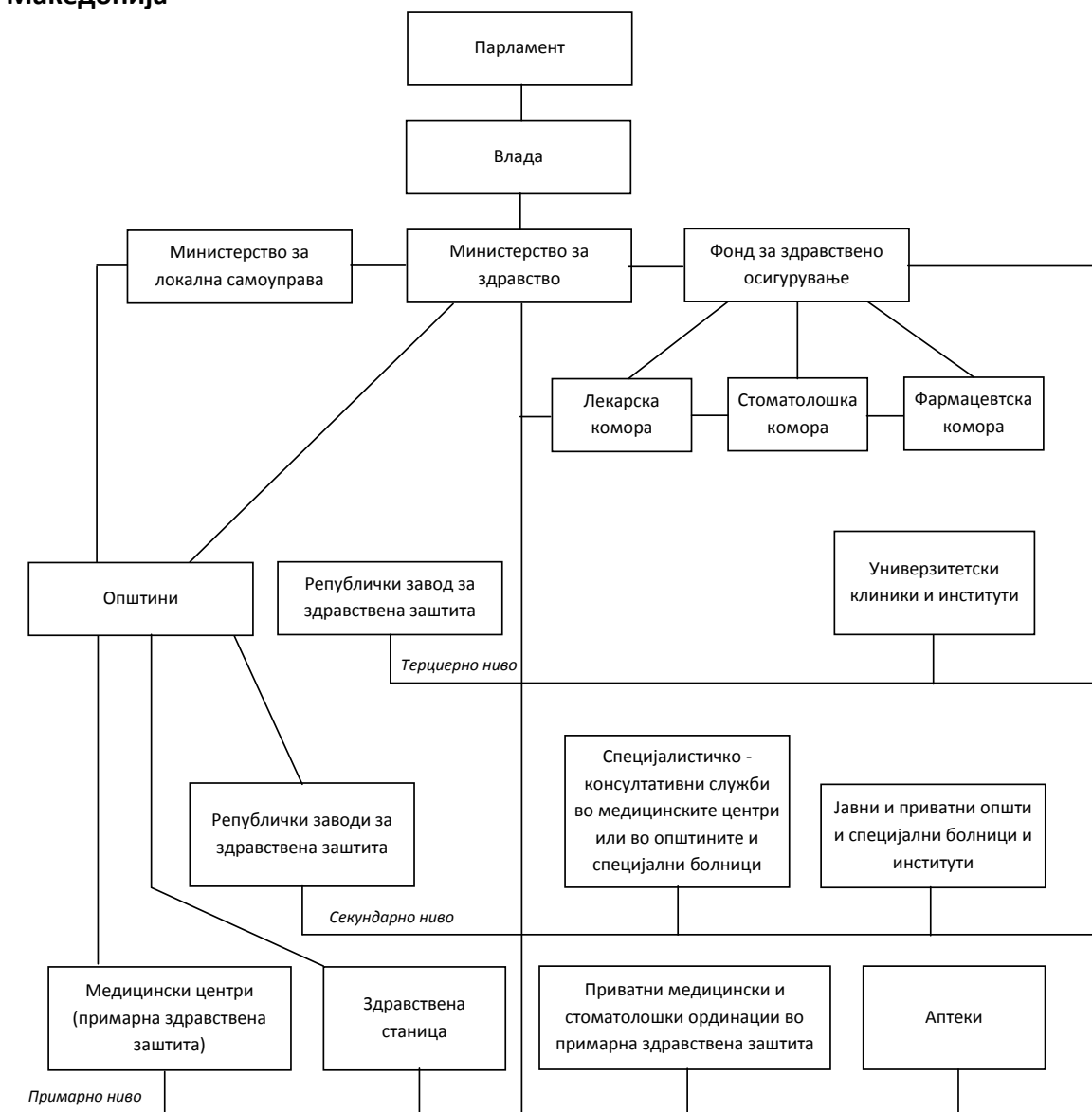
Во продолжение на дијаграм бр. 17 прикажана е организациската шема на организациската структура на системот на здравствена заштита.

Од дијаграмот број 17 се гледа дека системот на здравствена заштита е комплексен систем, во кој се вклучени многу ентитети со цел да се постигнат посакуваните цели за обезбедување здравствена грижа за населението во Македонија.

Здравствениот систем на Република Македонија претставува систем заснован на задолжително здравствено осигурување. Задолжителното здравствено осигурување и управување со средствата кои ги има Фондот за здравствено осигурување (ФЗО). ФЗО и Министерството за здравство управуваат со секторот и склучуваат договори со давателите на здравствени услуги. Здравственото осигурување е универзално, а здравствената заштита сеопфатна.

⁸⁵ Здравствените институции ја даваат потребната здравствена грижа на три нивоа и тоа: примарно ниво (здравствени станици и медицински центри), секундарно ниво (специјалистичко консултативни и болнички одделенија), терцијарно ниво (институти и клиници кои спроведуваат научно-истражувачка работа).

Дијаграм бр. 17 - Организациона структура на здравствениот систем на Македонија



Извор: Европска опсерваторија за здравствени системи и политики⁸⁶

Со задолжителното здравствено осигурување опфатено е речиси целото население на Република Македонија. Тоа ги опфаќа вработените во јавниот или приватниот сектор, пензионерите, студентите, хендикепираните лица и членовите на нивните семејства. Во табела бр. 51 прикажани се осигурените лица по категории во Република Македонија.

⁸⁶ Повеќе информации достапни на: <http://www.euro.who.int/PubRequest>

Табела бр. 51 - Осигурени лица по категории

Осигуреници	2009	2010	2011	2012
Активни работници	478.962	482.929	488.869	481.077
Активни земјоделци	14.613	14.869	18.154	18.381
Пензионери	278.863	283.303	291.170	268.006
Невработени лица	256.416	253.249	21.927	21.214
Лица осигурени преку Програми на министерство за здравство	5.628	14.458	216.965	223.470
Останати	18.586	17.321	17.464	14.962
Осигуреници:	1.053.068	1.066.129	1.054.549	1.027.110
Членови на семејства	840.766	836.816	780.980	717.127
Вкупно осигурени лица:	1.893.834	1.902.945	1.835.529	1.744.237

Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година

Од табела бр. 51 во која е прикажан бројот на осигуреници во последните 4 години, се забележува дека бројот на осигуреници во последните 3 години бележи тренд на намалување. Според информациите кои се публикувани, ваквата тенденција на намалување се должи на ажурирањето на базата на податоци на ФЗОМ, но и на подобриот информатички систем со извршената централизација и поврзувањето со останатите институции. Од табелата бр. 51 може да се забележи дека бројот на лица осигурени преку програмата на Министерство за здравство, лица кои не се осигурени по ниту еден основ е зголемен во однос на претходните години за околу 6,5 илјади лица. Во структурата на осигуреници, 59% се лица кои се носители на осигурување или лица кои од своите приходи издвојуваат средства за придонеси за здравственото осигурување. Останатите 41% се лица кои, согласно Законот за здравствено осигурување, се здравствено осигурени како членови на семејство, односно сопруг/сопруга или деца до 18 години или до нивно завршување на образованието најдоцна до 26 години. Согласно поставеноста на македонскиот здравствен систем, овие лица не плаќаат никаков придонес за здравствено

осигурување, а имаат исто право на здравствено осигурување, преку член од семејството кој е носител на здравственото осигурување.⁸⁷

Покрај задолжителното здравствено осигурување, осигурените лица во работен однос плаќаат и дополнителен придонес за задолжително здравствено осигурување во случај на повреда на работно место и професионално заболување во висина од 0,5% од нивната бруто плата.

Во процесот на здравствено осигурување, осигурениците во РМ имаат право на здравствени услуги кои се гарантирани и со Уставот на РМ. Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги во случај на⁸⁸:

1. Болест и повреда надвор од работното место и;
2. Повреда на работно место и професионално заболување.

Согласно законот за здравствено осигурување на сите осигуреници им се овозможени следниве основни здравствени услуги:

1. Во примарна здравствена заштита
 - Здравствени услуги заради утврдување, следење и проверка на здравствената состојба;
 - Преземање на стручно-медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето;
 - Укажување на итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитетско возило кога тоа е неопходно;
 - Лекување во ординација односно во домот на корисникот;
 - Здравствена заштита во врска со бременост и породување;
 - Спроведување на превентивни, тераписки и рехабилитациони мерки;
 - Превенција, лекување и санирање на болести на уста и заби;

⁸⁷ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година стр. 9 и 10

⁸⁸ Закон за здравствено осигурување. Сл. весник на РМ бр. 65 од 25.05.2012 член 9, стр. 4-

- Позитивна листа на лекови која со општ акт ја утврдува Фондот, за кој согласност дава министерот за здравство.
2. Во специјалистичко консултативна здравствена заштита:
- Испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба;
 - Спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки;
 - Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и забнотехнички средства според индикации утврдени со општ акт на ФЗОМ за кој согласност дава министерот за здравство.
3. Во болнички (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита;
- Испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови;
 - Лекови од листата на лекови што со општ акт ја утврдува ФЗОМ за кој министерот за здравство дава согласност, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитарските и другите материјали потребни за лекување;
 - Сместување и исхрана на придружник при неопходна придружба на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена;
 - Обдукција на починати лица по барање на здравствената установа.

Основните здравствени услуги ФЗОМ ги обезбедува на осигурениците на примарно, секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита и тоа само кај давателите на здравствени услуги кои се во мрежата на здравствени установи во кои се врши здравствена дејност. Овие услуги давателите на здравствена заштита ги даваат согласно прописите од областа на здравствената заштита, во висина на утврдени цени со општ акт на ФЗОМ за кој согласност дава министерот за здравство.⁸⁹

⁸⁹ Закон за здравствено осигурување. Сл. весник на РМ бр. 65 од 25.05.2012 член 9 стр. 4

Покрај задолжителното здравствено осигурување преку кое осигуреникот го остварува своето право на лекување во сите три нивоа на здравствена заштита, наведени во текстот погоре, постојат и здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, а се дават на пациентите како здравствени услуги кои се надвор од мрежата во кои се врши здравствена дејност и тоа⁹⁰:

- Естетски операции кои не се медицински индицирани;
- Користење на повисок стандард на здравствени услуги (услуги над утврдените стандарди);
- Бањско климатско лекување;
- Магнетна и ласерска терапија при користење физикална терапија;
- Медицинска рехабилитација на дегенеративни заболувања според општи акти утврдени од министерот за здравство, освен за деца до 18 годишна возраст;
- Лекови кои не се на позитивна листа;
- Протези, ортопедски помагала, помошни санитарски справи и материјали и заботехнички средства кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување или се изработени од надстандардни материјали;
- Општа нега, сместување и исхрана во геронтолошки установи;
- Извршени прегледи во примарна здравствена заштита кај лекар кој не му е одбран лекар на осигуреното лице;
- Специјалистичко консултативна и болничка здравствена услуга без упат од одбран лекар и здравствени услуги кои пациентот ги добива кај даватели на здравствени услуги со кои ФЗОМ нема склучено договор за работа;
- Здравствени услуги користени спротивно на утврдениот временски редослед во листата на чекање на здравствената установа и здравствени услуги извршени како дополнителна дејност на здравствените работници;

⁹⁰ Закон за здравствено осигурување. Сл. весник на РМ бр. 65 од 25.05.2012 член 10 стр.

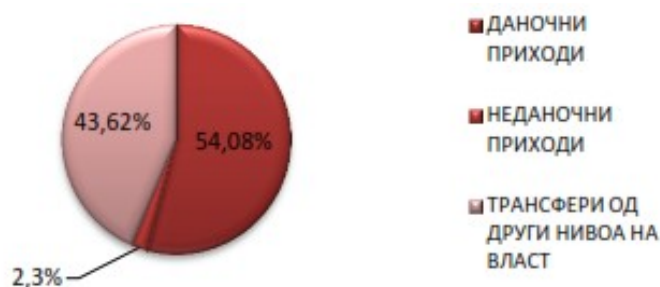
- Прекин на бременост ако не е медицински индициран;
- Вештачко оплодување по трет неуспешен обид за оплодување;
- Издавање на сите видови лекарски уверенија;
- Набавка на нови протетски и ортопедски помагала пред утврдениот рок;
- Отрезнување и лекување од акутна алкохолизирана состојба, како и за намерни труења, кои не се предизвикани од душевни растројства;
- Лекување во странство ако лекувањето е извршено без одобрение од ФЗОМ;
- Прегледи, испитувања и упатувања до надлежниот орган за оценување на работната способност, според прописите за пензиско и инвалидско осигурување и според прописите за социјална и детска заштита, кога тие се вршат по барање на осигуреникот, работодавецот или друг орган;
- Незадолжително вакцинирање;
- Лекување, односно рехабилитација од болести на зависност над 30 дена;
- Прегледи на починати лица или обдукции по барање на надлежни органи или граѓани;
- Здравствени прегледи на вработени кои се упатуваат на работа во странство од страна на работодавците, како и прегледи и превентивни мерки на здравствена заштита за патување во странство;
- Лекување од последиците на третман од надрилекари или употреба на надрилекарства.

Приходи на ФЗОМ

Како што веќе споменавме, во системот на задолжително здравствено осигурување на Македонија, средствата од придонесите се главен извор на финансирање на здравствениот сектор. Во текот на 2012 година остварени се приходи во вкупен износ од 21.548 милиони денари. Вкупниот приход во 2012 година е зголемен за 2,1% во однос на 2011 година. Најголемо учество во структурата на приходите на ФЗОМ имаат приходите од придонесите од плата со

54,08%, трансферите од други нивоа на власт со 43,62% и други неоданочени приходи со 2,3%. Во споредба со структурата во 2011 година се утврдува раст на учество на трансферите за 0,8%. На дијаграм бр. 18 прикажана е структурата на приходи.⁹¹

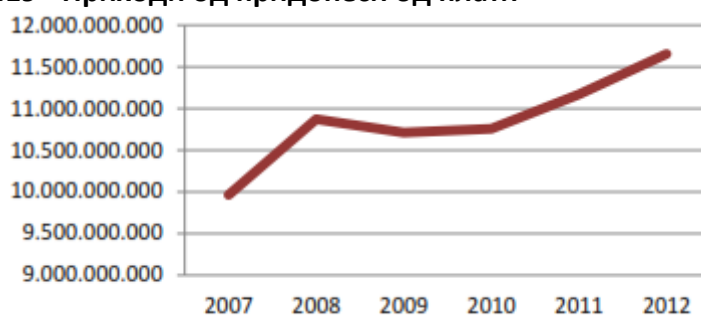
Дијаграм бр. 18 - Структура на приходи



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр.59

Приходите од придонеси од плата како најголем учесник во структурата на приходи на ФЗОМ во 2012 бележат благ пораст во споредба со 2011 година, односно истите се зголемени од 11.170 милиони денари на 11.654 милиони денари или за 4,33%. На дијаграм бр. 19 прикажани се приходите од придонесите од плати.

Дијаграм бр.19 - Приходи од придонеси од плати



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 59

⁹¹ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 59-60

Во структурата на придонеси, најголемо учество со 9.844 милиони денари или околу 84% учествува придонесот од активно вработените лица. По нив со по 6% или 702 милиони и 680 милиони, учествуваат придонесите од дополнителни придонеси и придонеси од изминати години.

Во продолжение на дијаграм бр. 20 прикажана е симулација за просечните трошоци што еден носител на здравствено осигурување го чини ФЗОМ. Овој трошок е спореден со приходите од придонесите што ФЗОМ ги добива за просечен осигуреник од секоја категорија⁹².

Дијаграм бр. 20 - Просечен месечен придонес и просечен трошок по категорија на осигуреници



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 60

Просечниот месечен приход од придонесите од сите категории на осигуреници во 2012 година изнесува 1.519 денари по осигуреник (носител) што доколку се спореди со просечната исплатена бруто плата во Република Македонија, се добива дека ефективната стапка на придонес во 2012 година изнесувала 4,95%. Добиената ефективна стапка на придонеси за здравствено осигурување е за цели 2,35 процентни поени пониска од генерално дефинираната стапка во 2011 година од 7,3% од бруто платата.

⁹² Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 60

Просечната разлика се должи пред се на разнообразноста на основицата и стапките за пресметка на придонесите дефинирани во Законот за придонеси од задолжителното социјално осигурување.⁹³

Табела бр. 52 - Стапки на придонес на разни категории

Осигуреници	Стапка на придонес	Основица за пресметка	Апсолутен месечен износ
Активни работници	7,30%	Бруто плата	2.240
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечна бруто плата	460
Пензионери	13%	Пензија	1.410
Невработени (неосигурани лица)	5,40%	50% од просечна бруто плата	850

Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр.61

Од табелата произлегува дека категоријата активни земјоделци најмалку плаќаат за здравствено осигурување. Најголем износ на придонеси се собираат од скопскиот регион (10 милијарди денари) што претставува и повеќе од половина од вкупните приходи кои се собираат во ФЗОМ.⁹⁴

Освен категоријата на приходи од придонеси од плата, ФЗОМ се стекнува и со приход од други нивоа на власт. Во оваа категорија приходи вклучени се придонесите за одредени категории осигуреници кои утврдените институции според Законот за задолжителни социјални придонеси ги уплатуваат на сметката на ФЗОМ, како и приходите за породилно отсуство. Односно, Министерството за финансии уплатува придонес за невработените лица, Фондот за пензиско и инвалидско осигурување за пензионерите, Министерството за здравство за категоријата неосигурени лица и Министерството за труд и социјална политика за категоријата корисници на социјални права и од оваа година ги надоместува и средствата за породилно отсуство.⁹⁵

⁹³ Годишен извештај ФЗОМ за 2012 година, стр. 61

⁹⁴ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 61-62

⁹⁵ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 62

Последната категорија приходи која е и најмала во структурата на приходи на ФЗОМ е други неоданочени приходи, каде влегуваат приходите од партиципација, приходите од конвенции и останатите приходи.⁹⁶

Како што спомнавме, буџетот на ФЗОМ речиси целосно зависи од средствата што се акумулираат преку наплата на придонесите. Овие приходи се недоволни за покривање на целокупните трошоци кои се прават во процесот на здравствено лекување.

Расходи на ФЗОМ

Вкупните расходи на ФЗОМ за 2012 година изнесуваат 21.436 милиони денари, но со ребалансот во јуни, планираниот расход се зголеми и сега изнесува 22.085 милиони денари. Реализацијата на расходите што е во тесна врска со остварените приходи, во однос на планираните расходи изнесува 97,06%. Поради отсуство на податоци за трошоците кои се прават во целиот систем на здравствена заштита, анализата на трошоци во здравствениот систем се сведува само на податоците за расходите на Фондот. На табела бр. 53 прикажани се расходите на ФЗОМ.

Табела бр.53 - Расходи на ФЗОМ

Вид на расходи	2011	2012	Индекс 2011/2012
Здравствени услуги	18.198.641.033	18936540342	104,05%
Надоместоци од ФЗОМ	2.99.732.281	2.002.934.411	87,09%
Вкупно за здравствена дејност и осигурување	20.498.373.314	20.939.474.753	102,12%
Функционални расходи на ФЗОМ	468.744,493	496.934.757	106,01%
Вкупно расходи на ФЗОМ	20.967.117.807	21.436.409.510	102,24%

Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 56

Од табелата бр. 53 се гледа дека расходите за здравствена дејност и осигурување во 2012 година изнесуваат вкупно 20.939 милиони денари, што

⁹⁶ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 62

значи дека во однос на 2011 година тие се зголемиле за 441 милион денари или 2,15%. Оваа категорија на здравствени услуги се состои од расходи за здравствени услуги и надоместоци. Здравствените услуги во структурата на расходи учествуваат со 88,34%⁹⁷.

Најголемо учество во структурата на средства за здравствени услуги имаат услугите од болничка здравствена заштита со 38,1%, додека специјалистичко консултативната здравствена заштита учествува со 28,6%, а примарната здравствена заштита со 30,1%.

Во структурата за надоместоците најголемо учество имаат недостатоците за породилно отсуство со 68,66%, потоа боледувањата со 30,59% и со минимално учество се надоместоците за патни трошоци од 1%.

Покрај расходите за здравствени услуги и надоместоци, во вкупните расходи се вклучени и средствата за функционирање на службата на ФЗОМ кои изнесуваат 497 милиони денари и истите претставуваат 2,32% од вкупните расходи во 2012 година. Во структурата најголем дел, односно 61,58% се за плати на вработените во ФЗОМ, 24,77% за стоки и услуги за нормално функционирање на службата, 12,82% за капитални расходи и околу 0,83% за субвенции и трансфери.⁹⁸

Како што може да се види од табелата бр. 53, најголем дел од расходите на ФЗОМ (над 90%) претставуваат средства кои се плаќаат за покривање на трошоците на здравствена заштита на осигурени лица, а остатокот се распределува на средства наменети за плати за време на спреченост на работа, односно боледување и административни трошоци на ФЗОМ. Средствата за инвестиции во здравството и понатаму остануваат неповолни.

Подолг временски период најголем процент во вкупните расходи има болничкото лекување, со тренд на постојано зголемување до 2001 година. Но во последните години овој тренд бележи значително намалување, додека расходите за примарна здравствена заштита бележат огромен пораст. Една од основните причини за промена на овој тренд е промената во структурата на болестите. Во

⁹⁷ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 58

⁹⁸ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 58

минатото болестите барале подолга хоспитализација, но денес со примена на новите методи на лекување, како и новата медицинска опрема која овозможува амбулантно лекување, хоспитализацијата на болните се намалува.

Зголемувањето пак на расходите на примарната здравствена заштита се должи на мерките кои ги презема Владата за превентивна здравствена заштита на населението.

При анализа на податоците за расходите треба да се има предвид дека податоците за расходите на здравствената заштита преставуваат само податок за трошоците во државниот (јавниот) сектор и за дел од приватните ординации кои имаат склучено договор со ФЗОМ. Во овие расходи не се вклучени плаќањата од џеб на корисниците во вид на плаќање на полна цена на здравствените услуги во приватниот сектор, стоматолошки прегледи во приватните ординации, како и за лековите кои не се на позитивната листа. Во трошоците не се вклучени и дел од расходите за воено здравствените служби, тие се плаќаат од буџетот на Министерството за одбрана, како и хуманитарната помош и донациите на здравствените установи. Покрај овие трошоци, како трошок кој се прави во процесот на здравствена заштита, а не е искажан и претставува реален трошок во здравството, е трошокот за амортизација. Како последица на немање евиденција за овој трошок, има недоволно инвестиционо одржување, значајно застарување на опремата и пропаѓање на капиталната вредност на установите.

5.1.2. Финансирање на македонскиот здравствен систем

Расположливи средства за покривање на здравствени услуги и споредба во однос со останатите земји

Планираните расположливи средства за покривање на здравствени услуги во 2012 година изнесувале 22,6 милијарди денари. Во текот на месец јули извршен е ребаланс на буџетот, со што планираниот буџет е намален на 21,1 милијарда денари⁹⁹.

⁹⁹ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година

Табела бр. 54 - Распожливи средства за покривање на здравствени услуги за 2012 година

Планиран буџет на почетокот на 2012 година	22.625.000
Ребаланс	22.085.000
Реализиран буџет на крај на година	21.436.410

Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 50

Од прикажаната табела бр. 54 се гледа дека реализираниот буџет за 2012 година изнесува 21,4 милијарди денари што во однос на планираниот буџет изнесува 97,06%.

Табела бр. 55 - Распожливи средства за покривање на здравствени услуги во споредба со претходни години

Година	Вкупни расходи на фондот за здравствено осигурување на Македонија	%промена на буџетот во однос на претходната година	Буџет на ФЗОМ како процент од буџетот на РМ	Буџет на ФЗОМ како % од БДП
2007	16.425.000.516	0,89%	13,98%	4,64%
2008	19.630.339.319	19,51%	14,00%	4,93%
2009	19.165.097.000	-2,37%	13,75%	4,71%
2010	19.803.244.000	3,33%	13,88%	4,64%
2011	20.967.117.807	5,88%	14,11%	4,60%
2012	21.436.409.510	2,24%	13,76%	4,50%

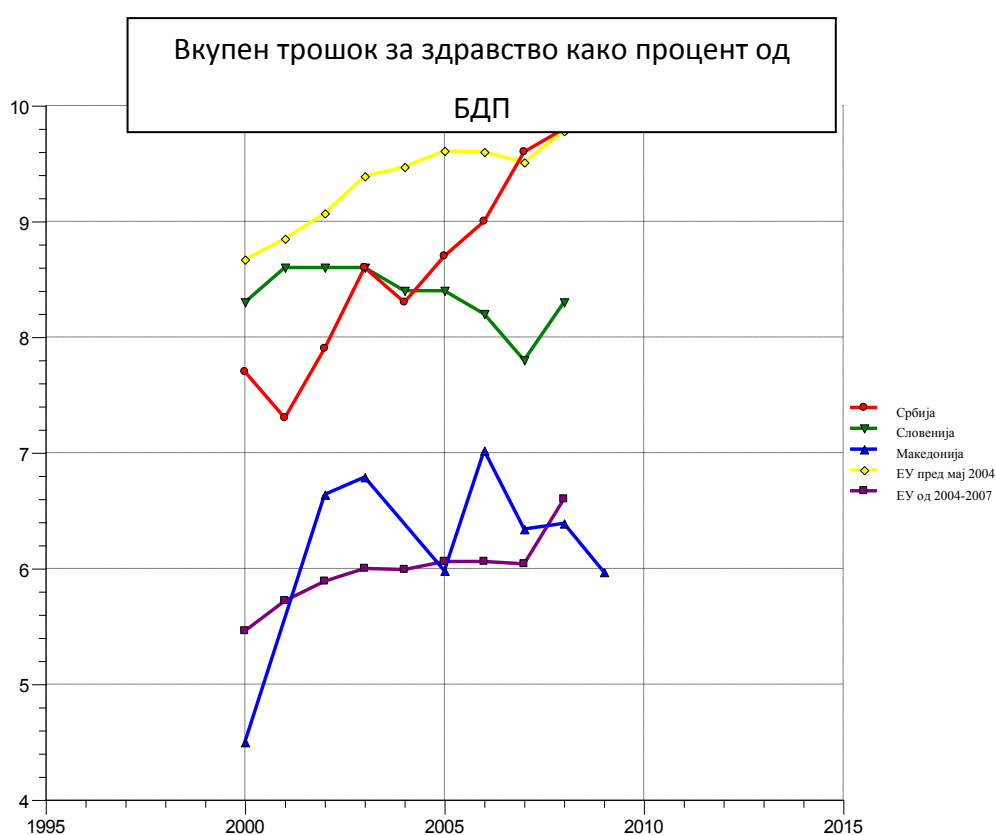
Извор: ФЗОМ и Министерство за финансии, стр. 50

Од прикажаната табела бр. 55 јасно се гледа дека средствата кои се издвојуваат за покривање на здравствените услуги кои се даваат во Република Македонија секоја година се зголемуваат, и тоа од 16,4 милијарди во 2007 година на 21,4 милијарди во 2012 година. Просечниот раст изнесува 4,9% годишно. Најголем пораст од 19,5% има во 2008 година, а следната година, која е регистрирана како кризна година, се забележува пад од 2,4%. Анализата на средствата кои се издвојуваат за покривање на трошоците во здравството во однос на вкупниот буџет се движи меѓу 13,75% и 14,11%. Но анализата на буџетот на ФЗОМ како процент од БДП покажува неповолност, односно постојано

опаѓање на делот кој се издвојува за здравство, кој во 2012 година е најнизок споредбено со изминатите години и изнесува 4,5%¹⁰⁰.

Во 2012 година Република Македонија издвоила 4,5¹⁰¹ од Бруто домашниот производ (БДП) за здравство. Ова е значително помалку во споредба со земјите од соседството. Како што можеме да видиме од прикажаниот дијаграм бр. 21, процентот е значително помал во споредба со повеќето земји кои произлегоа од поранешна Југославија (Словенија 8,3%, Србија 9,8%) или ЕУ 9,78%.

Дијаграм бр. 21 - Вкупен трошок за здравство како процент од БДП



Извор: European Health For All Database¹⁰²

Од прикажаниот дијаграм бр.21 се гледа дека сите анализирани земји го зголемуваат процентот кој се издвојува од БДП, но иако процентот се зголемува,

¹⁰⁰ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр.50

¹⁰¹ European Health For All Database. Повеќе информации достапни на: HFA-DB, достапно на <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

¹⁰² Повеќе информации достапни на: HFA-DB, достапно на <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

проблемот со зголемувањето на трошоците останува непроменет. Овој податок укажува на фактот дека повеќе пари во здравството не го решаваат проблемот на подобрување на вредноста за пациентите, но исто така и дека тоа не оди во прилог на намалување на трошоците на давателите на здравствени услуги.

5.1.3. Систем на обезбедување на здравствената заштита (health care delivery system)

Република Македонија прифаќајќи ја стратегијата „Здравје за сите во 21-от век“ се определи за систем на здравствена заштита базиран на примарната здравствена заштита, потпомогна и дополнет од секундарната и терцијарна здравствена заштита, што е во согласност со заклучоците на Конвенцијата во Алмати, цел 26¹⁰³.

Здравствените услуги во Македонија се даваат преку системот на здравствени институции. Тој е организиран на три нивоа и тоа: примарно, секундарно и терцијарно. Меѓутоа некое значително раздвојување меѓу овие три нивоа и не постои.

Приказот на здравствената заштита е во форма на пирамида и составен е од следниве елементи:

- База - примарна здравствена заштита која покрива 80% од здравствените потреби на популацијата;
- Среден дел - секундарна здравствена заштита со која се покриени околу 15% од здравствените потреби и
- Терцијарна здравствена заштита која преставува врвна високоспецијализирана здравствена заштита, со која се задоволуваат околу 5% од здравствените потреби на населението.

Здравствената заштита во Македонија зависно од видот на здравствените услуги се дава во 26 универзитетски клиници, 2 клинички болници, 14 општи

¹⁰³ http://www.iph.mk/images/stories/pdf_nezarazni/Informacija%20za%20bolnicka%20iskoristenost%202009%20so%20cip.pdf

болници од кои една е приватна, 12 специјализирани болници од кои две се приватни, 6 центри за лекување и рехабилитација и бања и 9 вон болнички стационари.

Давателите на здравствени услуги се должни да ги обезбедат услугите од основниот пакет на здравствени услуги на сите осигуреници без исклучок. Давањето здравствени услуги се темели врз начелата на достапност, ефикасност, континуираност, правичност, сеопфатност и обезбедување на квалитетен и сигурен здравствен третман.¹⁰⁴

Начелото на достапност се остварува со обезбедување на соодветна здравствена заштита на населението на РМ.¹⁰⁵

Начелото на ефикасност се остварува со постигнување на најдобри можни резултати во однос на расположливите средства, односно со постигнување на највисоко ниво на здравствена заштита со најмалку употребени средства.¹⁰⁶

Начело на континуираност се обезбедува со функционално воспоставен систем на организација на здравствена дејност на систем ниво на здравствена заштита од примарно преку секундарно до терцијарно ниво, на начин со кој е овозможена континуирана здравствена заштита на населението во секое време.¹⁰⁷

Начело на правичност се остварува со забрана на дискриминација при укажување на здравствена заштита по однос на раса, пол, старост, национална припадност, социјално потекло, вероисповед, политичко или друго убедување, имотна состојба, култура, јазик, вид на болест, психички или телесен хендикеп.¹⁰⁸

Начело на сеопфатност се обезбедува со вклучување на секој поединец во системот на здравствена заштита, со примена на мерки и активности за здравствена заштита кои опфаќаат промоција на здравјето, превенција на болести на сите нивоа на здравствена заштита, рана дијагноза, лекување и рехабилитација.¹⁰⁹

¹⁰⁴ Службен весник бр. 10/2013 (Закон за здравствена заштита, член 5)

¹⁰⁵ Службен весник бр. 10/2013 (Закон за здравствена заштита, член 6)

¹⁰⁶ Службен весник бр. 10/2013 (Закон за здравствена заштита, член 7)

¹⁰⁷ Службен весник бр. 10/2013 (Закон за здравствена заштита, член 8)

¹⁰⁸ Службен весник бр. 10/2013 (Закон за здравствена заштита, член 9)

¹⁰⁹ Службен весник бр. 10/2013 (Закон за здравствена заштита, член 10)

Начело на квалитет и сигурен здравствен третман се обезбедува со унапредување на квалитетот на здравствената заштита преку примена на мерки и активности, кои во согласност со современите достигнувања во медицинската наука и практика ја зголемуваат можноста за позитивен исход, намалување на ризиците и другите несакани последици по здравјето и здравствената состојба на поединецот и општеството во целина.¹¹⁰

Давателите на здравствени услуги се должни да ги почитуваат и применуваат горенаведените начела во процесот на давање здравствена грижа на пациентите.

Во продолжение прикажани се нивоата на давање здравствени услуги.

Примарно здравство

Во Македонија првиот контакт меѓу пациентот и лекарот се случува на примарно ниво кое е организирано во форма на здравствени станици (во руралните средини со постојано присуство на медицинска сестра и повремена посета на лекар) и здравствени домови (на општинско ниво, со определен број на медицински сестри и лекари). Примарната здравствена заштита се состои од пет специјалности и тоа: општа медицина, медицина на труд, здравствена заштита на деца/педијатрија (од 0 до 6 години), училишна медицина (ученици и млади од 7 до 19 години), здравствена заштита на жените (акушерство и гинекологија).

Во текот на 2012 година за осигурениците беа обезбедени 2.845 матични лекари.¹¹¹

Табела бр. 56 - Број на матични лекари

Матичен лекар	Број на лекари
Општи	1.692
Стоматолози	1.008
Гинеколози	145
Вкупно	2.845

Извор: Годишен извештај на на ФЗОМ, стр. 8

¹¹⁰ Закон за здравствена заштита, член 11

¹¹¹ Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година, стр. 14

Оваа група лекари се финансира по принципот на плаќање по учинок, односно 30% од износот на капитацијата која треба да ја добијат матичните лекари е варијабилен дел кој е поврзан со целите кои треба да ги исполнат матичните лекари. Целите се збир на мерки и активности кои матичните лекари треба да ги исполнат во правец на превенција, рано откривање на болестите и следење на правилниот раст кај најмладата популација.

Општи лекари

Првата средба на пациентот со лекарот е на примарно ниво, затоа ФЗОМ за општите матични лекари има дефинирано активности за рано откривање на малигни заболувања, превентивни мерки за правилно следење на растот и развојот на децата, систематски преглед на деца над 30 дена, како и рационално препишување на лекови.

Гинеколози

Гинеколозите се дел од примарната здравствена заштита на женската популација во правец на рано откривање на ракот на матката и за таа цел обврска на матичните лекари - гинеколози е да направат ПАП тест кај критичната популација на жени.

Стоматолози

Сите наведени профили на здравствена заштита имаат посебна улога во превенцијата на рано откривање на болестите, а превенцијата на забите е исто така важна алка за добрата здравствена состојба на населението. Населението е задолжено да има свој матичен стоматолог и да прави редовни контроли и прегледи за одржување на забите во добра состојба.

Покрај горенаведените служби, примарната здравствена заштита се добива и во здравствените домови. Покрај превентивната здравствена заштита во здравствените домови, се добиваат и услуги од итна медицинска помош, како и домашна посета. Во 2011 година во здравствените домови имало 251 тим за итна медицинска помош и 68 тима за домашно лекување и дежурни служби, 146 тима за превентивна стоматологија, 32 тима за итна стоматологија, 158 тима за

систематски прегледи, вакцинации и советувашишта и 355 поливалентни патронажни сестри. За сите овие услуги од ФЗОМ обезбедени се 1 214 712 денари на годишно ниво.¹¹²

Горе наведените служби се за целото подрачје на РМ. Што се однесува до руралните населби, тие имаат само служби по општа медицина и располагаат само со најосновната дијагностика и лекови, па според тоа и немаат посложени интервенции и прегледи. Примарната здравствена заштита на општинско ниво вклучува и домашна посета, аптеки, лаборатории, РТГ и ехо кабинет, услуги за превенција на туберкулоза, вклучувајќи ги и услугите на патронажните сестри (поливалентна патронажа) и денгална заштита.

Како што нагласивме, превентивната здравствена заштита се спроведува од страна на лекари со и без специјализација, педијатари, гинеколози и стоматолози. Според законот, лекарите се одговорни за обезбедување на следниве услуги: општи медицински прегледи, препишување рецепти, издавање на упати за специјалистички прегледи, издавање на упати за болнички престој, издавање на болничко отсуство за привремена неспособност за работа за период од седум дена, издавање на упат до комисија за разгледување на привремена спреченост за работа во период подолг од 16 дена.

Од 1991 година, примарната здравствена заштита се обезбедува и во приватни здравствени организации, а 90% од нив се лоцирани во градовите. Примарната заштита се обезбедува преку лекари, со и без специјализација, од општа медицинска пракса. Во Македонија има воспоставено законски стандарди за минималниот број на персонал во примарна здравствена заштита.

Согласно одредбата за мрежата на здравствени установи се одредува максимален број на тимови од примарна здравствена заштита, максимален број на аптеки, сите на ниво на општина и максимален број на биохемиски лаборатории на ниво на регион. Во продолжение ќе ги наведеме основните демографски стандарди за мрежата во примарната здравствена заштита.¹¹³

¹¹² Извор: Годишен извештај на ФЗОМ стр. 14-20

¹¹³ Службен весник бр. 81. од 28.06.2012 година. *Уредба за мрежата на здравствените установи*

- 1 тим по општа медицина составен од 1 одбран лекар и 1 медицинска сестра на 1.000 жители;
- 1 тим за гинекологија составен од 1 одбран гинеколог и 1 медицинска сестра на 3.000 жени постари од 14 години;
- 1 тим за стоматологија составен од 1 одбран стоматолог и 1 стоматолошка сестра на 1.000 жители;
- 1 аптека на 3.000 жители;
- 1 биохемиска лабораторија на ниво на примарна здравствена заштита со минимум 1 специјалист и 1 лаборант на 18.000 жители.

Медицинскиот персонал по глава на жител значително отстапува. Постојат делови од земјата каде што има вишок на медицински тимови, но има и делови каде недостасуваат лекарски тимови. Согласно мрежата на здравствени установи, постојат населени места каде воопшто нема медицински тимови. Медицинската здравствена заштита треба да биде обезбедена согласно горенаведените карактеристики и тоа за секоја област посебно (општа медицина, гинекологија, стоматологија, аптеки, здравствени домови, биохемиски лаборатории). Освен тоа, во руралните средини условите за работа се многу лоши, понекогаш се соочуваат дури и со недостаток на основна опрема. Поради ваквата ситуација во руралните делови голем број од тамошното население се обидува да ја прескокне примарната здравствена заштита. Осигурениците, генерално, се должни да одберат лекар во примарната здравствена заштита, кој треба да се грижи за здравјето на пациентите и има улога на „влезна врата“ пред следните нивоа на здравствена заштита.

Со просечно три амбулантни посети по лице годишно, стапката на користење амбулантни служби од страна на граѓаните во Република Македонија е меѓу најниските во Европа. Просекот во Европа 8,6.¹¹⁴

Превентивната здравствена заштита се организира и се обезбедува во согласност со одредбите на Законот за здравствена заштита, преку Институтот за

¹¹⁴ www.who.org

јавно здравје¹¹⁵ во Скопје и 10 регионални институти за јавно здравје, како и 21 санитарно-хигиенски и епидемиолошки служби. Во рамките на превентивната здравствена заштита функционираат и патронажните служби кои имаат поливалентен карактер.

Табела бр. 57 - Здравствени установи и кадар вработен во примарна здравствена заштита во РМ во 2011 година

Здравствени установи	Вкупно	Лекари	Специјалисти	Стоматолози	Фарма.	Здравствени соработници	Здравствени работници со виша сс	Здравствени работници со нижа сс	Немед. кадар
Здравствени станици	104	14	10	1	0	6	47	0	36
Здравствени домови	3.759	506	151	182	15	128	1.643	1	1.284
Приватни здравствени организации	60	3	3	0	0	0	53	4	0
Вкупно	7.431	1.696	556	1.236	671	111	3.687	2	28

Извор: Институт за јавно здравје на РМ

И покрај овој вид организација на примарната здравствена заштита постојат и низа негативности кои придонесуваат за намалување на вредноста за пациентите. Имено, од 2007 година примарната здравствена заштита е комплетно приватизирана (освен имунизацијата која е на централно ниво). На лекарите им се овозможува да станат концесионери во местата каде што претходно ја извршувале својата дејност. Ова реформа за неког претставуваше мотив за инвестиција во опрема и човечки ресурси, а за многу беше пречка поради недостатокот на капитал и малиот број пациенти.

Иако ова се смета за успешна реформа, сепак матичната служба сè уште не ја одигра својата вистинска улога која треба да ја има во хиерархијата на здравствениот систем. Недостасуваат основни податоци за пациентите како што се: генетски predisпозиции да заболат од некоја болест, континуирано следење на здравјето на населението, грижа за здравствената состојба на пациентите, итн.

¹¹⁵ Од 2010 година Републичкиот завод за здравствена заштита се трансформира во Институт за јавно здравје

Конкуренцијата се спроведува на многу лошо ниво, единствен мотив на лекарите од примарната здравствена заштита е да се здобијат со поголем број на пациенти, без притоа да водат сметка за нивната здравствена состојба, што не оди во правец на зголемување на вредноста за пациентите, туку ја намалува. Недостатокот на системски организирани стимулации за активности поврзани со здравствена промоција придонесува таквите активности да бидат само на едно базично ниво или воопшто да не постојат. Ваквата појава придонесува да се намалува вредноста за пациентите. Квотите кои ги одредува ФЗОМ за ваквите активности доведуваат до непотребни прегледи за одредена популација. Пациентите не се советуваат за можните компликации и болести од нивните лоши животни навики. Иако ова се смета за една од најуспешните реформи, сепак не оди во прилог на зголемување на вредноста за пациентот од проста причина што повторно во центарот на вниманието се наоѓа лекарот, а не пациентот.

Од денешен аспект улогата на матичните лекари кои работат на примарно ниво се состои од препишување рецепти и упатување на пациентите на повисоки нивоа на здравствена заштита. Ваквата денешна појава на примарно ниво постои поради немање стратегија за пристап на матичните лекари кон своите клиенти - пациентите, па така пациентите доаѓаат на лекар само кога тие имаат потреба, кога се болни или имаат каков било здравствен проблем. Во ваква ситуација матичните лекари се немоќни да делуваат и единствено што можат да направат е да ги препратат пациентите на повисоко ниво на здравствена заштита. И покрај тоа што матичните лекари се задолжени да направат превентивни прегледи на ризичните групи на населението, тие немаат механизам да се доближат до пациентот. Нивниот контакт се остварува со покана преку пошта и голем дел од населението не знае што тоа подразбира, па затоа одзивот на населението кое се јавува на прегледите кај матичните лекари, без притоа да има некаква потреба, е многу мал.

Секундарна здравствена заштита

Секундарната здравствена заштита се обезбедува преку општите болници кои се основани како самостојни правни ентитети. Во општите болници се нудат

специјалистичко-консултативни услуги за амбулантна проценка и лекување и болничка здравствена заштита.

Како што веќе се објасни, пристапот до секундарното ниво на здравствена заштита се остварува преку примарната здравствена заштита и тоа со упат од одбраниот лекар.

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита се спроведува во деловите од болниците на поранешните медицински центри и во специјализираните болници, институти, клиники и Клиничкиот центар во Скопје. Услугите се состојат од дијагноза, третман и рехабилитација.

Болничка здравствена заштита

Како што веќе се истакна, со новиот Закон за здравствена заштита секоја општина настојувала да обезбеди сеопфатна здравствена заштита за своите граѓани и соодветно ги планирала капацитетите (т.е. секоја болница настојувала да обезбедува најширок опсег на здравствена заштита). Сè уште се чувствуваат последиците од ваквата политика. Како резултат на тоа, денес здравствените капацитети се во многу лоша и нерентабилна положба.

Со мали промени во бројките и денес болничкиот престој е овозможен во општите болници, специјализираните болници, институтите, специјализираните одделенија (клиники) и Клиничкиот центар во Скопје како и во неколкуте нови приватни болници.

Покрај воведувањето на Дијагностичките сродни групи (ДСГ) во болничката здравствена заштита во делот на специјалистичко-консултативната дејност се воведоа пакети на завршени епизоди на лекување. Имено, овие пакети како нов систем на евиденција на услугите од секундарна здравствена заштита во текот на 2011 година и 2012 година претрпеа измени во насока на додефинирање на здравствените услуги, ревидирање на референтните цени, воведување на нови пакети на завршени епизоди на лекување, како и на здравствени услуги што досега не биле опфатени.

Од сите дејности во рамките на специјалистичко-консултативната здравствена заштита, најголем број пациенти имале потреба од лабораториски испитувања (24%) и услуги од областа на интернистичките дејности (24%).

Според Законот, трошоците за третман на осигурени лица се надоместуваат преку задолжителното здравствено осигурување и преку партиципација на пациентот. На пример, во геријатриските установи пациентите треба сами да покријат одреден трошок, како што се трошоците за исхрана и престој. Ако се земе предвид младата старосна структура на населението, тогаш стапките на болнички прием се поголеми од очекуваните.

За да функционираат нивоата на здравствена заштита тие треба да бидат опремени со соодветен кадар и опрема. Во табелата бр. 58 прикажан е расположливиот кадар со кој располага секундарната здравствена заштита.

Табела бр. 58 - Расположливи здравствени установи и кадар во секундарна здравства заштита

Здравствени установи	Вкупно	Лекари	Специјалисти	Стомато лози	Фарма	Здравствени Соработници	Здравствени работници со виша сс	Здравствени работници со низа сс	Немедицински кадар
Општи болници	4.186	836	666	4	24	91	2.084	174	946
Клинички болници	1.967	442	349	6	20	45	928	132	394
Приватни болници	1.147	230	200	0	12	53	611	1	240
Здравствен дом специјал. дејност	569	197	192	1	0	53	278	4	36
Специјални болници*	842	88	74	1	0	49	416	34	254
Завод за медицинска рехабилитација	489	68	51	1	3	57	172	12	176
Центар за јавно здравје	562	132	126	0	8	46	255	10	111
Приватни здравствени организации	446	214	201	0	0	16	203	0	13
Вкупно	10.208	2.234	1.859	13	67	410	4.947	367	2.170

*Психијатриски болници: Негорци и Демир Хисар, Специјални болници за белодрони заболувања Лешок и Јасеново, Специјална болница за ортопедија и трауматологија Свети Еразмо Охрид, Герантолошки завод 13 Ноември Скопје

Извор: Институт за јавно здравје

Од табелата бр. 58 се гледа дека секундарното ниво на здравствена заштита е обезбедено во соодветни медицински установи како и со медицински и немедицински кадар, кои се неопходни за реализација на активностите на секундарно ниво.

Но за да се добие целосна претстава за расположливите ресурси во здравствениот систем неопходно е да се прикаже и искористеноста на постелниот фонд кој пак се отсликува преку должината на престојот во болница. Што се однесува до должината на престојот во болница, изненадувачки се бројките кои покажуваат значително поголем број во однос на европскиот кој изнесува 8 дена во ургентните центри и 11,8 во сите останати болници. Иако Македонија располага со голем постелен фонд, сепак неговата искористеност е многу мала и се движи од 57-64%. Во земјите од ЕУ во последните 10 години има значителен тренд на опаѓање на поминати болнички денови, како и намалување на болничките кревети. Еден од основните проблеми се непроменетите цели во однос на лекувањето на пациентите. Ако во 70-те години од 20 век болестите и политиката на згрижување на болните била болничка хоспитализација, денес тој полека се напушта, а неговото место го заземаат други посовремени концепти на здравствена заштита: превенција и рано откривање на болестите, како и нивно амбулантно третирање. Иако и во Македонија трендот на намалување на болничките денови бележи пад, тој сепак не е доволен за да го достигне европскиот просек.

Еден од огромните недостатоци во системот на здравствена заштита е ограничениот пристап до поефикасни модели на здравствена заштита во амбулантни услови, на секундарно ниво, како што се амбулантна хирургија, дневна грижа за стари и хронични болни лица, програми за рехабилитација, хотели за пациенти, итн. Проблем претставува и недоволното инвестирање во технологии за поддршка на поефикасни режими на лекување, како што се оние за минимум инвазивна хирургија.

Како најголем недостаток на ова ниво на здравствена заштита се забележува нелојалната конкуренција која се спроведува од страна на давателите на здравствени услуги од страна на лекарите и специјалистите кои ги даваат своите услуги на секундарно ниво. Имено, мотивацијата на лекарите од

секундарната здравствена заштита е насочена кон извлекување на повеќе пари од системот на финансирање, притоа не давајќи некаква вредност за пациентите. Давателите на здравствени услуги во секундарната здравствена заштита практикуваат да примаат и кодираат пациенти со тешки компликации, а откако ќе се почувствуваат немоќни да го излекуваат пациентот истиот го препраќаат на повисоко ниво, во терцијарните служби. Препратениот пациент од секундарно ниво на терцијарно ниво доаѓа во многу тешка состојба, при што се трошат дополнителни средства за лекување на истиот пациент. Ваквата појава не оди во прилог на конкуренцијата базирана на вредност, што претставува префрлање на трошоците од едно на друго место, кога добивката на едниот давател на здравствени услуги значи загуба за другиот. Ова претставува класичен пример на нелојална конкуренција во здравството кога само еден учесник добива, а како резултат на тоа сите останати учесници во процесот на здравствена заштита губат. Губат и пациентите, бидејќи во однос на нивната здравствена состојба не ја добиваат потребната здравствена грижа, а зголемен е и непотребниот паричен издток за административните трошоци кои ги плаќа пациентот за лекување на двете нивоа на здравствена заштита. Губи и Фондот за здравствено осигурување бидејќи за иста дијагноза плаќаат на две здравствени установи. Губи и клиниката на терцијарно ниво бидејќи пациентот од секундарна здравствена заштита се препраќа во многу лоша здравствена состојба вообичаено придружена и со дополнителни болести, како последица на несоодветното лекување. Како единствено решение за надминување на оваа негативна појава е формирање на единствена цена за целиот циклус на здравствено лекување.

Терцијарна здравствена заштита

Терцијарна здравствена заштита се обезбедува во Универзитетските клиници и Клиничкиот центар, а повеќето од нив се наоѓаат во Скопје. Покрај тоа што даваат здравствена заштита сите институции од ова ниво имаат и образовна функција и вршат научни испитувања, обезбедувајќи истовремено и секундарна здравствена заштита. Пристапот до ова ниво на здравствена заштита се овозможува со упат од доктор од примарната здравствена заштита за итни случаи и од секундарното ниво на здравствена заштита за случаи кои не можат да се

решат на секундарно ниво и имаат потреба да се упатат на повисоко ниво на здравствена заштита.

Клиничкиот центар во Скопје е најсофистицирана здравствена установа и обезбедува терцијарна здравствена заштита за повеќе специјалности. Просечниот број на денови е 8,8, а процентот на искористеност на постелниот фонд изнесува 61,5%. Најголем дел од пациентите доаѓаат од внатрешноста на земјата.

Опременоста со човечки ресурси е од голема важност за давањето на здравствените услуги во процесот на здравствена заштита, затоа во продолжение ќе се прикаже и кадарот со кој располагаат здравствените установи на највисокото ниво на здравствена заштита – терцијарното ниво.

Табела бр. 59 - Расположливи здравствени установи и кадар на терцијарно ниво

Здравствени установи	Вкупно	Лекари	Специјалисти	стоматолози	Фарма	Здравст. Соработн.	Здравствени работници со виша сс	Здравс. Рабо. Со низа сс	Немед. кадар
Универзитетски клиници	3.520	747	629	0	16	290	1.318	84	1.065
Институти	608	199	146	1	3	30	225	2	148
Стоматолошки клиници	389	2	2	169	0	9	137	0	72
ПЗУ Универзитетски сто. Центар. Бојо Андревски	29	0	0	18	0	4	7	0	0
Уни. Клин. по хируршки болести Св. Наум Охридски Скопје	295	64	55	0	1	25	146	0	59
ГакЧаир, ИБЗТ-козле, ИБЗТ-возрасни, Психијатриска болница Скопје	783	135	112	1	3	51	327	0	266
Завод за физикална и медицинска рехабилитација Скопје	139	15	15	0	0	4	82	1	37
ИЈЗРМ	137	34	26	1	6	36	26	0	34
Вкупно	5.900	1.196	985	190	29	449	2.268	87	1.681

Извор: Институт за јавно здравје на РМ

Табелата бр. 59 укажува на фактот дека највисокото ниво на здравствена заштита е овозможено во Универзитетскиот клинички центар и клиничките

болници и истото е опремено со медицински и немедицински кадар. Но овие податоци не можат да укажат за потребата на пациентите од специјалистички услуги.

Како најголема негативност во однос на давањето здравствена грижа на терцијарно ниво се посочува големата фрагментација на системот на давање на здравствена грижа и високите трошоци кои се прават за давање на едноставни услуги кои можат да се дадат на пониско ниво на здравствена заштита. Често се случува да се заобиколат давателите на здравствена заштита од секундарно ниво и пациентите да се упатат на терцијарно ниво. Ваквата состојба не оди во прилог на високостручниот кадар од терцијарно ниво, бидејќи наместо да се занимаваат со научно истражувачка дејност и да решаваат случаи со тешки компликации, тие голем дел од своето работно време трошат на едноставни случаи кои можат да се решаваат на пониско ниво на здравствена заштита.

За да се согледа предимензионираноста на болниците треба да се анализира искористеноста на постелниот фонд. Како што веќе се спомена, постелниот фонд во Македонија е неискористен.

Постои тренд на намалување на бројот на болнички капацитети, не само како резултат на економичната и ефикасна здравствена заштита, туку и како резултат на намалување на болничкото лекување поради природата на болестите кои во минатото барале болнички третман. Напредокот на науката и техниката во медицината придонеле лекувањето да премине од болничко во амбулантно. Поради ваквиот тренд на изумирање на болестите кои барале болничко лекување, постелниот фонд значително се намалува, за што зборуваат и официјалните податоци објавени на интернет страницата на Институтот за јавно здравје. Бројот на болнички постели во Македонија во периодот од 1990 до 2009 година покажува постојан тренд на намалување на бројот на болнички постели од 11.119 во 1990 година на 9.183 во 2009 година, при што обезбеденоста со постели во 1990 година изнесувала 5.5/1000 жители, а во 2009 се намалила на 4.5/1000 жители.

Со постелен фонд од 4.5/1000 жители Македонија спаѓа во средно обезбедување со постели.

Општите и клиничките болници учествуваат со најголем процент на постели од околу 43% во вкупната структура, потоа следат 30-те универзитетски клиники со 21,7% и психијатриските болници кои ангажираат 12% од вкупниот број на постели во Македонија.

Во 2009 се забележува зголемување од 2.2% на бројот на испишани болни. Стапката на хоспитализација на 1000 жители се зголемува од 109.7/1000 во 2008 на 111.9/1000 во 2009 година. Бројот на болнички денови е речиси ист, се зголемува за 0,1%, просечното траење на лекување по денови се намалува на 9.5 дена, а бројот на лекувани болни на 1 болнички кревет се зголемува од 24 на 25. Искористеноста на постелниот фонд се движи од 49,4% во општите и клиничките болници, 63,6% во универзитетските клиники, 68,7 во специјалните болници за белодробни заболувања и туберкулоза, 116,9 во психијатриските болници и 126,8 во геронтолошкиот завод.¹¹⁶

Од наведените податоци може да се заклучи дека болниците се предимензионирани за сегашните потреби на пациентите. Намалувањето на бројот на хоспитализација на пациентите го намалува и бројот на потребни кревети и оваа стапка постојано опаѓа.

Ако се анализираат болниците по градови, ќе се забележи дека постојат болници чиј капацитет на искористеност е под минимумот. Додека болниците се соочуваат со проблемот на предимензионираност, лекарите се борат за својата работа, а населението за болниците кои се во нивна непосредна близина.

И на крај, за да може да се извршува здравствената дејност, здравствените установи мора да ги исполнуваат следните услови:

За да може да се основа една здравствена установа, да отпочне со работа, да врши здравствена дејност и да ја прошири дејноста, треба да се исполнети следните услови:¹¹⁷

- да има во работен однос на неопределено време со полно работно време определен број здравствени работници во зависност од видот на здравствената дејност, односно специјалност;

¹¹⁶ http://www.iph.mk/images/stories/pdf_nezarazni/Informacija%20za%20bolnicka%20iskoristenost%202009%20so%20cip.pdf

¹¹⁷ Закон за здравствена заштита член 60, Сл. весник бр.10, 2013 година

- да има во работен однос на неопределено време со полно работно време одговорен носител на здравствената дејност за вршење на определен вид здравствени услуги во зависност од видот на здравствената дејност односно специјалност и
- да има простор и опрема за вршење на определен вид здравствена дејност односно специјалност.

Здравствените работници мора да поседуваат соодветна лиценца за работа, во зависност од видот на здравствената дејност, односно специјалност.

Одговорниот носител на дејност мора да ги исполнува следниве услови:

- да не е корисник на правото на пензија;
- да биде запишан во регистарот на здравствени работници.

Здравствената установа може да врши здравствена дејност и да ја проширува дејноста ако таа е планирана во мрежата на здравствени установи.

Потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, започнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи ги пропишува министерот за здравство.

Според новиот Закон за здравствена заштита, со болниците управува директор.

Организационата поставеност на болниците е по специјалноста на докторите во оддели. Со секој оддел управува по еден поискусен доктор, а во зависност од големината на одделот во него се вработени неколку помлади доктори.

5.1.4. Плаќање на здравствените услуги во процесот на давање здравствена грижа

Анализа на актуелната состојба за плаќање на здравствени услуги во процесот на давање здравствена грижа

Јавните здравствени установи се самостојни правни субјекти формирани од Владата на Република Македонија. Работата во јавните здравствени установи, врз начелата на достапност, рационалност, ефикасност и континуираност на здравствената заштита се организира во внатрешни организациони единици, кои

претставуваат организациско-техничка целина во процесот на работата, во зависност од видот на здравствената установа.

Вршењето на здравствената дејност во јавната здравствена установа се врши согласно со програма за работа и финансиски план на приходи и расходи со кои се обезбедува извршување на програмските задачи и работење на јавната здравствена установа во рамките на расположливите финансиски и други извори, кои ги остварува установата со вршењето на здравствената дејност.¹¹⁸

Давателите на здравствени услуги работат самостојно и ги утврдуваат:

- кадровските, просторните и другите капацитети на јавната здравствена установа и нејзините организациони единици;
- обемот и видот на здравствените услуги и другите обврски на јавната здравствена установа како целина и нејзините организациони единици;
- обемот на дежурствата и приправноста, кои мора да ги вршат здравствените работници во рамките на итната медицинска помош,
- план за стручно образование и обука;
- планирање на здравствени услуги кои се вршат надвор од здравствената дејност во мрежата, во случаите кога установата врши такви услуги;
- план на инвестиции и инвестициско одржување и
- планирани приходи според изворите и трошоците на вршењето на здравствената дејност по организациони единици и на ниво на установа.

Јавните здравствени установи обезбедуваат финансиски средства за вршење на здравствената дејност по основ:

- плаќања за извршените здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување, врз основа на склучен договор со Фондот и утврдени финансиски средства за обезбедување на здравствените услуги на осигурените лица за периодот за кој се склучува договорот;

¹¹⁸ Закон за буџет и извршување на буџет, www.finance.gov.mk

- плаќања за извршените мерки, активности и здравствени услуги опфатени со програмите за здравствена заштита што ги донесува Владата на РМ, средства од Буџетот на РМ;
- плаќања на здравствени услуги од здравствена дејност од пациенти кои услугите ги плаќаат со лични средства;
- со учество со лични средства на осигурените лица за здравствените услуги опфатени со задолжителното здравствено осигурување (партиципација), односно со доплати за повисок стандард за здравствени услуги и услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, согласно со прописите од областа на здравственото осигурување;
- од средствата на осигурителните друштва кои вршат доброволно дополнително здравствено осигурување;
- од средствата на основачот наменети за инвестиции и други задачи;
- од донации, подароци и
- од други извори, под услови утврдени со закон.

За да се добие јасен приказ за плаќањето на здравствените услуги во процесот на давање здравствена грижа, во продолжение на оваа докторска дисертација ќе се направи анализа на приходите (како се финансираат јавните здравствени установи) и расходите (за какви цели се трошат средствата со кои располагаат).

Приходи на јавните здравствени установи

Во своето работење јавните здравствени установи се должни да обезбедат усогласеност на расходите на јавната здравствена установа со нејзините приходи.

Фондот за здравствено осигурување на Македонија, согласно Законот за здравствено осигурување, е купувач на здравствените услуги во интерес на осигурените лица и во зависност од потребите за здравствените услуги и утврдените средства за таа намена во буџетот на Фондот, истиот склучува договори со здравствените установи како даватели на здравствени услуги. Финансиските средства што здравствената установа ги остварува од Фондот се над 83 % од вкупните средства за нивното работење.

Во табела бр. 60 прикажани се вкупните приходи по видови на приходи во јавните здравствени установи.

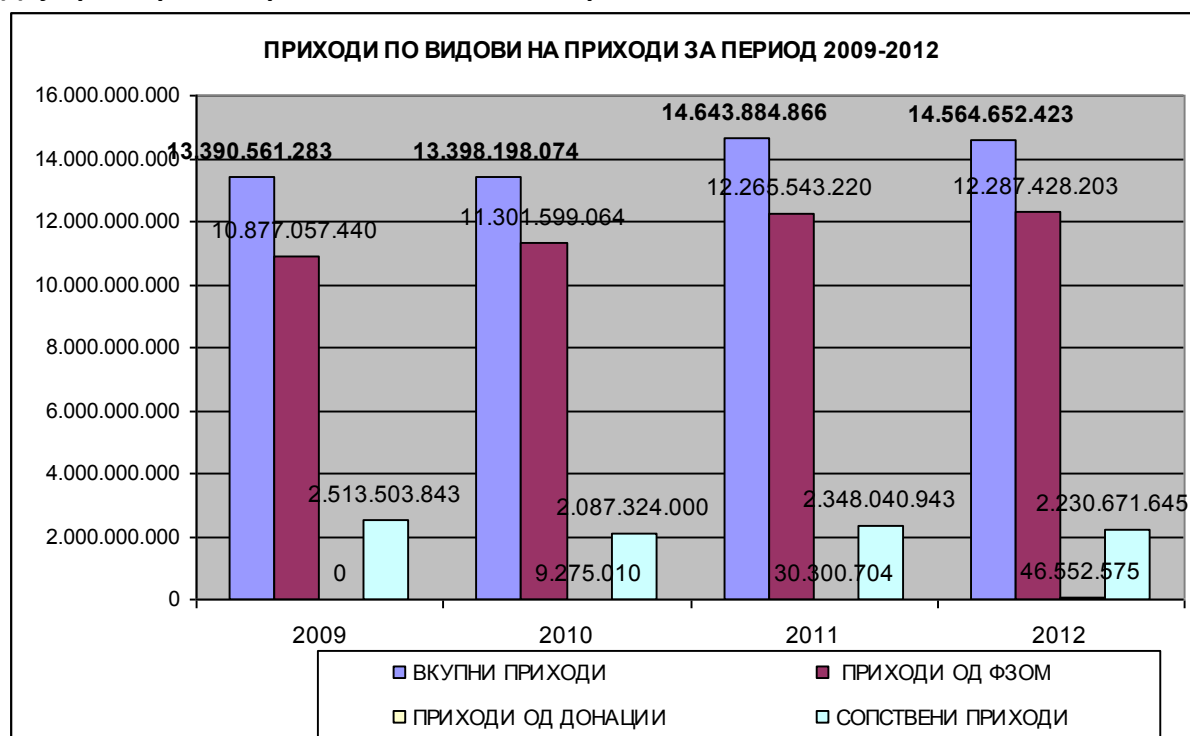
Табела бр. 60 - Видови на приходи по години

	2009	2010	2011	2012
ВКУПНИ ПРИХОДИ	13.390.561.283	13.398.198.074	14.643.884.866	14.564.652.423
ПРИХОДИ ОД ФЗОМ	10.877.057.440	11.301.599.064	12.265.543.220	12.287.428.203
ПРИХОДИ ОД ДОНАЦИИ	0	9.275.010	30.300.704	46.552.575
СОПСТВЕНИ ПРИХОДИ	2.513.503.843	2.087.324.000	2.348.040.943	2.230.671.645

Извор: База на податоци ФЗОМ

Од табелата број. 60 се гледа дека вкупните приходи во 2012 година бележат зголемување во споредба со 2009 година. Приходите во 2009 година изнесувале 13,9 милијарди денари, а нивниот износ во 2012 година се зголемил и достигнал 14,56 милијарди денари, што значи дека износот за здравствена потрошувачка се зголемил за 1,17 милијарди денари или (9 %).

Дијаграм бр. 22 - Приходи по видови на приходи



Извор: База на податоци на ФЗОМ

Од дијаграм бр. 22 јасно се гледа дека јавните здравствени установи најголемите приходи ги остваруваат од Фондот за здравствено осигурување по основ на задолжителното здравствено осигурување, со просек над 83%, потоа следуваат приходите од сопствени средства 16,7%, (во кои се вклучени и средствата од партиципација од осигурените лица на Фондот и средства по програми за здравствена заштита што се добиваат од Буџетот на РМ) и на крајот се приходите од донации кои изнесуваат 0,3 %.

Согласно договорот со Фондот, во надоместокот на здравствената установа се опфатени средства за обезбедување на здравствени услуги за примарна, превентивна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита за осигурените лица на Фондот. Во табела бр. 61 прикажани се вкупните средства кои ФЗОМ ги дистрибуира на здравствените установи и тоа по нивоа на здравствена заштита.

Табела бр. 61 - Приходи од ФЗОМ по нивоа на здравствена заштита

ВИД НА ЈЗУ	2009	2010	2011	2012
ВКУПНО КЛИНИКИ	3.868.339.145	3.938.880.461	4.262.043.538	4.216.589.082
ВКУПНО ЗА КЛИНИЧКИ БОЛНИЦИ	1.180.930.614	1.209.385.200	1.282.103.011	1.287.475.809
ВКУПНО ОПШТИ БОЛНИЦИ	1.968.093.718	2.264.952.790	2.554.657.933	2.566.230.117
ВКУПНО СПЕЦИЈАЛНИ БОЛНИЦИ	1.328.185.171	1.370.876.798	1.494.319.118	1.463.214.822
ВКУПНО ЗДРАВСТВЕНИ ДОМОВИ И СТАНИЦИ	2.181.022.349	2.115.751.317	2.082.246.622	2.076.402.852
ВКУПНО МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ И ИНСТИТУТИ	184.770.761	256.382.421	393.606.692	481.693.459
ВКУПНО ЦЕНТРИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ	165.715.682	145.370.077	196.566.307	195.822.062
ВКУПНО ЗА СИТЕ ЈЗУ	10.877.057.440	11.301.599.064	12.265.543.220	12.287.428.203

Извор: База на податоци на ФЗОМ

Од табелата бр. 61 се гледа дека најголемиот приход кој го има дистрибуирано ФЗОМ на јавните здравствени установи, во 2012 година отпаѓа на терцијарната здравствена заштита (Универзитетските клиници), во вкупен износ од 4,2 милијарди денари; потоа кај општите болници во износ од 2,6 милијарди денари, ЈЗУ здравствените домови со 2 милијарди денари и специјалните болници со околу 1,5 милијарди денари.

Покрај приходите од ФЗОМ, јавните здравствени установи остваруваат приходи и по други основи, класифицирани како сопствени приходи. Во табела

бр. 62 се прикажани сопствените приходи кои ги оствариле јавните здравствени установи во периодот од 2009 до 2012 година.

Табела бр. 62 - Сопствени приходи на ЈЗУ

ВИД НА ЈЗУ	2.009	2010	2011	2012
ВКУПНО КЛИНИКИ	714.314.651	542.597.000	531.628.271	457.488.569
ВКУПНО ЗА КЛИНИЧКИ БОЛНИЦИ	159.838.386	133.182.000	155.214.398	138.830.800
ВКУПНО ОПШТИ БОЛНИЦИ	300.204.806	256.700.000	335.680.735	329.531.805
ВКУПНО СПЕЦИЈАЛНИ БОЛНИЦИ	364.975.000	258.414.000	295.483.448	275.065.611
ВКУПНО ЗДРАВСТВЕНИ ДОМОВИ И СТАНИЦИ	384.934.000	336.377.000	377.361.630	341.568.813
ВКУПНО МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ И ИНСТИТУТИ	238.712.000	246.267.000	296.330.956	348.645.681
ВКУПНО ЦЕНТРИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ	350.525.000	313.787.000	356.341.507	339.540.367
ВКУПНО ЗА СИТЕ ЈЗУ	2.513.503.843	2.087.324.000	2.348.040.943	2.230.671.645

извор: База на ФЗОМ

Од табела бр. 62, каде се прикажани приходите што јавните здравствени установи ги остваруваат како **сопствени приходи** од 2009 година во кои се опфатени партиципацијата, приходите од МЗ по основ на програмите, плаќањата за извршени приватни услуги на пациентите, може да се забележи дека **има тренд на намалување** (освен во 2011 во споредба со 2010).

Расходи кои ги прават јавните здравствени установи

Во процесот на давање здравствена грижа, јавните здравствени установи прават расходи по различни основи. Во табела бр. 63 прикажан е преглед на вкупните расходи, по видот на расходите кои се направени во текот на 2009, 2010, 2011 и 2012 година.

Табела бр. 63 - Преглед на вкупни расходи и расходи по видови на расходи за период 2009-2012 година

	2009	2010	2011	2012
ВКУПНИ РАСХОДИ	14.240.456.000	13.835.442.218	14.358.624.850	14.524.598.565
ПЛАТИ	7.661.236.000	7.364.956.316	7.205.711.038	7.207.329.002
КОМУНАЛНИ УСЛУГИ	812.691.000	898.055.615	1.119.025.832	1.251.127.943
ЛЕКОВИ И МЕДИЦИНСКИ ПОТРОШЕН МАТЕРИЈАЛ	3.160.662.000	3.606.534.256	4.569.989.505	4.316.254.056
ОСТАНАТИ РАСХОДИ	2.605.867.000	1.936.091.544	1.463.898.473	1.749.887.565

Извор: База на податоци на ФЗОМ

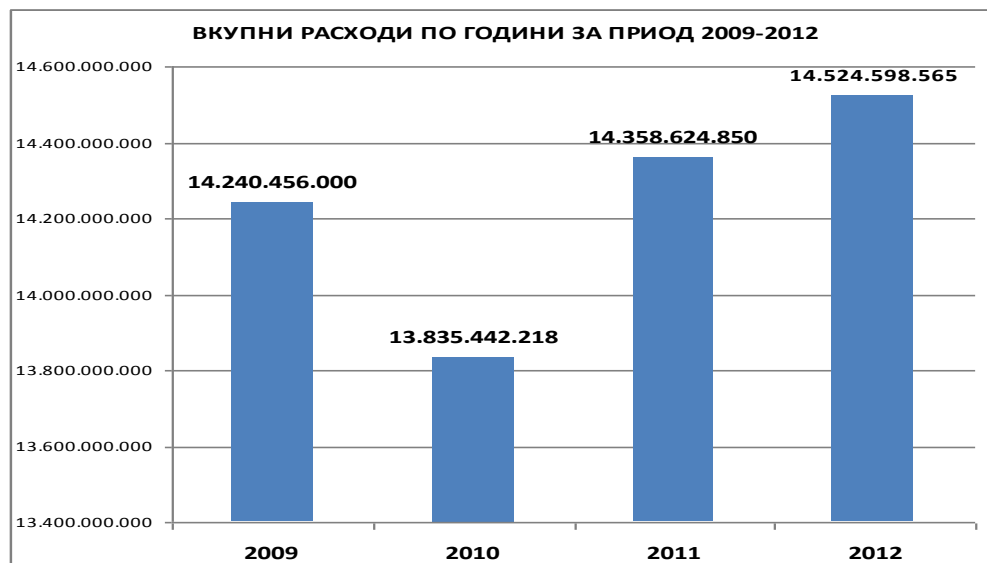
Од табелата бр. 63 се гледа дека најголеми расходи во јавните здравствени установи во 2012 година се расходите за плати и надоместоци од плати во вкупен износ од 7.207 милијарди денари или со учество во вкупните расходи од 49,6%, потоа следат расходите за платени лекови и медицински потрошни материјали во износ од 4.316 милијарди денари или со учество во вкупните расходи од 29,7%, потоа се расходите за комунални услуги со 8,6% и останатите расходи со 12,5% од вкупните расходи.

Иако најголем дел од средствата на приходите јавните здравствени установи ги користат за покривање на платите на вработените, сепак тие бележат намалување. Намалувањето на расходите за плати во 2012 година се должи на намалување на бројот на вработените по основ на пензионирање и заминување на лекарите во другите приватни болници. Намалувањето на плати е најизразено во 2011 година.

По платите, платените средства за лекови и медицински потрошни материјали се следната најголема ставка во структурата на расходи на јавните здравствени установи. Овие расходи во периодот од 2009 до 2012 година се зголемуваат секоја година во споредба со претходната, освен во 2012 кога споредбено со 2011 година трошоците за лекови и медицински материјали се во помал износ. Но генерално, расходите за лекови и медицински материјали во 2012 година, споредбено со 2009 година бележат пораст од 1,15 милијарди денари односно 36,6%.

Намалувањето во 2012 во однос на 2011 година може да се смета дека се должи на воведување на единствени цени на лекови во РМ. Платените средства за лекови и медицински потрошни материјали (расходи) во вкупните расходи во 2012 година учествуваат со 29,7%

Дијаграм бр. 23 - Вкупни расходи на јавните здравствени установи по години



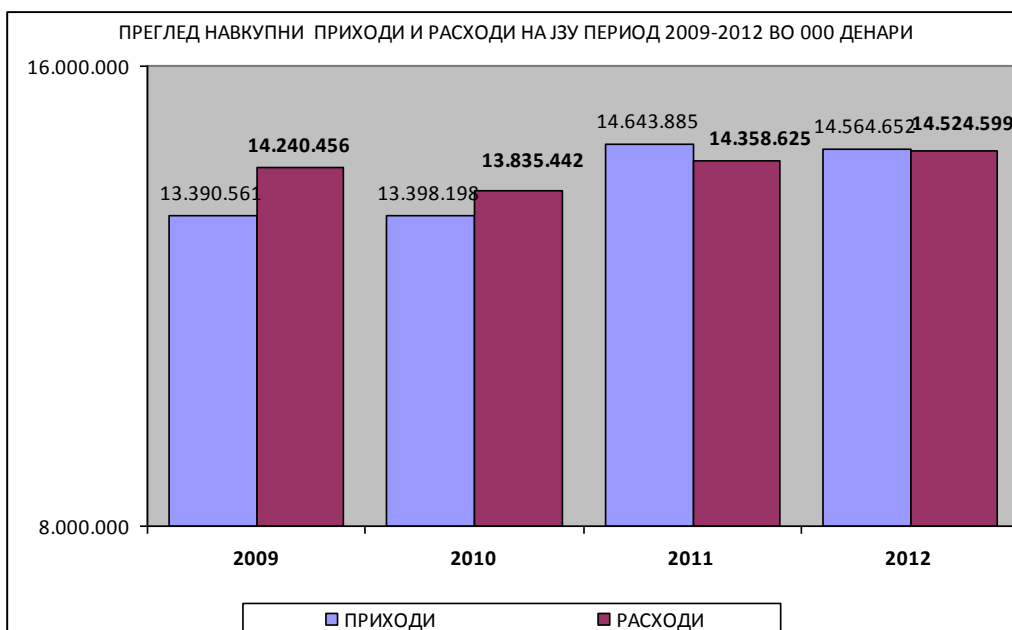
Од дијаграмот бр. 23 се гледа дека вкупните расходи остварени во 2012 година, во однос на 2009 година бележат пораст од 2% или зголемување на расходот за 284 милиони денари.

И покрај тоа што наведените одредби важат за сите здравствени установи, сепак постои значителна разлика во поглед на остварувањето и располагањето со средства. Како што веќе е споменато, секоја здравствена установа прави план за видот и обемот на здравствените услуги, кој треба да биде усогласен со буџетот на установата, кој пак го одобрува Фондот за здравствено осигурување на РМ.

Со средствата кои ги добиваат од ФЗОМ, јавните здравствените установи располагаат самостојно. Тие самостојно ги планираат здравствените услуги во согласност со своите просторни, кадровски и финансиски капацитети со што треба да обезбедат квалитетно и економично работење. Исто така, ги планираат приходите и расходите, при што е потребно да се обезбеди рационално трошење на средствата и намалување на непродуктивните трошоци. Но и покрај сите заложби за рационално трошење на средствата, дел од здравствените установи не успеваат да ги покријат расходите во однос на приходите.

Во продолжение на оваа анализа направен е преглед на приходите во однос на расходите на јавните здравствени установи. На дијаграмот бр. 24 прикажани се вкупните приходи и расходи на јавните здравствени установи во периодот од 2009 до 2012 година.

Дијаграм бр. 24 - Преглед на вкупните приходи и расходи на ЈЗУ во период 2009-2012 година



Извор: База на податоци ФЗОМ

Од дијаграмот бр. 24, каде се прикажани приходите и расходите во периодот од 2009 до 2012 година, може да се согледа дека расходите во 2009 и 2010 година се поголеми од приходите и тоа за 6,35% во 2009 година, односно за 3,26% во 2012 година, додека во 2011 и 2012 година расходите во однос на приходите се помали и тоа за 1,95% во 2011 година и 0,28% во 2012 година.

Во 2012 година вкупните расходи во однос на приходите се помали за 40 милиони денари.

Табела бр.64 - Приходи и расходи по јавни здравствени установи

ВИД НА ЈЗУ	2009		2010		2011		2012	
	ПРИХОДИ	РАСХОДИ	ПРИХОДИ	РАСХОДИ	ПРИХОДИ	РАСХОДИ	ПРИХОДИ	РАСХОДИ
ВКУПНО КЛИНИКИ	4.582.653.796	5.296.716.000	4.482.360.450	4.926.121.218	4.804.533.110	4.695.094.680	4.695.943.639	4.708.832.618
ВКУПНО ЗА КЛИНИЧКИ БОЛНИЦИ	1.340.769.000	1.344.725.000	1.342.775.680	1.360.037.000	1.437.337.409	1.430.419.349	1.431.407.426	1.431.633.318
ВКУПНО ОПШТИ БОЛНИЦИ	2.268.298.524	2.282.622.000	2.522.764.684	2.302.254.000	2.892.079.377	2.869.134.400	2.896.571.362	2.888.013.254

ВКУПНО СПЕЦИЈАЛНИ БОЛНИЦИ	1.693.160.171	1.734.497.000	1.633.891.979	1.729.073.000	1.792.917.970	1.765.574.214	1.749.439.257	1.747.960.781
ВКУПНО ЗДРАВСТВЕНИ ДОМОВИ И СТАНИЦИ	2.565.956.349	2.594.143.000	2.452.128.317	2.500.328.000	2.459.632.551	2.406.853.319	2.424.492.332	2.417.649.301
ВКУПНО МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ И ИНСТИТУТИ	423.482.761	441.785.000	505.119.887	500.534.000	691.440.236	671.981.285	831.144.678	782.285.860
ВКУПНО ЦЕНТРИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ	516.240.682	545.968.000	459.157.077	517.095.000	565.944.215	519.567.604	535.653.730	548.223.435
ВКУПНО ЗА СИТЕ	13.390.561.283	14.240.456.000	13.398.198.074	13.835.442.218	14.643.884.866	14.358.624.850	14.564.652.423	14.524.598.565

Извор: База на податоци ФЗОМ

Од табелата бр. 64 се гледа дека најголема вкупна разлика помеѓу приходите и расходите имаме во 2009 година, кога расходите се поголеми од приходите за 849,9 милиони денари, потоа во 2010 година, кога исто така расходите се поголеми од приходите за 437,2 милиони денари. Меѓутоа, во 2011 година разликата од 285,2 милиони денари се однесува на поголеми приходи во однос на расходите, што е присутно и во расходите од 2012 година.

Во 2012 година вкупните расходи во однос на приходите за сите ЈЗУ се пониски за 40 милиони денари или за 0,28%. Меѓутоа, согледувањата за 2012 година по видови на ЈЗУ покажуваат дека кај некои видови на ЈЗУ расходите во споредба со приходите се повисоки. Таков е случајот со ЈЗУ Универзитетски клиники, кај кои вкупните расходи се поголеми за 12,9 милиони денари или за 0,27%. Исто така, поголеми расходи од приходи има и кај ЈЗУ Клинички болници за износ од 226 илјади денари или за 0,02%, како и во ЈЗУ Центри за јавно здравје каде расходите се поголеми од приходите за 12,6 милиони денари, односно за 2,35%. Кај сите останати видови на ЈЗУ во 2012 година вкупните расходи се помали од вкупните приходи.

Расходи за здравствени услуги

Согласно Законот за здравствено осигурување, јавните здравствени установи даваат здравствени услуги во согласност со планираниот вид и обем на

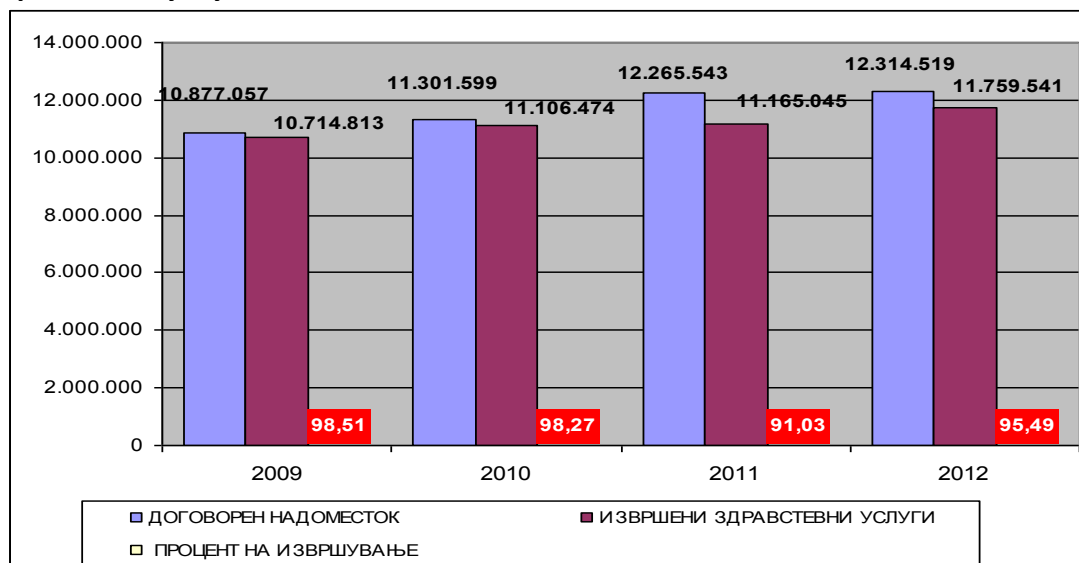
здравствените услуги, за кои имаат склучено договор со ФЗОМ и врз основа на договорената сума прецизирана во склучениот договор, ФЗОМ им исплаќа паричен износ на јавните здравствени установи.

Согласно склучените договори со Фондот, а во рамките на задолжителното здравствено осигурување, јавните здравствени установи во периодот од 2009 до 2012 година во континуитет остваруваат зголемен вид и обем на здравствени услуги, односно вкупната вредност на **фактурираните здравствени услуги** на осигурените лица од година во година е во пораст и тоа: од 10,7 милијарди денари во 2009 година до износ од 11,76 милијарди денари односно бележи пораст за 1,04 милијарди денари или за 9,75%.

Во периодот од 2009 до 2012 година **договорениот надоместок (приходи од Фондот)** бележи континуиран пораст и тоа: од 10.9 милијарди денари во 2009 година до износ од 12,3 милијарди денари што значи дека бележи пораст за 1,44 милијарди денари, односно за 13,2%.

Ова значи дека Фондот вкупно за ЈЗУ обезбедувал поголем износ на финансиски средства во секоја анализирана година, во споредба со вкупниот број фактурирани здравствени услуги од јавните здравствени установи. На дијаграмот бр. 24 прикажани се споредбените податоци на вкупниот договорен надоместок во однос на извршените здравствени услуги на јавните здравствени установи во периодот од 2009 до 2012 година.

Дијаграм бр. 24 - Износ на договорен надоместок во однос на извршени здравствени услуги



Извор: База на податоци ФЗОМ

Од прикажаниот дијаграм бр.24 може да се согледа дека најголем процент на неостварени здравствени услуги во однос на вкупно договорените надоместоци на ЈЗУ има во 2011 година, кога индексот на остварување на вкупно фактурираните здравствени услуги кај ЈЗУ е 91,03%, или неостварени се 8.97%.

Во 2012 година вкупната вредност на фактурирани здравствени услуги изнесува 11,76 милијарди денари и во споредба со вкупниот износ на договорените надоместоци за ЈЗУ, кој изнесува 12,3 милијарди денари, е помал за 554,9 милиони денари или индекс на остварување од 95,49% (неостварено за 4,51%).

За да се добие пореална слика за договорениот надоместок во однос на извршените здравствени услуги, во продолжение ќе се направи анализа на јавните здравствени установи и тоа на: јавни здравствени установи кои фактурираат повеќе од договорниот надоместок и јавни здравствени установи кои фактурираат помалку од договорениот надоместок.

а) Јавни здравствени установи кои оствариле помала вкупна вредност на фактурирани здравствени услуги во однос на договорениот надоместок во 2012 година

Во 2012 година од вкупно 112 јавни здравствени установи, 72 оствариле помала вкупна вредност на фактурирани здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок и тоа, за 950,5 милиони денари или со индекс на остварување од 87,85%.

Табела бр. 65 - Преглед на ЈЗУ по видови кои оствариле помала вкупна вредност на фактурирани здравствени услуги во однос на договорениот надоместок во 2012 година

ВИД НА ЈЗУ	ВКУПЕН договорен надоместок	Вкупно фактурирани здравствени услуги	Разлика помеѓу фактурирани здравствени услуги и договорен надоместок	% фактурирани здравствени услуги/ договорен надоместок	Број на ЈЗУ
ВКУПНО КЛИНИКИ	2.312.758.416	1.959.085.236	-353.673.180	84,71	16
ВКУПНО КЛИНИЧКИ БОЛНИЦИ	1.287.475.807	1.221.171.663	-66.304.144	94,85	3
ВКУПНО ОПШТИ БОЛНИЦИ	1.687.312.805	1.549.823.763	-137.489.042	91,85	9
ВКУПНО СПЕЦИЈАЛНИ БОЛНИЦИ	790.547.778	672.515.054	-118.032.725	85,07	7
ВКУПНО ЗДРАВСТВЕНИ ДОМОВИ	1.203.937.667	994.164.122	-209.773.545	82,58	30
ВКУПНО МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ И ИНСТИТУТИ	462.013.892	409.403.330	-52.610.563	88,61	2
ВКУПНО ЦЕНТРИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ	76.217.377	63.566.825	-12.650.552	83,40	5
ВКУПНО ЗА СИТЕ ЈЗУ	7.820.263.743	6.869.729.992	-950.533.751	87,85	72

Од прегледот прикажан во табела бр. 65 може да се согледа дека најголемо неостварување на видот и обемот на здравствени услуги (вкупно фактурирани здравствени услуги) има кај 16 ЈЗУ универзитетски клиники кај кои вкупно фактурираните здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок се помали за износ од 353,7 милиони денари или индексот на остварување на фактурирани услуги е 84,71%.

Потоа следуваат 30 ЈЗУ здравствени домови кај кои вкупно фактурираните здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок се помали за износ од 209,77 милиони денари или индексот на остварување на фактурирани услуги е 82,58%.

Кај 9 ЈЗУ општи болници вкупно фактурираните здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок се помали за износ од 137,5 милиони денари или индексот на остварување на фактурирани услуги е 91,85%.

Кај вкупно 7 ЈЗУ специјални болници вкупно фактурираните здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок се помали за износ од 118 милиони денари или индексот на остварување на фактурирани услуги е 85,07%.

Помало остварување на вкупно фактурирани здравствени услуги во однос на договорениот надоместок имаат и трите клинички болници во износ од 66,3 милиони денари или индекс на остварување од 94,85%.

Исто така, помало остварување на вкупно фактурирани здравствени услуги во однос на договорениот надоместок имаат и групата Медицински факултет – Институтути и ЈЗУ институтути за износ од 52,6 милиони денари или индекс на остварување од 88,61%.

Помало остварување на вкупно фактурирани здравствени услуги во однос на договорениот надоместок имаат и 5 ЈЗУ центри за јавно здравје во износ од 12,6 милиони денари или индекс на остварување од 83,4%.

б) Јавни здравствени установи кои оствариле поголема вкупна вредност на фактурирани здравствени услуги во однос на договорениот надоместок во 2012 година

Од друга страна, во 2012 година од вкупно 112 јавни здравствени установи 40 оствариле поголема вкупна вредност на фактурирани здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок и тоа, за 422,6 милиони денари или со индекс на остварување од 109,46%.

Табела бр. 66 - Преглед на ЈЗУ по видови кои оствариле поголема вкупна вредност на фактурирани здравствени услуги во однос на договорениот надоместок во 2012 година

ВИД НА ЈЗУ	ВКУПЕН договорен надоместок	Вкупно фактурирани здравствени услуги	Разлика помеѓу фактурирани здравствени услуги и договорен надоместок	% фактурирани здравствени услуги/ договорен надоместок	Број на ЈЗУ
ВКУПНО КЛИНИКИ	1.903.830.653	2.151.436.625	247.605.971	113,01	13
ВКУПНО ОПШТИ БОЛНИЦИ	878.917.310	894.730.045	15.812.735	101,80	4
ВКУПНО СПЕЦИЈАЛНИ БОЛНИЦИ	672.667.036	747.124.675	74.457.639	111,07	9
ВКУПНО ЗДРАВСТВЕНИ ДОМОВИ	872.465.179	932.326.338	59.861.159	106,86	7
ВКУПНО ЦЕНТРИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ	139.284.251	164.193.328	24.909.077	117,88	7
ВКУПНО ЗА СИТЕ ЈЗУ	4.467.164.430	4.889.811.011	422.646.580	109,46	40

Извор: База на податоци на ФЗОМ

Од прегледот во табела бр. 66 може да се согледа дека најголемо остварување на видот и обемот на здравствени услуги (вкупно фактурирани здравствени услуги) има кај 13 ЈЗУ универзитетски клиници кај кои вкупно фактурираните здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок се поголеми за износ од 247,6 милиони денари или индексот на остварување на фактурирани услуги е 113,01%.

Потоа следуваат 30 ЈЗУ специјални болници кај кои вкупно фактурираните здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок се поголеми за износ од 74,5 милиони денари или индексот на остварување на фактурирани услуги е 111,07%.

Кај вкупно 7 ЈЗУ здравствени домови вкупно фактурираните здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок се поголеми за износ од 59,86 милиони денари или индексот на остварување на фактурирани услуги е 106,86%.

Кај 4 ЈЗУ општи болници вкупно фактурираните здравствени услуги во однос на утврдениот договорен надоместок се поголеми за износ од 15,8 милиони денари или индексот на остварување на фактурирани услуги е 101,80%.

Поголемо остварување на вкупно фактурирани здравствени услуги во однос на договорениот надоместок имаат и 5 ЈЗУ центри за јавно здравје, Институтот за јавно здравје на Република Македонија и Институтот за медицина на труд во износ од 24,9 милиони денари или индекс на остварување од 117,88%.

Потребата од детална анализа на приходите и расходите на јавните здравствени установи се наметна за да се добие реална слика за тоа како се финансираат здравствените установи и за какви потреби се трошат средствата што се издвојуваат за непречено одвивање на здравствената заштита.

Како што е прикажано во оваа докторска дисертација приходите, јавните здравствени установи ги добиваат за извршени здравствени услуги. Сите здравствени услуги кои се даваат во системот на здравствена заштита имаат своја цена која е утврдена од страна на ФЗОМ.

Согласно Законот за здравствено осигурување, ФЗОМ утврдува методологија за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во

специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, како и референтни цени на услугата.

Референтните цени се изготвени според Методологијата донесена од страна на Управниот одбор на Фондот во 2008 година за болничките услуги и новата Методологија донесена во 2012 година за амбулантните услуги.

Методологијата за утврдување на референтните цени се однесува на сите видови здравствени услуги како целосно завршени здравствени услуги, опфатени со основниот пакет на услуги од задолжителното здравствено осигурување.

За утврдување на референтните цени на глобално ниво се тргнува од трошоците потребни за извршување на услугите во здравствените установи, врз основа на анализи на трошоци, како и од расположливите средства во Буџетот на Фондот за здравствено осигурување на Македонија утврдени за таа намена.

Референтната цена претставува цена на пакетот, односно на здравствена услуга како завршена епизода на лекување, во која се опфатени трошоците на трудот на тимот што учествува во давање на здравствените услуги врз основа на просечното времетраење на пакетот, лековите, медицинско-потрошните материјали, режиските трошоци и други трошоци кои произлегуваат од извршените здравствени услуги.

Утврдени се вкупно 7 пакети во примарна здравствена заштита; околу 1.400 пакети на завршени епизоди на лекување и завршени услуги во специјалистичко-консултативна здравствена заштита, над 680 ДСГ услуги во болничка здравствена заштита, околу 23 пакети за дневни болници и останати болнички случаи што не се по ДСГ метода.

Процесот на изработка на референтните цени на здравствени услуги е континуиран процес во зависност од потребата за воведување на нови пакети или услуги со воведување на нови методи и нова техника во здравството, како и потребата од ревидирање на веќе утврдените референтни цени во одредени периоди, во зависност од промената на вредностите на калкулативните елементи.

Почетоците на системот за утврдување на референтни цени на поединечни амбулантни здравствени услуги и замена на стариот ценовник за здравствени услуги започнува уште од 2007 година кога се усвоени цени само за одредени

дејности. Овој процес зема поголем замав во текот на наредните години, особено во 2009 година кога се донесени ДСГ референтните цени за болничка здравствена заштита за акутни болнички случаи и во 2010 и 2011 година кога се утврдени пакетите на завршени епизоди на лекување во специјалистичко-консултативна здравствена заштита за сите дејности, како и пакетите за примарна здравствена заштита (за итна медицинска помош, домашно лекување, дежурна служба, систематски прегледи и др.).

Покрај референтните цени во специјалистичко-консултативната здравствена заштита, воведени се и пакети со референтни цени за дневните болници и за останатите болнички здравствени услуги за хоспитализирани случаи кои не се искажуваат по ДСГ методата (за хронични болни и за медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување).

5.2. Креирање на систем заснован на вредности - идентификување на слабостите и можностите, проценка и препораки

Македонскиот здравствен систем има солидна основа за успешен здравствен систем кој ќе се темели на вредности. Имено, сите граѓани на Република Македонија се здравствено осигурени и го остваруваат правото на лекување по сопствен избор во установите од примарно, секундарно и терцијарно ниво. Три клучни области се пресудни за успешно реформирање на здравствениот систем и тоа: здравственото осигурување и пристапот до него, покривањето на здравствените услуги и испораката на здравствената грижа. Македонија ги исполнува првите две, но тие не се доволни за да се изгради здравствен систем кој ќе се заснова на вредност. Иако се направени сè уште се прават бројни реформи во здравствениот систем, тоа ни укажува на фактот дека треба да постои сеопфатна стратегија за реформи во здравствениот систем која во овој момент недостасува.

Првиот чекор кон кој треба да се пристапи за успешно реформирање на здравствениот систем е зголемување на вредноста за пациентите и креирање на здравствен систем кој ќе ја зголемува вредноста.

Разработувајќи ги принципите и стратегиите во првата глава на оваа докторска дисертација, истите нè упатуваат да размислуваме дека проблемите во македонскиот здравствен систем и неуспехот да се создаде систем кој ќе ја зголемува вредноста за пациентите се должат на несоодветна организациона структура, менаџмент и непостоење на конкуренција меѓу давателите на здравствени услуги коишто пак придонесуваат да се разминуваат со вистинските потреби на пациентите. Она што недостасува во македонскиот здравствен систем е мерењето на исходот од лекувањето што пак ги намалува шансите да се подобрува исходот од лекување, а со тоа да се намалат и трошоците. Непостоењето на мерни инструменти го отежнува подобрувањето на исходот бидејќи сите мислат дека она што го прават е совршено и не се тежнее кон подобрување на исходот од лекување. Подобрениот исход од лекување ги намалува трошоците, но и ја зголемува довербата на пациентот. Од ваквиот начин на воспоставување на реформите во здравствениот систем корист ќе имаат сите учесници. Пациентите ќе бидат задоволни бидејќи ќе добиваат онолку здравствена грижа колку што им е потребно, лекарите ќе ги унапредуваат своите вештини осознавајќи како да го подобрат исходот од лекувањето воспоставувајќи размена на искуства со други даватели на здравствени услуги со соодветна или слична патологија. Креаторите на здравствена политика исто така ќе бидат задоволни бидејќи трошоците значително ќе се намалуваат и нема да им создаваат главоболка околу распределбата на буџетите.

За да се добие претстава за здравствениот систем во Република Македонија и можностите за примена на принципите и стратегиите што се разработени во првата глава, во оваа глава се прави обид истите да се применат во здравствениот систем на Република Македонија. За таа цел во првиот дел од оваа глава се направи краток преглед на системот на здравствено осигурување, како се финансира македонскиот здравствен систем, како се испорачува здравствената грижа и како се плаќаат здравствените услуги. Ваквиот преглед се направи со цел да се идентификуваат проблемите за да може да се дадат препораки кои произлегуваат од сеопфатната рамка која беше обработена во првата глава. За да се доближиме до проблемите беше неопходно да се користат базата на податоци и годишните извештаи на ФЗОМ, како и следењето на

законската регулатива (законите кои се поврзани со здравствената заштита, правилниците и одлуките).

Ваквата анализа е направена со цел да се согледа зошто македонскиот здравствен систем не успева да ја максимира вредноста за пациентите. Еден од наједноставните одговори е дека пациентите не го заземаат централното место, ниту пак давателите се фокусирани кон подобрување на исходот од лекување. Сегашната структура и организација на здравствениот систем ја уништува вредноста за пациентите бидејќи ФЗО ги гледа давателите на здравствени услуги како трошковни пунктови обидувајќи се на било каков начин да извршат притисок за да ги намалат трошоците, а притоа не водејќи сметка за исходот од лекувањето на осигурениците. Давателите на здравствени услуги пак во обид да обезбедат приход за болницата, ги прошируваат услугите и ги префрлуваат трошоците на друга здравствена установа, а притоа не создаваат вредност за пациентите туку истата ја намалуваат, а пациентите не успеваат вистински да бидат вклучени во грижата за нивното здравје. Со вакви проблеми не се соочува само македонскиот здравствен систем, вакви проблеми имаат речиси сите земји во светот без разлика дали станува збор за развиени или за неразвиени земји.

5.2.1. Преглед на клучните проблеми со кои се соочува македонскиот здравствен систем

Клучниот проблем со кој се соочува македонскиот здравствен систем е организациската структура на давателите на здравствени услуги. Сегашната структура и организација на давателите на здравствени услуги се базира на специјалноста на лекарите и на обезбедувањето здравствени услуги, но не и на потребите на пациентот. Како што веќе беше објаснето, здравствената грижа треба да биде организирана според потребите на пациентот и тоа за целиот циклус на здравственото лекување. Во македонскиот здравствен систем сите здравствени установи се организирани според функционалност или според специјалност. Не постојат интегрирани тимови кои ќе ја преземат и кои ќе ја сносат целата одговорност за здравствената грижа на пациентот, напротив, пациентите се принудени сами да ја координираат својата болест. Болниците се

поделени по специјалностите на лекарите и нивните клинички специјалности и често се натпреваруваат за пациентите.

Недостатокот на интегрирани единици најдобро се објаснува со следење на пациент кој има потреба од повеќе здравствени услуги истовремено. Причината за повеќе здравствени услуги истовремено произлегува од повеќе медицински состојби кои можат, но и не мора да бидат поврзани. Така, пациентот може да има потреба од хируршка интервенција како резултат на некоја трауматолошка повреда, а потоа како резултат на повредата можно е да се појават проблеми со циркулацијата, за што се потребни лекари од друга специјалност. Оттука, како резултат на повредата можни се залутани тромби на белиот дроб или на мозокот, при што е потребен сосема поинаков третман и испитувања. Сите симптоми и заболувања се меѓусебно поврзани, но специјалноста на лекарите во ниту еден момент не е целосна за да ги покрие медицинските состојби во кои се наоѓа пациентот. Секој доктор има свој удел и свој придонес за одредена проблематика, но никогаш тоа не е во целост. Лекарите често бараат конзилијарни мислења од друга специјалност, но тие се спроведуваат или предоцна или некомплетно. Во ваков случај пациентот сам ја координира својата здравствена состојба.

Отпорноста на промени која е присутна во сите сегменти на живеењето, па и во здравствениот систем, несигурноста поради недостатокот на мерни инструменти и системот на наплата кој повеќе го вреднува обемот на здравствените услуги, отколку исходот од лекувањето, придонесуваат давањето здравствена грижа на пациентите да биде организирано на ваков начин.

Проблемот произлегува од организациската структура на здравствениот систем кој е организиран од аспект на функционалност. Персоналот е организиран во сектори во кои се отсликуваат традиционалните медицински специјалности, како што се радиологија, хирургија, интерна медицина, кардиологија, анестезиологија и истите овие сектори имаат, на пример, заеднички делови како што се операциона сала, лабораториски услуги, интензивна нега, итн. Како што беше елаборирано во глава 1, овој вид организациска структура е карактеристична за организација која се темели на понудата, всушност каде што организацијата се врши врз база на работната сила и

на расположливите капацитети. Оваа организациска структура одамна е напуштена во сите индустрии и вниманието е свртено кон организациската структура во која централното место го зазема потрошувачот. Затоа, и во здравството, традиционалната организациона структура мора да се реорганизира во правец на медицинско интегрирање, за грижа кон пациентите. Воспоставување на интегрирани единици во македонскиот здравствен систем, кои во својата структура ќе ја опфаќаат целата медицинска состојба, а не само одделни интервенции, третман или тест, се смета за вистинско решение за надминување на проблемот.

Еден од проблемите со кој се соочува македонскиот здравствен систем е и големиот број услуги од голем број даватели на услуги

Здравствениот систем во Македонија е организиран од многу даватели на здравствени услуги кои работат од сè по нешто. Покрај јавните здравствени установи во Македонија постојат и приватни здравствени установи кои меѓусебно не се дополнуваат, туку постои паралелен здравствен систем и здравствената заштита се извршува и во приватниот и во јавниот сектор. Иако постојат голем број здравствени услуги кои се нудат, кај установите не постои тенденција на затворање, туку постојано се отвораат нови (од почетокот на годината е излезена мрежата на здравствени установи со која се ограничува неконтролираното отворање и ширење на услугите).

Поради тоа што, како што споменавме, исплатата од ФЗОМ е навистина несоодветна, или е многу висока или е многу ниска, па менџерскиот тим на болниците се обидува да извлече повеќе пари од ФЗО со тоа што го прошируваат опсегот на услугите. И покрај добрата инфраструктура која овозможува полесно движење на пациентите од едно до друго место, сепак навиката да се направи здравствената услуга во местото на живеење ја отежнува ситуацијата на здравствените власти да одобруваат здравствени услуги кои се неоправдани и прават огромни трошоци за нивно спроведување, а истите тие можат да се остварат само на 20 км од местото на нивното живеење, но не и во нивниот град.

Нареден проблем со кој се соочува македонскиот здравствен систем е непостоењето на мерни инструменти со кои ќе се следат исходите од лекувањето и трошоците.

Македонскиот здравствен систем како и во многу други земји во светот има сериозен недостаток од непостоење на мерни инструменти со кои ќе се измери исходот од лекување и трошоците направени за лекување на една медицинска состојба (болест). Овој недостаток на здравствениот систем го оневозможува формирањето здравствен систем базиран на вредност. Она што секогаш се потенцира при вакви недостатоци, е прашањето што ќе се подобрува како резултат на нешто што не е добро. Мерењето не е само инструмент кој треба да го мери исходот од лекување во една болница, туку голем акцент се става и врз споредувањето на резултатите со други болници со иста или со слична патологија. Само транспарентните податоци можат да придонесат за подобрување на исходот од лекување на пациентот, но за тоа мора да се изврши мерење, инаку без мерење нема ни што да се подобрува.

Во Германија, на пример, 67% од лекарите сметаат дека нивните пациенти добиле соодветна дијагноза или третман. Но, тоа е само нивна претпоставка која не е поткрепена со ништо освен со нивно лично мислење и убедување. Наместо мерење на исходот од лекувањето, спроведуваме мерење за задоволството на пациентите, подобрување на однесувањето на лекарот со пациентот, и достапноста на опремата. Иако Македонија е меѓу ретките земји во која не постојат долги листи на чекање сепак тоа не значи дека испораката на здравствените услуги е во корист на пациентите. Но, покрај мерењето на вредноста, неопходен е и механизам за мерење на трошоци за да се создаде здравствен систем заснован на вредности. Во рамките на македонскиот здравствен систем не постои систем кој ќе ги следи трошоците. Како што видовме во делот на пресметка на трошок за пациент во македонскиот здравствен систем воопшто не постои систем за следење на трошоците, туку трошокот се поистоветува со цената што се наплатува од пациентот или пак од ФЗОМ. Како резултат на немање механизам за следење на трошоците и давателите на здравствените установи всушност не знаат колку ги чини услугата која од нив ја купува ФЗОМ. Системот кој се користи во сметководствената евиденција на

давателите на здравствени услуги ги евидентира сите доспеани и недоспеани обврски и прави споредба со приходот кој го добива од ФЗОМ. Од ваквата евиденција не може да се има сознание колкав е вистинскиот трошок за една услуга што ја нуди болницата. Секогаш се тргнува од претпоставката дека тоа се јавни здравствени установи и дека тие не треба да водат сметка за трошоците кои се прават за извршување на соодветната услуга туку дека едноставно истата мора да биде дадена, бидејќи пациентот има потреба од неа. А дали истата услуга може да се добие од друг давател на здравствени услуги, никогаш не било предмет на анализа.

Сегашниот систем на финансирање на здравствените установи од страна на ФЗОМ е врз принципот на купување на здравствени услуги и врз основа на планот за вид и обем на извршени здравствени услуги. До воведувањето на ДСГ, како метод на плаќање во македонскиот здравствен систем се применуваше наплата по извршена услуга или по престој во болница што значи се оставаше можност да се прават повеќе услуги и повеќе болнички денови за да се добијат повеќе пари од ФЗОМ. Но ваквиот начин на размислување потекнува од фактот дека никој не води сметка за трошокот кој се прави па според тоа и ваквото размислување било оправдано. Од почетокот на 2008 година започна воведувањето на ДСГ системот за наплата при што се групираа болестите според нивната сродност и се овозможи некакво израмнување на цените кои досега се исплаќаа на здравствените установи. Исплата по методот ДСГ бара план за нивно остварување и врз основа на тој план се одобруваат буџети на почетокот на годината. Она што навистина загрижува е следењето на бројките кои се планирани и силните притисоци истите да се реализираат. Ова укажува на фактот дека плаќањата за извршените здравствени услуги се вршат според обемот, а не според постигнатиот исход од лекување. Од аспект на вредноста за пациентот, процесот на ДСГ е многу тесен и не го опфаќа целиот циклус на здравствено лекување, туку само една одредена интервенција која пак не оди во прилог на зголемување на вредноста за пациентите. Што се однесува пак до моделот на амбулантните пациенти каде се применува модел на завршена епизода на лекување, проблемот не е поразличен од ДСГ бидејќи и овој модел е приспособен само на една здравствена интервенција, а не на целиот циклус на здравствено лекување. И во овој модел на наплата на здравствени услуги постојат

комбинации од здравствени услуги кои се даваат на пациентот, така што пациентот треба да го добие целиот пакет на здравствена услуга без разлика на тоа дали му се потребни сите анализи или не. И во овој случај се цени обемот на здравствената услуга која се дава, а не исходот од лекување така што исплатата се врши врз основа на обемот кој е остварен наместо врз основа на постигнатиот исход од лекување.

Нареден голем проблем со кој се соочува македонскиот здравствен систем е непостоење на конкуренција која се базира на вредност.

Постоењето и на приватен сектор, т.е. постоењето на повеќе ентитети на еден пазар е одличен потег за добар натпревар помеѓу нив, а со тоа и подобрување на услугата која се нуди. Но, во македонскиот здравствен систем тоа не е така, не постои конкуренција меѓу ентитетите, т.е. постои нулта конкуренција која ја уништува вредноста, а не ја создава. Приватните здравствени установи тежнеат да работат со пациенти кои не се високо ризични, а штом состојбата на пациентот се влоши тогаш веднаш се препраќа на повисоко ниво на здравствена грижа во јавниот сектор каде што секој пациент мора да биде згрижен.

Вака концептираниот систем доведува до нулта конкуренција меѓу давателите на здравствени услуги. Имено, ФЗОМ плаќа услуги кои се многу скапи, а истите можат да се добијат по многу пониска цена и со пониски трошоци од друг давател на здравствени услуги. Имено, секоја една болница може да ја шири својата палета на услуги без притоа да направи проценка дали истата услуга може да ја набави од друга здравствена установа по многу пониска цена.

Имено, како што веќе спомнавме секоја здравствена установа не може да ги дава сите услуги кои се потребни за да се опслужи пациентот. Секоја здравствена установа мора да соработува со останатите здравствени установи за да го дадат најдобриот исход на лекување по најниска цена. Но тоа не е така, па на пример, клиниката за уво нос и грло плаќа поскапа анестезија, а истата може да ја снабди од специјализираната клиника за реанимација. Ова е поради малиот обем на операции (мал број во однос на специјализираната клиника за реанимација) и високата цена која ја добива за набавка на мала количина на средства за анестезија. Но и покрај ваквите сознанија ФЗОМ нема моќ да ја

спречи клиниката и понатаму да ја прави истата грешка, бидејќи таа не прави долгови и не претставува поле на интерес.

Еден од проблемите со кој се соочува македонскиот здравствен систем е пресметката на цената на услугата од страна на ФЗОМ по методологија која е карактеристична за индустријата каде постои конкуренција.

Пресметката на цената е направена по методот „од најниско ниво кон врвот“ и како таква се применува во гранките каде што постои конкуренција. Здравствениот систем не е концепиран на вредности, не постои конкуренција, а сепак користиме методологија на пресметка на цени која е карактеристична за здравствени установи каде постои конкуренција меѓу ентитетите.

Еден голем проблем со кој се соочува македонскиот здравствен систем е и фрагментација на пациентите како резултат на фрагментацијата на услугите.

Ако се анализираат дијагнозите поврзани со белодробната патологија од аспект на даватели на здравствени услуги и пациенти, ќе се заклучи дека една ДСГ услуга се дава од голем број даватели на здравствени услуги и тоа во радиус од 1 км (сите установи се врвни установи на терцијарно ниво и се наоѓаат во кругот на клиничкиот центар, освен болницата „8 Септември“), што укажува на фактот дека постои голема фрагментација на услугите, но и на пациентите.

Табела бр.67 - (Дијагностички сродни групи) ДСГ услуги по клиници и по број на пациентит

ДСГ	ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА ИНФЕКТИВНИ И БОЛЕСТИ И ФЕБРИЛНИ СОСТОЈБИ СКОПЈЕ	ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА КАРДИОЛОГИЈА СКОПЈЕ	ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА ПУЛМОЛОГИЈА И АЛЕРГОЛОГИЈА СКОПЈЕ	ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА ТОКСИКОЛОГИЈА СКОПЈЕ	ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА ТОРАКАЛНА И ВАСКУЛАРНА ХИРУРГИЈА СКОПЈЕ	ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ПО ХИРУРШКИ БОЛЕСТИ СВ. НАУМ ОХРИДСКИ СКОПЈЕ	ЈЗУ ГРАДСКА ОПШТА БОЛНИЦА 8 МИ СЕПТЕМВРИ - СКОПЈЕ	ЈЗУ ИНСТИТУТ ЗА БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛУВАЊА И ТУБЕРКУЛОЗА СКОПЈЕ	ВКУПЕН БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ И ПО ДИЈАГНОЗИ
E02C			21		13		1	10	45
E41Z	55		16						71
E61A		17	2				1	2	22
E61B	1	35	31				7	5	79
E62A	13		18		5		3	61	100
E62B	271		60	14	9		91	59	504
E62C	299		44	15	15	1	159	58	591
E64Z	1		6	1		1	57	3	69
E65A	1		354				67	315	737
E65B	1		78	22	1		274	81	457
E66B					7	23			30
E66C					8	17	5		30

E68Z					132	3	5	2	142
E69A			78				6	22	106
E69B	6		124	2			45	13	190
E69C	9		55	3			21	5	93
E71B			109		8		21	45	183
E71C	1		258	4	5	2	60	21	351
E73B	1		9		6	1	1	4	22
E73C	5		23	1	73	3	11	8	124
E74A	1		7				2	3	13
E74B	2		18	1	1		2	2	26
E74C	3		6				2	3	14
E75A	1		4	3			13		21
E75B			14	1		2	23		40
E75C	1		41	1	1	1	30		75
F61Z	12	8					2		22
F62A	3	21					1	15	40
F62B		211		2			185	28	426
F63A		2		2			4		8
F63B		12		6	1	6	33		58
F65A		6		2	14	7	3		32
F65B		33		1	39	47	45		165

Извор: База на податоци ФЗОМ

Од табелата бр.67 може да се заклучи дека една иста услуга се дава од повеќе даватели на здравствени услуги, а во анализираниот случај, може да се забележи дека постојат даватели на здравствени услуги кои ја даде услугата помалку од 5 пати, па дури и еднаш во текот на годината. Ваквиот пристап, ја оневозможува економијата од обем, го оневозможува искуството на лекарите и ги зголемува трошоците за набавка на ресурси (работна сила, опрема лекови и медицински материјали). Иста е сосотојбата и во градовите низ Македонија. Во табелата бр. 68 се прикажани истите дијагнози, но од други даватели на здравствени услуги кои се наоѓаат на целата територија на Република Македонија.

Табела бр. 68 - (Дијагностички сродни групи) ДСГ дијагнози по градови

ДСГ	јзу клиничка болница битола	јзу клиничка болница тетово	јзу клиничка болница штип	јзу општа болница велес	јзу општа болница гевгелија	јзу општа болница гостивар	јзу општа болница дебар	јзу општа болница кавадарци	јзу општа болница кичево	јзу општа болница кочани	јзу општа болница куманово	јзу општа болница охрид	јзу општа болница прилеп	јзу општа болница струга	јзу општа болница струмица	јзу завод за превенција, лекување и рехабилитација на белодробни забол, отешево	јзу завод за превенција, лекување и рехабилитација на кардио.з аболувања охрид	јзу специјална болница за белодробни заболувања и туберкулоза јасеново	јзу специјална болница за белодробни заболувања и туберкулоза лешок	Вкупно
E62A	8	1	7						4	7	1	20	1	1			2	1	53	
E62B	104	39	39	66	16	16	3	9	35	35	166	39	194	31	44	14	1	14	11	876
E62C	134	266	180	411	23	192	64	238	37	172	586	303	389	140	292	62	3	11	45	3.548
E63Z																				0
E64Z	17	32	39	4	10	12	5	1		2	33	11	7	21	33	1	38	7		273
E65A	109	59	43	16	4	21	11	2	36	30	50	16	45	18	31	17	2	519	630	1.659
E65B	316	122	112	83	47	177	184	155	133	94	112	68	62	101	121	132	13	267	107	2.406
E66B		2	6	2	2	2				1	4		7		4					30
E66C		7	11	3	8	3		2		5	5		7		7					58
E67A	1	2		1			1			2			2		1					10
E67B	4	4	10	4	1	1	1		1	3	1		6	5	5					46
E68Z	10	2	5		1	1							6	2	9					36
E69A	55	5	17	1	3	2		1	5	10	4	4	11	2	8	1		33	1	163
E69B	118	121	55	24	13	173	12	85	9	13	71	14	51	30	53	5	1	53	7	908
E69C	82	386	86	67	14	282	87	73	106	103	163	11	52	331	372	12		35		2.262
E70A			8	22			1				2			6	7					46
E70B	1	1	32	53	1	1	3	1	25	38	5		1	24	76					262
E71A	1		1									1	1					2		6
E71B	15	5	14		1	6				3	3	9	13	5	3	1		6		84
E71C	21	1	15	4		2	6	8	1	5	3	5	18	9	7			1		106
E73A											3		1					3		7
E73B	4	3	6			2				4	12	2	2		1	1		2	3	42
E73C	12	14	8	4	2	5	1	5		6	5	6	6	2	18	2	7		2	105
E74C	3	1						1		1	1	1	2	2						12
E75A	3		7				1				1	7		2	2					23
E75B	5	3	4	1		3	1					12	9	3	4					45
E75C	1	6	7	4	1	1	3	2		3		5	2	2	5					42

Од табелата бр. 68 се гледа дека и во овој случај постои фрагментација на услугите и на пациентите, но од оваа анализа може да се заклучи дека сите услуги се даваат на сите нивоа на здравствени услуги. Оваа констатација произлегува од анализираните податоци на Дијагностички сродни групи (ДСГ), по градови и во рамките на клиничкиот центар. ДСГ се концептирани според тежината на компликацијата, па така буквата А, означува катастрофални компликации, буквата Б е дијагноза со тешки или умерени компликации, а буквата Ц ги означува дијагнозите без компликации. Од табелите бр. 67 и бр. 68 се гледа дека сите дијагнози се даваат на сите нивоа на здравствена заштита, па така во рамките на клиничките болници кои се со највисоко ниво на здравствена заштита се даваат услуги без компликации, а и во болниците по градовите кои се на пониско ниво на здравствена заштита се даваат услуги кои се со катастрофални компликации. Ваквиот начин на давање на здравствени услуги не се совпаѓа со концептот на здравствен систем кој треба да се базира на вредност, каде **испораката на вистинска услуга треба да се дава на вистинското место**. Оваа анализа овозможува да се согледа дека димензионираноста на здравствените установи е да лекуваат пациенти во согласност со нивната состојба, пациенти со лесни, тешки и катастрофални компликации. Според редоследот на нештата, лесните компликации треба да се лекуваат на пониско ниво на здравствена заштита, а посложените да се лекуваат на повисоко ниво на здравствена заштита.

Препорака: Воспоставување на мерни индикатори за исходот од лекување и следење на трошоците за исходите од лекување;

Согласно изложените принципи и стратегии понудени во делата на Мајкл Портер за рedefинирање на здравствениот систем ќе се обидеме да дадеме една рамка која ќе биде добра основа за започнување на сериозни промени во здравствениот систем во РМ.

Сега се поставува прашањето што Македонија треба да стори за да креира здравствен систем кој ќе дава услуги со висока вредност. Најпрво, мора да ја дефинира вредноста за пациентот и тоа за секој учесник во системот на здравствена заштита и врз основа на тоа да ги приспособи законските постапки. Системот заснован на вредност е систем кој е организиран за потребите на

пациентот и тоа за целиот циклус на лекување, а не само за една поединечна интервенција. Поделбата меѓу болнички, амбулантни и центри за продолжено лекување полека треба да исчезне и наместо нив да се воспостават интегрирани системи кои ќе се грижат за целиот циклус на лекување на пациентот.

Исходот од лекување треба да се мери за секој пациент и истиот да се прикажува од секој давател на здравствена услуга. Исто така треба да се мерат и трошоците и истите да се споредуваат со исходот од лекување на пациентот. Пациентите ги избираат своите доктори врз основа на мерливи резултати, а лекарите се посветуваат на пациентот околу неговата медицинска состојба (болест). Давателите на здравствени услуги кои покажуваат одлични резултати од своето работење ги привлекуваат пациентите и остануваат на пазарот да го понудат своето искуство, преточено во здравствена услуга, а давателите на здравствени услуги кои не постигнуваат добри резултати во однос на исходот на лекување на пациентите треба да излегуваат од пазарот на давање на здравствени услуги. Најдобрите даватели на здравствени услуги ја шират својата дејност и надвор од границите на земјата и продолжуваат да дејствуваат регионално, па дури и меѓународно. Целта на ваквиот начин на реформирање на здравствениот систем е секој пациент да ја добие најдобрата здравствена грижа.

Како што веќе потенциравме сите учесници во здравствениот систем треба да имаат корист од воспоставувањето на систем заснован на вредности. Иако се чини дека ФЗОМ нема да има никаков удел во ваквиот начин на функционирање, сепак треба да се истакне дека соработката меѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги е многу значајна. ФЗОМ треба да даде огромна поддршка на осигурениците преку информирање за резултатите од работењето на давателите на здравствени услуги, да обезбедува информации за третмани и за услуги кои ги даваат давателите на здравствени услуги и да обезбеди координирана активност меѓу давателите на здравствени услуги. Во новиот систем заснован на вредности пациентите стануваат партнери во градењето на нивното здравје и во давањето здравствена грижа. Владата станува свесна дека единствен начин да го сопре брзиот раст на трошоците на долг рок е да воспостави систем на мерење на исходот од лекување, но и споредување на исходот со трошоците кои се прават за да се постигне посакуваниот исход.

Како што веќе спомнавме, мерењето на исходот и прикажувањето на истиот за секој давател на здравствени услуги, за секоја медицинска состојба и за секој пациент се основа за напредокот на здравствениот систем. Како што веќе видовме во глава број 2, создавањето на мерни индикатори и следењето на хиерархијата на создавање на вредност го подобрува и го унапредува исходот од лекување, а со тоа и вредноста за пациентот. Она што може да се искористи од искуството на развиените земји е какво тело треба да се воспостави за постојано да се следи и мери исходот од лекување. Така, процесот на развој и стандардизација на исходот од лекувањето треба да се надгледува од национално тело кое е независно и кое ги вклучува најдобрите луѓе од сите страни на системот и каде не постои никаков конфликт на интерес. Американскиот институт за медицина (ИОМ) може да послужи како добар пример, потоа Шведската асоцијација на локалната и регионална власт е исто така уште еден пример. Исходот од мерењето во Шведска се собира од бројните епидемиолошки регистри.

Она што мора да се потенцира е дека централниот фокус е насочен кон мерење на исходот од лекување, а не на процесите или структурите на организација.

Во таа насока, потребно е да се развијат индикатори за мерење на исходот од лекување при што, треба да се земат предвид следните општи препораки ¹¹⁹:

- Мерење на исходот од лекување за секоја медицинска состојба или пак за секоја дефинирана група доколку се работи за примарна здравствена заштита;
- Следење на бројните исходи од лекување. Ова значи дека доколку пациентот има и коморбидитетни состојби не може да се следи само една, туку мора да се следат сите, а тоа е исто како и во сите комплексни системи;
- Креирање индикатори кои ќе го опфатат целиот циклус на здравствено лекување, а не само една интервенција. Исходот од лекувањето на

¹¹⁹ (Porter, Michael E and Guth Clemens: Redefining German Health Care, Press Springer, Verlag Berlin 2012, p.223-230)

пациентот е резултат на целокупниот третман кој го добива пациентот за времетраењето на неговото лекување. Овде не треба да се земе предвид само болничкото или амбулантното лекување, туку целиот циклус на лекување и тоа амбулантен третман, болничкиот третман, примањето терапија, процесот на рехабилитација, сè што е потребно за пациентот повторно да се врати во првобитната состојба, т.е. во состојбата пред да настапи болеста.

- Секое мерење на исходот од лекување мора да го содржи и приспособениот ризик. Без вклучување на ризикот мерните резултати нема да бидат валидни и се намалува веродостојноста на податоците. Во глава 2 детално се образложени проблемите кои би можеле да се појават доколку не се земе предвид и ризикот.

Немањето мерни инструменти за мерење на исходот од лекување го посочивме како проблем и недостаток во македонскиот здравствен систем, а истото како проблем го елабориравме и погоре во текстот. За да се надмине овој недостаток ги посочивме општите препораки за воспоставување на мерни индикатори кај секој давател на здравствени услуги, но и за формирање независно тело од најдобрите и најискусните професионалци од областа која се набљудува, кои ќе бидат независни и кои ќе ги воспостават мерните индикатори за целиот циклус на здравствено лекување, а не само на една интервенција. Со воведување на оваа препорака сметаме дека ќе се надминат лошите страни кои произлегуваат од недостатокот на мерни инструменти во здравствениот систем. Мерењето на исходот од лекувањето ќе ги посочува слабостите за кои треба да се превземат соодветни активности за истите да се надминат. Без мерни инструменти овој недостаток не може да се подобрува од причина што никој не знае што е тоа што недостасува.

Покрај мерењето на исходот од лекување потребно е и мерење на трошоците. Како што веќе истакнавме во првата глава каде се елаборираа принципите и стратегиите, вредноста за пациентите се анализира од аспект на исходот на лекување и од аспект на трошоците кои се прават за да се постигне посакуваниот исход. Како резултат на тоа, во системот заснован на вредности не

може да се занемарат и трошоците што се прават за да се постигне исходот од лекување.

Како што веќе објаснивме, при дефинирањето на проблемите со кои се соочува здравствениот систем на Македонија, ФЗОМ ги формира цените на услугите кои ги купува од давателите на здравствени услуги, а давателите на здравствени услуги немаат никаков механизам да ги следат вистинските трошоци и да осознаваат кои се вистинските трошоци за да можат истите да ги коригираат. Давателите на здравствени услуги имаат сметководствени програми каде што се следат приходите од ФЗОМ и сопствените приходи, како и платените фактури, обврските и долговите. Сметководствените системи кои се користат во македонскиот здравствен систем не овозможуваат следење на трошоците, туку само на вкупниот приход и вкупниот расход.

Она што навистина недостасува е анализа на трошоците во однос на исходот од лекување, кој како модел го прикажавме во четвртата глава од оваа докторска дисертација, кој ни помогна да го добиеме вистинскиот трошок по пациент и да ги добиеме вистинските трошоци за лекување на медицинската состојба болест. Споредувањето на исходот од лекување и трошоците ни укажаа на фактот дека вредноста на пациентот може да се зголеми и со помали трошоци. Но за да се спроведе ова, неопходно е воспоставување на обработената методологија во сите здравствени установи во земјата. Од гледна точка на расположливиот кадар кој постои во јавните здравствени установи речиси е невозможно да се воспостави методологија за мерење и за следење на трошоците во однос на исходот од лекување. Оттука, можеби најдобро е да се воспостави независно тело кое ќе биде добро обучено за развојот на методологија за следење на трошоците во јавните здравствени установи. Од личното искуство во процесот на анализа на процесите, за да се пресмета целиот циклус на здравствено лекување, сметам дека е неопходно добро да се познаваат процесите, а по неколку пати да се проверуваат за да се пресмета трошокот по пациент за целиот циклус на лекување на болеста.

Препорака: Воспоставување на интегрирани единици

Организиран здравствен систем во интегрирани единици за медицинска состојба (болест) е следната препорака која произлегува од принципите и од стратегиите кои ги елабориравме во глава 1 од овој труд. Целта на овој труд е да се дадат препораки за формирање здравствен систем кој значително ќе ја подобрува вредноста за пациентот и истовремено ќе испорача здравствени услуги со висока вредност. Формирањето здравствен систем со виски вредности за пациентите е возможно ако испораката на здравствената услуга се темели на медицински состојби - болести како што е дијабетес, бременост, проблеми поврзани со рбетот... Формирањето интегрирани единици го објаснивме во глава 1, и за да тие можат да постојат и да се применуваат во здравствениот систем потребно е да бидат исполнети клучните обележја со кои се карактеризираат овие интегрирани единици. Во продолжение ќе ги посочиме клучните точки кои треба да се исполнат за да функционираат интегрираните единици.

Главни карактеристики на интегрираните единици¹²⁰

1. Организацијата на интегрираната единица треба да биде за медицинската состојба на пациентот или за тесно поврзани медицински состојби;
2. Во единиците треба да работат посветени тимови, мултидисциплинарни тимови кои посветуваат значителен дел од нивното време на соодветната медицинска состојба (болест);
3. Давателите кои се вклучени во лекувањето на медицинската состојба - болест се дел или пак се здружени во заедничката организациска единица, што значи дека и давателите на здравствени услуги кои не се директно вклучени во лекување на медицинската состојба - болест треба да дејствуваат како едно;
4. Треба да се обезбеди цел циклус на лекување на пациентот;
5. Во интегрираните единици треба да бидат опфатени амбулантните, болничките, рехабилитациските центри, како и услугите кои го

¹²⁰ Porter, Michael E and Guth Clemens: Redefining German Health Care, Press Springer, Verlag Berlin 2012 p. 232

помагаат лекувањето (совети за исхрана, социјални работници, здравствено однесување);

6. Единиците треба да вклучуваат едукација на пациентите и нивно следење;
7. Користење на единствена административна и планирана структура;
8. Споделување на ресурси определени за таа цел (за една медицинска состојба);
9. Водени од страна на раководителот на тимот лекари и од здравствениот менаџер кои што ќе ги надгледуваат процесите на нега за секој пациент одделно;
10. Редовни средби и средби по потреба со пациентите за соодветната медицинска состојба;
11. Мерење на исходот од лекување, трошоците и процесите за секој пациент и користење единствен механизам за информираност;
12. Прифаќање заедничка одговорност за исходот и за трошоците;

Интегрираните единици го опфаќаат и медицинскиот и немедицинскиот кадар заедно, сè со цел да се испорача најдобрата здравствена услуга за дадената медицинска состојба. Објаснувајќи ги интегрираните единици читателот не треба да добие впечаток дека тие ќе работат исклучиво само на една медицинска состојба (болест) без притоа да ги земат предвид компликациите и коморбидитетните состојби на пациентот. Дobar пример би била работата на интегрираната единица за медицинска состојба дијабетес која треба да вклучува дијабетолог, ендокринолог, кардиолог, нутриционист и физикална терапија. Со вака поставени вредности, лекарот ќе се награди само ако интегрираната единица постигне успех во испораката на здравствените услуги и ако исходот од лекување не се темели врз видот и врз обемот на здравствени услуги кои се направени за да се постигне посакуваниот исход.

Постоењето на интегрирани единици и стандардизацијата на процесите, т.е. давањето здравствена услуга по моделот на клинички патеки придонесува за намалување на непотребниот обем на здравствени услуги кои вообичаено им се испорачуваат на пациентите со цел да се реализира планот, усогласен со ФЗОМ, по вид и по обем на здравствени услуги или пак со цел да се прикажат повеќе

услуги на сметката за да се зголеми буџетот. Работењето по методот на интегрирани единици води до намалување на непотребните анализи, а со тоа до намалување на трошоците на здравствената установа и на целокупниот трошок на здравствениот систем.

Како што беше прикажано во глава 4 каде што детално ги елабориравме трошоците и местото на нивното настанување, притоа користејќи ја клиничката патека за туберкулоза, видовме дека во патеката точно се специфицирани анализите кои треба да му се направат на пациентот. Но, медицината не е математика и не може да се каже дека сите пациенти треба да се лекуваат според иста шема – ова е невозможно затоа тоа што не се исти сите пациенти. Тие можеби боледуваат од иста болест, но нивната здравствена состојба не е иста, нивниот коморбидитет е различен, а ова ќе придонесе лекарот во тимот кој ќе сака да направи дополнително испитување за пациентот да мора да образложи зошто треба да го направи дополнителното испитување на пациентот. Овде не станува збор за штедење на анализи за сметка на здравјето на пациентот, туку за елиминирање на непотребните анализи кои нема да ја подобрат вредноста за пациентот, туку може само да ја намалат неговата вредност од аспект на зголемен трошок за здравствениот систем, но и за пациентот истовремено. Во рамките на интегрираните единици, лекарот кој сака да прави дополнително испитување треба да објасни како ќе ја зголеми вредноста за пациентот, т.е. што ќе предизвика тоа испитување кај пациентот (нова терапија, замена на терапија, потврда за завршено лекување итн.).

Реорганизацијата на здравствениот систем во интегрирани единици не е чин што може да се заврши преку ноќ. Давателите на здравствени услуги треба да ги идентификуваат медицинските состојби за кои имаат искуство и експертиза, но не треба да се занемари и обемот на здравствената услуга која ја даваат. Зголемувањето на бројот на пациентите во експертизата на лекарите ќе им овозможи на давателите на здравствена грижа да вработат посветени медицински и немедицински персонал и да воведат посветени тимови кои ќе го направат процесот на обезбедување на здравствена грижа поефективен, а истовремено и поефикасен и за пациентите и за персоналот кој е ангажиран да ја обезбеди здравствената грижа.

Препорака: Елиминирање на здравствените услуги кои можат да се набават поевтино од друг давател на здравствени услуги;

Обезбедување здравствена грижа за секоја медицинска состојба (болест) преку неколку установи кои ќе покриваат пошироки географски регион. Досегашната практика е поголем број на даватели на здравствени услуги да третираат иста медицинска состојба со што се фрагментира бројот на пациентите и при што се удвојуваат трошоците и капацитетите.

Целта на здравствениот систем заснован на вредности не е да ги дава сите услуги за секоја потреба на индивидуите, туку да се развиваат и да се даваат оние услуги каде постојат и каде се постигнуваат одлични резултати. За да се оствари оваа претпоставка давателите треба да имаат мерни индикатори врз основа на што ќе ги искажуваат своите успеси од работењето. Да се постигне добар исход од лекување со помалку трошоци е желба на секој давател на здравствени услуги, но добрите или лошите резултати нема да бидат познати ако истите не се мерат. Во денешниот здравствен систем можеме да претпоставуваме дека некој давател на здравствени услуги е добар или лош само врз основа на лично убедување, но не и врз основа на измерени и докажани резултати.

Нашите болници изобилуваат со сервисни услуги за кои нема доволен број пациенти за да го оправдаат своето постоење, но никогаш не се размислува во правец на тоа дека истите можат да се спојат кон друга иста таква сервисна услуга или пак да се затворат. Желбата да се дадат сите услуги на пациентите на едно место не значи дека ќе го подобри исходот од лекувањето од причина што невозможно е за секој пациент да се обезбедат сите услуги, а и доколку се обезбедат тогаш ќе се фрагментира бројот на пациенти при што ќе се загуби ефикасното и професионално работење од страна на лекарите.

Практиката на пуштање на сервисни услуги кои не ја зголемуваат вредноста за пациентите повеќе не е непозната практика. Примерот на Германија и Америка може да биде појдовна основа за размислување во тој правец. На пример во Германија една од најголемите терцијарни клиници UKE во Хамбург престанала да ја нуди услугата „замена на колк“ откако воочила дека за оваа

услуга нема доволен број на пациенти и според тоа не може за оваа услуга да биде конкурентна и како резултат на ова губи пари. Како резултат на оваа одлука на клиниката, пациентите повеќе не можеле да ја добиваат ова услуга блиску до нивното место на живеење и ти морале да патуваат, но за возврат ја добивале истата услуга со подобар квалитет.¹²¹ За една болница да донесе ваква одлука треба да направи проценка за бројот на пациентите, потоа за квалитетот на услугата која ја дават, како и за конкурентската позиција на пазарот која ја има давателот на здравствени услуги. Ваквата анализа ќе придонесе да се елиминираат сите услуги за кои бројот на пациентите е многу мал, квалитетот незадоволителен, а трошоците зголемени. Оттука, целта на секој менаџер е да се подобри квалитетот на услугата, да се зголеми бројот на пациентите и да се намалат трошоците.

Широката палета на услуги кои ги даваат давателите на здравствени услуги им овозможува да ги изберат помалку комплицираните пациентите или пак да изберат услуги кои се најдобро платени. Целта на посветените тимови е да се постигнуваат подобри исходи од лекувањето со помали трошоци и при тоа да се користат придобивките од економијата од обем и искуството кое ќе се стекне со третирање на една медицинска состојба (болест).

Затворањето на одредени услуги не значи дека се намалува организацијата, туку дека се реалочираат средствата во оние услуги каде што ќе се постигнат најдобри резултати. Со ваква организациска поставеност на здравствените системи може дури и да се растегнат услугите надвор од границите на една земја и да се воспостави регионална соработка со иста таква здравствена установа од соседството.

Бидејќи сите сме потенцијални пациенти, може да си го поставиме прашањето дали ќе патуваме 30 или 60 минути од нашиот дом за да добиеме квалитетна услуга од врвен тим на лекари или ќе се одлучиме да ја добиеме истата услуга на 10 минути од дома, со многу полош квалитет отколку оној кој ќе се добие на 30-60 минути пат. Во овој случај треба да се размислува дури и да се

¹²¹ Porter, Michael E and Guth Clemens: Redefining German Health Care, Press Springer, Verlag Berlin 2012, p 238

помогне финансиски болниот и членовите на неговото семејство, т.е. да се покријат трошоците за патување за да може да се промовира ваквиот начин на лекување.

Иако здравствените установи се самостојни и имаат моќ на одлучување во овој правец сепак ваквиот чин треба да се поддржи и од Владата овозможувајќи конкуренција меѓу давателите на здравствени услуги и напуштање на услугите за кои нема доволен број пациенти и кои се неодржливи и економски неоправдани. Во делот на оваа препорака сметам дека освен овозможување на конкуренција заснована на вредност меѓу давателите на здравствени услуги, Владата треба да го определи минималниот број пациенти кој треба да го има една здравствена установа за може да ја понуди соодветната услуга.

Препорака: Обновување на дозволата за работа само на оние даватели на здравствени услуги кои покажуваат добри резултати;

Како што видовме во ова излагање, за да се добие нова дозвола за работа или обновување на постојната, покрај наведените услови предвидени со членот 60 од Законот за здравствена заштита треба да се приложат и резултатите од работењето на давателите на здравствени услуги. Се смета дека потребно е да се обезбедат објективни докази за резултатите коишто се исполнети или пак ги надминуваат националните карактеристики на ниво на медицинска состојба. Како што ќе се подобрува и распространува конкуренцијата заснована на вредност, оние даватели на услуги кои не ги задоволуваат стандардите ќе мора или да се подобрат или ќе бидат елиминирани по природен пат.

5.3 SWOT анализа за примена на стратегиите

Силни страни (Strengths)	Слаби страни (Weaknesses)
<p>1. Достапност на современа здравствена грижа: принцип на еднаквост и солидарност;</p> <p>2. Задолжително здравствено осигурување;</p> <p>3. Систем за промовирање на квалитетни здравствени работници (вработување, специјализација, награди);</p> <p>4. Начин на упатување за дијагностички процедури како законска обврска;</p> <p>5. Инвестиции во инфраструктурата и во здравствената технологија/опрема;</p> <p>6. Вработувања на потребните здравствени работници во ЈЗУ (голем интерес);</p> <p>7. Едукација и обуки за потребните специјалности/медицински вештини;</p> <p>8. Систем за наградување и плаќање по успешност;</p> <p>9. Електронско закажување, скратување на листите на чекање;</p> <p>10. Создавање здравствена мрежа (идентификување и решавање на медицинските вештини/специјалности што недостасуваат);</p> <p>11. Систем на транспарентност кај спонзорствата и донациите;</p> <p>12. Одлична локација;</p> <p>13. Тенденција за намалување на употребата на лековите;</p>	<p>1. Не постои сеопфатна рамка за редефинирање на здравствениот систем;</p> <p>2. Слаба активност на матичните лекари;</p> <p>3. Неповолни економски индикатори (висока невработеност во споредба со ЕУ, ниска база за придонеси);</p> <p>4. Неповолни здравствени индикатори во споредба ЕУ (пр. повисока стапка на смртност на доенчиња);</p> <p>5. Недостаток на одредени клинички вештини/знаења во ЈЗУ;</p> <p>6. Здравствена грижа главно базирана на куратива за сметка на превентива (незаразни хронични заболувања);</p> <p>7. Нерамномерна дистрибуција на здравствените услуги (несоодветно покривање на помалите општини и руралните области);</p> <p>8. Недостапност на релевантни медицински податоци и неможност за анализа;</p> <p>9. Несоодветна ефективност на болничките услуги низ земјата (на пр. болничките ресурси не одговараат на потребите) – преголем капацитет со ниска продуктивност;</p> <p>10. Недоволни иновации во делот на здравствената грижа;</p> <p>11. Заштита на здравјето (безбедност на храната, безбедност при работа);</p> <p>12. Примена на клинички патеки;</p> <p>13. Не се следат потребите на пациентите (нови центри за нови болести);</p> <p>14. Здравствените установи се скоро 100% зависни од ФЗОМ;</p> <p>15. Исполнувањето на видот и на обемот е главна цел на здравствените установи;</p> <p>16. Мал процент од БДП се издвојува за здравството;</p> <p>17. Не постојат алтернативни извори на финансирање;</p> <p>18. Не постои јасно разграничување меѓу примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита;</p> <p>19. Удвојување на услуги;</p> <p>20. Големи долгови;</p> <p>21. Не постои систем за следење на трошоците;</p> <p>22. Цената од ФЗОМ се изедначува со трошокот;</p> <p>23. Фрагментација на пациенти;</p> <p>24. Голем број здравствени установи даваат мал број услуги;</p> <p>25. Здравствените установи имаат широка палета на услуги;</p> <p>26. Организационата структура е идентична на онаа од 19 век;</p> <p>27. Не постои регистар за болестите и за следење на пациентите;</p> <p>28. Давателите на здравствени услуги не се мрежно поврзани;</p> <p>29. Пациентите не се едуцираат за својата болест;</p> <p>30. Старосната структура на медицинскиот персонал е непогодна (долги години не се вршеше подмладок кадарот);</p> <p>31. Бројот на здравствените установи не кореспондира со бројот на пациентите;</p> <p>32. Не постои конкуренција меѓу давателите на здравствени услуги;</p> <p>33. ФЗОМ финансира непродуктивни гранки;</p>

	<p>34. Голем број непотребни анализи;</p> <p>35. Намалување на квалитетот на услугите поради високи трошоци;</p>
Можности (Opportunities)	Закани (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Инвестирање во здравјето како долгорочно инвестирање во економијата; ▪ Систем за промовирање на квалитетни директори на ЈЗУ (едукација и испит); ▪ Инволвирање на пациентите во процесот на лекување -> подобрување на исходите; ▪ Основањ Регионални центри на клиничка одличност-регионална соработка; ▪ Здравствен туризам; ▪ еЗдравство иницијативи (интегриран систем на електронски здравствени податоци, електронско препишување и упатување, дигитални слики, итн.); ▪ Засилување на примарната ЗЗ базирана на семејна медицина; ▪ Заштеди од намалувањето на трошоците поврзани со нерационално користење на медицинските лекови и помагала; ▪ Размена на искуства со други болници; ▪ Градење на интегриран клинички центар во Скопје; ▪ Интегрирање на регистрите на заболувањата во еЗдравствениот систем; ▪ Воведување на еКартичка; ▪ Користење на новата апаратура; ▪ Јавно приватно партнерство; ▪ Отфрлање на непотребните услуги кои прават огромни трошоци; ▪ Конкуренција меѓу двателите на здравствени услуги; ▪ Поддршка за научни и истражувачки проекти од областа на мерење на вредноста и следење на трошоците; ▪ Поголема научна истражувачка работа од страна на докторите; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сè постара популација; ▪ Пократок очекуван животен век при раѓање во споредба со оној во ЕУ; ▪ Негативна стапка на природен прираст во одредени општини; ▪ Пораст на инциденцата и преваленцата на хроничните заболувања (на пр. Македонија се наоѓа помеѓу земјите со многу висок ризик за КАБ); ▪ Неповолна состојба со ризик фактори (пораст на обезност, висока преваленца на пушење, итн.); ▪ Финансиска нестабилност на здравствениот систем (пораст на долговите на ЈЗУ;) ▪ Зголемена емиграција на здравствените работници како што земјата се приближува кон ЕУ; ▪ Подложност на неповолни надворешни економски влијанија; ▪ Подготвеност за епидемии, контрола на инфективни заболувања и справување со закани по здравјето од околината;

Иако анализата покажува номинална супериорност на слабите страни во однос на силните страни на здравствениот систем, на нив може да се влијае што значи дека тие имаат минлив карактер. За разлика од слабите, силните страни се фиксни, стабилни и тешко променливи поради што и можностите за развој се помногубројни од заканиите.

ЗАКЛУЧОК:

Тенденцијата на зголемување на трошоците во здравството ја наметнува потребата за подетално истражување на здравствениот систем и пообемна анализа на трошоците во однос на исходот од лекување и тоа за секој пациент, не само за една одредена интервенција која се прави во процесот на давање на здравствена грижа, туку за целиот циклус на здравствено лекување.

Во однос на нашата земја овој труд се обиде да даде одговор на поставените прашања:

- Дали мерењето на исходот од лекување и мерењето на трошоците кои се прават за да се излекува пациентот ќе влијаат врз зголемувањето на вредноста за пациентот, а со тоа и врз намалувањето на трошоците?
- Дали повеќе здравствени услуги значат и подобро здравје?
- Дали пресметката на трошокот по пациент ќе му помогне на менаџерот да направи подобра алокација на трошоците?
- Дали видот и обемот на здравствените услуги го зголемува бројот на непотребни анализи?
- Што треба да се промени во здравствениот систем за да се подобри вредноста за пациентот?
- Дали е реално да постои конкуренција во здравствениот сектор која ќе се темели врз вредности?
- Дали поголемите финансиски средства ќе ги решат проблемите во здравството?
- Дали пакетот на основното здравствено осигурување е преголем?

Барајќи одговор на овие прашања ја разработивме оваа докторска дисертација. Трудот се состои од 5 глави и тематски може да се подели на два дела. Првиот дел ги обработува теоретските основи на принципите и стратегиите за успешно редефинирање на здравствените системи во светот, додека вториот

дел се осврнува на примената на моделите и на стратегиите во македонскиот здравствен систем.

За постигнување на целите за успешно редефинирање на здравствениот систем, неопходно е градење пристап за примена на принципите и стратегиите, кои ќе овозможат создавање на здравствен систем кој ќе се темели на вредности. Сметаме дека единствен начин да се редефинираат здравствените системи во светот е примената на принципите и на стратегиите кои се темелат на вредност, што во суштина значи лекување базирано на вредност каде што централното место го има пациентот. Така, во **Глава 1** го претставивме концептот за редефинирање на здравствените системи, за чија цел беше анализирана и елаборирана една сеопфатна рамка за целосна реформа на здравствениот систем, поаѓајќи од принципите на конкуренција во редефинирањето на здравствените системи во светот. Рамката која ја обработивме се заснова врз лекување базирано на вредности каде централното место го има пациентот. Во фокусот на вниманието постојано беше пациентот и неговите легитимни потреби во процесот на давање на здравствена грижа. Оваа рамка ги понуди основните принципи за конкуренција заснована на вредност за учесниците во здравствениот систем. Во овој дел покрај принципите се анализираа и се елаборираа стратешките импликации, со цел да се постигне успешна реформа на еден здравствен систем и тоа без да прави разлика меѓу државното и приватното здравство.

Главата 2 беше посветена на вредностите во здравствениот систем, односно на мерењето на исходот од лекувањето како една од најважните алатки како водечка сила во иновациите при давањето на здравствената грижа. Во овој дел беа анализирани поимите вредност и квалитет на здравствениот систем како и начините на мерење на таа вредност. Како резултат на тоа беше дефинирана вредноста при давањето на здравствени услуги, компонентите на вредноста и како таа треба да се мери. Се посочи и значењето на вредноста како главна цел на секој здравствен систем, се стави акцент на мерењето на истата, на нејзиното подобрување и на тоа дека таа треба да прерасне во водечка сила за секој учесник во здравствениот систем. Се посочи фактот дека кога вредноста не се

мери, не се поседува најмоќната алатка за подобрување на вредноста за пациентите.

Глава 3 претставуваше осврт на дизајнот и на функционирањето на Владата во создавањето услови на конкуренција заснована на вредност. Како што видовме, Владата игра важна улога во трансформирањето на конкуренцијата како што се собирањето и прикажувањето на резултатите, елиминирањето на бариерите за конкуренција, модифицирањето на правилата за единствена цена за една медицинска состојба (болест) и олеснувањето на влезот на информатичката технологија. Целта на оваа глава беше да се истакне улогата на Владата во правец на успешна здравствена реформа во која централното место ќе го има пациентот, а не докторот.

Во глава 4 која ја претставуваше и срцевината на оваа докторска дисертација, беше развиена методологија за пресметка на трошок по пациент, која ни послужи како алатка да ги согледаме сите аномалии кои произлегуваат од непостоење на систем кој ќе ги следи трошоците во здравствениот сектор. Оваа алатка ни помогна да се потврди тезата од моите претходни истражувања дека фрагментираниот здравствен систем и фрагментацијата на пациентите, кои доведуваат до удвојување на здравствените услуги и со тоа до зголемување на трошоците кои се прават за лекување на една медицинска состојба (болест), се точни.

Во последната **Глава 5** ги претставуваме можностите за примена на принципите и на стратегиите во македонскиот здравствен систем. За таа цел беа елаборирани карактеристиките на здравствениот систем на Република Македонија, преку анализата на системот на осигурување, системот на финасирање, системот на давање здравствени услуги и плаќањето на здравствените услуги, преку што беа согледани клучните недостатоци, за кои користејќи ги елаборираните принципи и стратегии дадовме препораки во правец на подобрување на здравствениот систем во Република Македонија.

Основните причини за нагласување на актуелноста на темата лежат во потребата од намалување на трошоците во здравствениот систем во Македонија како и потребата од усогласување на здравствената политика со легитимните потреби на населението за здравствени услуги, во услови на менување на

демографските и социоекономските детерминати кои го следат процесот на транзиција.

Познато е дека македонскиот здравствен систем е фрагментиран, но и дека секој граѓанин има право и еднаков пристап на здравствена заштита, а сепак трошоците на давателите на здравствени услуги од година во година се зголемуваат. Денес повеќе од било кога е актуелна максимата “повеќе пари за здравството не го решаваат проблемот”, што укажува на фактот дека реформите кои се темелат на решавање на еден одреден проблем во здравството не го решава проблемот на целиот здравствен систем, па затоа е потребна една сеопфатна реформа која ќе ги вклучува сите актери во здравствениот систем во правец на зголемување на вредноста за пациентот, како и фактот дека акцентот ќе биде ставен на пациентот, а не на лекарот.

Познато е дека за успешна сеопфатна реформа потребно е да се исполнат три предуслови и тоа: осигурување на населението и правичен пристап, стандарди за покривање на трошоците и испорака/давање на здравствена грижа. Македонскиот здравствен систем во целост ги исполнува првите два, а за последниот потребно е негово рedefинирање за да се постигне целта - подобрување на вредноста за пациентите. Ова е особено важно земајќи ги предвид актуелните состојби со зголемување на трошоците во здравството како и стареењето на населението кое бара поинаква здравствена грижа. Од таа причина ова истражување кое има за цел да ги проучи принципите и стратешките импликации за успешно реформирање на македонскиот здравствен систем е прилично актуелно и треба да преставува одреден научен патоказ и придонес за идните активности во насока на подобрување на вредноста за пациентите. Воедно истражувањето покажа дека подобрувањето на вредноста за пациентите е возможна само ако правилно се применат принципите на конкуренција и ако истите стратешки се имплицираат кај сите актери во здравствениот систем.

Токму поради ова сметаме дека ова истражување ги постигна своите цели:

1. Беше направена анализа и критички осврт на состојбата на здравствениот систем во Македонија;
2. Беше дадена добра теоретска подлога преку анализата со најрелевантите теоретски и емпириски сознанија и искуства во светот и

со примери за примената и за стратешките импликации во земјите каде истите се користат;

3. Беше објаснето дека финансиските средства не доведуваат до решавање на проблемите во здравството;
4. Беше дефинирана вредноста и се дефинира како треба истата да се мери во функција на подобрување на исходот од лекување;
5. Беше направена анализа и проценка на трошоците на националната програма за туберкулоза во Македонија и беа дадени препораки за нивно намалување;
6. Беа дадени предлози и иновативни решенија за зголемување на вредноста за пациентите преку примената на принципите за реформи во здравствениот систем;

На крајот, ќе наведеме дека одговорите на поставените прашања од почетокот на текстот се апсолутно позитивни. Но тие ќе останат такви само со сериозен пристап, со професионализам, со рационалност и со многу труд. Со премин кон здравствен систем кој ќе се темели на вредности, успехот на македонскиот здравствен систем во поглед на зголемување на вредноста на пациентите преку подобар исход од лекување и помали трошоци за постигнување на исходот на долг рок е загарантиран. Тоа ни дава право да веруваме дека населението ќе ги ужива благодетите на новиот здравствен систем.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. PORTER, Michael.E (2006): *Redefining health care*, Harvard business Scholl Press., Boston, Massachusetts, USA
2. Porter, Michael E and Guth Clemens: *Redefining German Health Care*, Press Springer, Verlag Berlin 2012
3. PORTER, Michael.E (1990): *The Competitive Advantages of Nations*, The Mac Millan Press Ltd., USA
4. Elizabet Olmsted Teisberg, Ph.D (2007) Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Haelth care,
5. Jiha Teperi, Michael Porter, Lauri Vuorenkovski and Jennifer F. Baron, (2009), *The Finnish Health Care System, a value-Based Perspective*
6. Lawton R. Burns, Robert A. De Craaff, *The Wharton School Study of the Health Care Value Chain*
7. OECD (2005). *OECD Reviews of Health System*
8. Porter ME(2007) *Defining Value Base Health Care Chapter 7 Policy changes to improve the value we need from health care. Proceeding of the Annual Meeting of the Institute of medicine, October 2007*
9. Porter ME (2008) *Value Based Haelth Care Delivery. Annals of Surgery*
10. Robert S.Kaplan, Mary L.Witkowski, Jesica A.Hohman, Schon Klinik: *Measuring Cost and Value*, Harvard Business School, N9-112-085, March 16, 2012
11. Supplementri Appendix 1, Porter ME. *What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81,*
12. Supplementri Appendix 2, Porter ME. *What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81,*
13. Kaplan Robert.S. and Porter Micail E.- *How to solve the cost crisis in health care , Harvard business review, September 2011*
14. Kaplan Robert. S. and Anderson. Stiven. *R-Time driven activity base costing, Harvard Business scholl press, Boston, Massachusetts*
15. Poret Michail E and Baron Jennifer. F-*Commonwealth care alliance: Elderly and disable care, 9-708-502 Rev, May 7, 2008*
16. Porter Michail E and Teisberg Elizabet. O,- *Cleveland Clinic: Growth Strategy 2012, 9-709-473, Rev, March 1, 2012*
17. Kaplan Robert S, Witkowski Mary L, Hohman Jesica A, -*Schon Klinik: Measuring cost and value, N9-112-085, March 16, 2012*
18. Ozyapici Hasan and Tanis Veyis. N, - *The measurement and management of unused capacity in time driven activity base costing, Jamarvol 10. No.2, 2012*
19. *Health sector management project (HSMP), Costing methodology report, Karl consulting, August 2008*
20. Hennrikus Wiliam P, Waters Peter M, Bae Donald S, Virk Sohrab S, Shah Apurva S- *Inside the Value Revolution at Children's Hospital Boston: Time driven activity based costing in ortopaedic surgery, The Harvard orthopedic journal Volume 14, December 2012*

21. Demeere Nathalie, Stouthuysen Kristof, Roodhooft Filip- Time driven activity base costing in outpatient clinic environment: Development, relevance and managerial impact, article In press, available at Science Direct Health polisy, www.elsevier.com/locate/healthpol
22. Ozyapici Hasan- An implementation of time driven activity based costing system in a health care institution , Istanbul,2008
23. Министерство за здравство, во соработка со Универзитет Св. Кирил и методички-Медицински факултет, Скопје, Македонија и Conseil Sante, прирачник, курс за развој на болничкиот менаџмент, Скопје и Охрид, јуни 2010 година
24. http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Instrukcioni_materijali3.pdf
25. А. Видоевска, С. Талевски, Л. Симоновска, М. Трајцевска, Ц. Враготерова, Б. Илиевска Попоска, “Прирачник за туберкулоза” Институт за белодробни заболувања и туберкулоза, здружение на пневмофтизиолозите на Република Македонија; Скопје 2006
26. Министерство за здравство (www.moh.gov.mk)
27. Влада на Република Македонија (www.vlada.mk)
28. Фонд за здравствено осигурување на Македонија (www.fzo.org.mk)
29. Министерство за финансии(www.finance.gov.mk)
30. Светска здравствена организација (www.who.org)
31. Институт за јавно здравје www.iph.mk
32. Меѓународна унија за борба против туберкулоза (www.theunion.org)
33. Правилник за сметководство за буџетите и буџетските корисници (Службен весник на РМ бр. 28/03, 62/06, 8/09 и 175/11
34. Закон за здравствена заштита, Сл. Весник 10/2013
35. Закон за здравствено осигурување Сл. Весник
36. Годишен извештај на ФЗОМ за 2012 година
37. Група автори Преглед на здравствениот систем во транзиција
38. Волас/Макси-Розено Ласт “Јавно здравство и превентивна медицина.”, дел од програмата на Владата на Република Македонија, за преведување, научни книги и учебници, Табернаку (2010).,
39. <http://www.hsph.harvard.edu/news/hsph-in-the-news/donald-berwick-appointment-medicare-medicaid>
40. http://www.iph.mk/images/stories/pdf_nezarazni/Informacija%20za%20bolnicika%20iskoristenost%202009%20so%20cip.pdf
41. Уставот на РМ
42. The world health report “Health Systems Financing, The part to universal coverage”, World health organization, 2010
43. Сантере Е. Рексфорд и Неун П. Стивен “Здравствена економика” Дата Понс (2009) ст.220
44. Taylor Z, Marks SM, Rios Burrows NM, Weis SE, Stricof RL, Miller B. Causes and costs of hospitalization of tuberculosis patients in the United States. Int J Tuberc Lung Dis 2000 Oct;4(10):931-939
45. Nardell E, Dharmadhikari A. Turning off the spigot: reducing drug-resistant tuberculosis transmission in resource-limited settings. Int J Tuberc Lung Dis 2010 Oct;14(10):1233-1243

46. Addington WW, Albert RK, Bass JB, Jr, Catlin BJ, Loudon RG, Seggerson J, et al. Non-drug issues related to the treatment of tuberculosis. Chest 1985 Feb;87(2 Suppl):125S-127S
47. World Health Organization, Geneva, 2002. An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/2002.297
48. Miroslav Mastilica, Sanja Babić-
49. Bosanac, Citizens' Views on Health Insurance in Croatia Andrija Štampar School of Public Health Zagreb University School of Medicine, Zagreb, Croatia
50. OECD (2005). OECD Reviews of Health System-Finland OECD
51. World Health Organization. WHO policies on tuberculosis infection control in health-care facilities, congregate settings and households. WHO/HTM/TB/2009.419. Geneva, Switzerland
52. World Health Organization. The Stop TB strategy. Building on and enhancing DOTS to meet the related Millennium Development Goals. WHO/HHTM/TB. 2006. 368 Geneva, Switzerland: WHO, 2006
53. Nadia Ait Khaled, (2010) Management of Tuberculosis, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
54. Michael E Porter, Sochin Jain, Joseph Rhatigan, Joia S Mukherjee, Applying the Care Delivery Value Chain: HIV/AIDS Care in Resource Poor settings, Working Paper, 2009
55. Lawton R. Burns, Robert A DeGraaff, Patricia M Danzon, John R. Kimberly, William L Kissick, and Mark V Pauly, The Wharton School Study of the Health Care Value Chain
56. Marc J Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich, Getting Health Reform Right, Oxford University Press (draft 2003)
57. <http://www.allbusiness.com/health-care-social-assistance/ambulatory-health-services/3876868-1.html>
58. <http://www.isc.hbs.edu/>
59. <http://www.hbs.edu/rhc/speaking.html>
60. www.who.int
61. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/en/index.html
62. www.theglobalfund.org/
63. <http://www.theglobalfund.org/en/publications/progressreports/2010/>
64. <http://www.theunion.org/tuberculosis/tuberculosis.html>
65. Jeremy Shiffman, Tanya Beer, and Yonghong Wu: The emergence of global disease control priorities. Health Policy and Planning, Oxford Journals online: www.heapol.oupjournals.org
66. Antonio Giuffrida, Roberto F Lues, and William D Savedoff: Occupational risks in Latin America and the Caribbean: economic and health dimensions. Health Policy and Planning, Oxford Journals online: www.heapol.oupjournals.org .
67. Tim Ensor, Priti Dave-Sen, Liaquat Ali, Atia Hossain, Shamim Ara Begum, and Hamid Moral: Do essential service packages benefit the poor? Preliminary evidence from Bangladesh. Health Policy and Planning, Oxford Journals [достапно на www.heapol.oupjournals.org](http://www.heapol.oupjournals.org)
68. Cheryl E Cashin, Michael Borowitz, and Olga Zuess: The gender gap in primary health care resource utilisation in Central Asia. Health Policy and Planning, Oxford

Journals достапно на : www.heapol.oupijournals.org

69. Health policy and systems update May-July 2001:
70. www.healthsystemsrc.org/info-archive2.htm
71. UNDP Armenia. "Regional Conference on Decentralisation",
72. www.undp.am/archive/Confer/decentr/Paper3.html
73. Chris Simms, Mike Rowson and Skobhan Peattie: The bitterest pill of all: the collapse of Africa's health systems: www.savethechildren.org.uk/pressrels/PDFS/bitterpill.pdf
74. UNDP National Human Development 2001, Social and Human Insecurity in FRY in Macedonia.
75. World Health Organisation: "Health as a potential contribution to Peace, realities from the field: what has WHO learned in the 1990s".
76. Fiscal Decentralization in Developing Countries: A Review of Current Concepts and Practice, prepared for the United Nations Research Institute for Social Development, December 1999.
77. ILO/PSI Workshop on employment and labour practices in health care in Central and Eastern Europe, "Public/Private mix in Health Care Restructuring"
78. European Observatory on Health Care Systems: "Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems" www.who.dk/observatory/Studies
79. Decentralisation Thematic Team: "Decentralisation & Health Care". www.ciesin.org/decentralization/English/issues/health.html
80. Ministry of Local Self-Government, Republic of Macedonia: "Strategy for reform of the Local-Self Government system in the Republic of Macedonia", November 1999. www.mls.gov.mk/English/Strategy.htm
81. Macedonian Academy of Sciences and Arts, United Nations Development Programme, United Nations Department of Economic and Social Affairs: "National Development Strategy For Macedonia", Skopje 1997.
82. Chinitz.D., Preker. And Wasem (1998) "Balancing Competition and Solidarity in Health Care Financing".
83. Ham,C., Honigsbaum, F. (1998) "Priority Setting and Rationing Health services" in Saltman, R.B Figueras, J. and sakellarides, C. (ed.) "Critical Challenges for Health Care Reform in Europe", Open University Press, pp.113-134.
84. Ministry of Local Self-Government, Republic of Macedonia: "Law on Local Self-Government of the Republic of Macedonia": www.mls.gov.mk/English/Law3.htm
85. World Health Organisation: "Rapid Health Assessment", Skopje 2001.
86. Government of the Republic of Macedonia: "Poverty Reduction Strategy Paper", Skopje 2000.
87. Commission Staff Working Paper: "Former Yugoslav Republic of Macedonia, Stabilisation and Association Report".
88. WHO Regional Office for Europe and European Commission, European Observatory on Health Care System: Health Status Overview For Countries of Central and Eastern Europe that are Candidates for Accession to the European Union, July 2002.
89. DSE: "Good Governance and Health, Concept and principles of good governance":
90. Available at "http www.dse.de/zg/gg/html/english/4_indepthpaper_1.htm
91. FAO: "Overview of the socio-economic position of rural women in selected

Central and Eastern countries" <http://www.fao.org/dpcrc/W2356e/w235e06.htm> "

92. J. Figueras, M. Mckee, S. Lessof; "Ten years of health sector reform in CEE and NIS", background paper prepared for USAID Conference, Washington DC, 29-31 July 2002.

93. "Yugoslavia, Development of the Health Care System". <http://www.memory.loc.gov/cgi-bin/query> "

94. Hereafter Macedonia

95. Electronic Map of Ethno-political Conflict: "The Framework Agreement of 13 August 2001 and Its Implementation" www.ecmu.de/emap/mk_C02.html

96. "Yugoslavia, Development of the Health Care System". <http://www.memory.loc.gov/cgi-bin/query>

97. Constitutional Court. Decision No.185/2009-0-1, January 27, 2010.

98. Daskalovski Zh. Democratic Consolidation and the 'Stateness' Problem: The Case of Macedonia. The Global Review of Ethnopolitics Vol. 3, no. 2, January 2004, 52-66. <http://www.ethnopolitics.org/ethnopolitics/archive/volume III/issue 2/daskalovski.pdf>

99. Donev, D. 1999. Health Insurance System in the Republic of Macedonia. CMJ 40(2):175-180.

100. Donev, D. 2009. Health Insurance System and the Provider Reform Payment in the Republic of Macedonia. IJP

101. HCL 2004. Health Insurance Law. Official Gazette

102. Health Insurance Fund 2010. Reference pricing of services with co-payment. <http://www.fzo.org.mk>.

103. HIF 2009. DRG results and reports. [In Macedonian] <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=321A8D9BF62E77479E0158EA9CBEFDEA>. (Accessed March 19, 2010)

104. HIF. 2008. Annual Report 2008. [In Macedonian]. Available at: <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/gIzvestaj08.pdf> (accessed March 17, 2010).

105. HIF. 2009. Monthly reports for the disbursement of the Health insurance fund budget, September 2009. [In Macedonian] Available at: http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Mesecen%20Izvestaj_Noemvri2009.pdf.

106. HIL. Health Insurance Law 2000. Official Gazette No. 25.

107. Hislope R. Between a bad peace and a good war insights and lessons from the almost-war in Macedonia. Ethnic and Racial Studies 26; 1: 129-151. 2003.

108. Ivanovska Lj, Ljuma I. Health sector reform in the Republic of Macedonia. Croat Med J 1999;40:181-9.

109. Lazarevik V, 2010. Policy interventions to tackle inequities in health: patient rights and reference pricing of pharmaceuticals. Macedonian Journal of Medical Sciences no. 3. (March 15, 2010) http://www.mjms.ukim.edu.mk/Online/MJMS_2010_3_1/MJMS.1857-5773.2010-0079.pdf (accessed March 18, 2010).

110. Lazarevik V, 2010. The collapse of the state hospitals system and perspectives for its transformation. Makedonski medicinski pregled (In print).

111. Lazarevik V, Risteska M, Simonovska V., 2009. The impact of social assistance programs on reducing inequities in health care among vulnerable groups in the Republic of Macedonia. Macedonian Journal of Medical Sciences. Mar;2(1):73-78.

http://www.mjms.ukim.edu.mk/Online/MJMS_2009_2_1/MJMS.1857-5773.2009-0033.pdf (Accessed February 13, 2010).

112. McPake, Barbara. 2002. The globalization of health sector reform policies: is lessons drawing part of the process? In *Health Policy in a Globalizing World*. Edited by Kelly Lee, Kent Buse and Suzanne Fustukian: Cambridge: Cambridge University Press.

113. Menon, Sonia 2006. Decentralization and health care in Republic of Macedonia. *International Journal of Health Planning and Management* 21:3-21.

114. MIA. Macedonian Informative Agency 2010. What were Constitutional Court's motives to pass two contradictory rulings on HIF in six months. February <http://www.mia.com.mk/default.aspx?vId=71716063&lId=2> (Accessed March 15, 2010).

115. Misovski, Jordan 2001. Comments on the Law on health insurance with bylaws. Skopje.

116. OG, 2008. Official Gazette of the R. Macedonia. No. 7, January 15. Law for concessions and other forms of public private partnerships.

117. Republic of Macedonia. Ministry of Health, Health Sector Management Project. Formulation of a co-payment policy under Social Health Insurance, final report 2007. http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Co-Payment_Policy_-_Final_Report_by_Karl_Karol.pdf (Accessed February 23, 2010).

118. Republic of Macedonia. Ministry of Health, Health Sector Management Project. Consultancy on Health Care Providers Legislation December, 2007. http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Consultancy_on_health_care_providers_legislation.pdf (Accessed March 8, 2010).

119. Republic of Macedonia. Ministry of Health, Health Sector Transition Project. Strategy for financing and future organization of primary health care, 2001.

120. Republic of Macedonia. Ministry of Health, Health Sector Transition Project. Health Management and Leadership Training Manual. [In Macedonian]. http://www.moh-hsmp.gov.mk/fileadmin/user_upload/Priracnik%20za%20menagment%20i%20liderstvo.PDF (Accessed February, 7, 2010).

121. Republic of Macedonia. Ministry of Health, Health Sector Transition Project. Strategic Health Summit 2006. <http://www.moh-hsmp.gov.mk/index.php?id=67> (Accessed March 12, 2010).

122. Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J. (eds) (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire/New York: Open University Press/McGraw-Hill Education.

123. Saric M, Rodwin VG. 1993. The once and future health system in the former Yugoslavia: myths and realities. *J Public Health Policy* 14:220-237.

124. SEEurope.NET. Agreements on Procurement of Modern Medical Equipment in Public Health Signed, Vreme, February 23, 2010. <http://www.seeurope.net/?q=node/19159>. Accessed March 18, 2010.

125. Slaveski, T. Privatization in the Republic of Macedonia. *Eastern European Economics* 1997;35:31-51.

126. State Statistical Office. *Household survey 2009*.

127. Szajkowski, B 1999. Elections and electoral politics in Macedonia. *Transitions*. Institut de Sociologie, ULB, Brussel, XL 1-2, p. 55-82. http://dev.ulb.ac.be/cevipol/dossiers_fichiers/szajkowski-1999-1-2.pdf, Accessed

March 22, 2010.

128. Trajanoski M, Lazarevik V, Spirkoski V. The basic benefit package and additional opportunities for developing of health insurance in Macedonia. *Journal Health Care Management* 2008;5:117-122.

129. Trajanoski M, Lazarevik V. Voluntary health insurance: possibility of using additional health services out of the range of compulsory health insurance. *Journal Health Care Management* 2008;6:08-11.

130. VMRO-DPMNE. *Rebirth in 100 steps*. Political program for the parliamentary elections in 2006.

131. WHO. *World Health Statistics 2009*. Health expenditure. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table7.pdf (accessed February 7, 2010)

132. World Bank 1996. Staff Appraisal Report. <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1996/05/24/0000092653961214123024/Rendered/PDF/multi0page.pdf>. (Accessed March 03,

ПРИЛОЗИ

Прилог 1:

Табела бр. 37 Група 1а : пациенти со болничко + амбулантско лекување од 6 месеци

АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ			кол.	единица	ед.трош.	Трошок
ден 0						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	700 ден/анал	700 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа	788 ден/анал	788 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
		препорака : хоспитализација				
5	Прием во болница	доктор (анамнеза на прием)	1	30 мин	9 ден/мин	273 ден
ден 0 до ден 61						
1	Работа во болница	доктор - 2 визити + ад хок	61	12 мин	9 ден/мин	6671 ден
		доктор – декурдус	2	5 мин	9 ден/мин	91 ден
		сестра – терапија	61	17 мин	6 ден/мин	5842 ден
		сестра – администрација	30	5 мин	6 ден/мин	845 ден
		болничар – нега	61	15 мин	4 ден/мин	3609 ден
		болничар – вечера	61	1 мин	4 ден/мин	241 ден
		Серверка	61	2 мин	4 ден/мин	479 ден
		социјален работник	1	30 мин	1 ден/мин	19 ден
2	Терапија и мед мат	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл	5 ден/табл	844 ден
		Питазинамид (1табл=400мг)	61	4 табл	4 ден/табл	1049 ден
		Стрептомицин (1ампула=1г)			149 ден/амп	

		Медицински материјал	61	1 мат	141 ден/мат	8579 ден
3	Храна	болнички оброк	61	1 оброк	262 ден/обр	15957 ден
ден 61						
1	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
2	Исп;2ис / контрола	сестра - припрема за испис / контрола	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
		доктор - испис / контрола	1	20 мин	9 ден/мин	182 ден
		болнички администратор	1	10 мин	3 ден/мин	33 ден
ден 62 до ден 124						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)				
ден 124						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
ден 125 до ден 186						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)				
ден 183						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	700 ден/анал	700 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	0	0 анализа	788 ден/анал	0 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден

		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	Доктор	1	7 мин	9 ден/мин	64 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
Индиректни и административни трошоци и амортизација						
	индиректен трошок по пациент					12368 ден
	административен трошок по пациент					838 ден
	амортизација на ИТ опрема и болнички инвентар					497 ден
ВКУПНИ ДИРЕКТНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						56537 ден
ВКУПНИ ИНДИРЕКТНИ И АДМИНИСТРАТИВНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						13702 ден
ВКУПНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						70239 ден

Прилог 2:

Табела бр.38 Група 16 : пациенти со амбулантско лекување од 6 месеци

АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ			Кол	еди	ед.трош.	Трошок
ден 0						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	700 ден/анал	700 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа	788 ден/анал	788 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
5	Прием во болница	доктор (анамнеза на прием)				
ден 0 до ден 61						
1	Работа во болница	доктор - 2 визити + ад хок				
		доктор – декурдус				
		сестра – терапија				
		сестра – администрација				
		болничар – нега				
		болничар – вечера				
		Серверка				
		социјален работник				
2	Терапија и мед мат	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл	5 ден/табл	844 ден
		Питазинамид (1табл=400мг)	61	4 табл	4 ден/табл	1049 ден
		Стрептомицин (1ампула=1г)			149 ден/амп	
		Медицински материјал				
3	Храна	болнички оброк				
ден 61						

Принципи на конкуренција и стратегии за реформи во здравствениот систем во Македонија

1	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансаминази)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
2	Испис / контрола	сестра - припрема за испис / контрола	1	8 мин	6 ден/мин	45 ден
		доктор - испис / контрола	1	10 мин	9 ден/мин	91 ден
		болнички администратор				
ден 62 до ден 124						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)				
ден 124						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансаминази)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
ден 125 до ден 186						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)				
ден 183						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	700 ден/анал	700 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	0	0 анализа	788 ден/анал	0 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	Доктор	1	7 мин	9 ден/мин	64 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
Индириктни и административни трошоци и амортизација						
		индириктен трошок по пациент				515 ден
		административен трошок по пациент				838 ден
		амортизација на ИТ опрема и болнички инвентар				22 ден
ВКУПНИ ДИРЕКТНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						13824 ден
ВКУПНИ ИНДИРЕКТНИ И АДМИНИСТРАТИВНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						1375 ден
ВКУПНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						15199 ден

Прилог 3:

Табела бр. 39 Група 2 : пациенти со болничко + амбулантско лекување од 8 месеци

АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ			кол.	Единица	ед.трош.	Трошо к
ден 0						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		спутум - МБ лаб - култура	1	1 анализа	700 ден/анал	700 ден
		спутум - МБ лаб - бактек	1	1 анализа	788 ден/анал	788 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
		препорака : хоспитализација				
5	Прием во болница	доктор (анамнеза на прием)	1	30 мин	9 ден/мин	273 ден
ден 0 до ден 92						
1	Работа во болница	доктор - визита	92	12 мин	9 ден/мин	10061 ден
		доктор - декурдус	2	5 мин	9 ден/мин	91 ден
		сестра - терапија	92	17 мин	6 ден/мин	8811 ден
		сестра - администрација	45	5 мин	6 ден/мин	1267 ден
		болничар - нега	92	15 мин	4 ден/мин	5443 ден
		болничар - вечера	92	1 мин	4 ден/мин	363 ден
		серверка	92	2 мин	4 ден/мин	722 ден
		социјален работник	1	30 мин	1 ден/мин	19 ден
2	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	92	4 табл	4 ден/табл	1623 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0	0 ден

					ден/табл	
		Етамбутол (1табл=400мг)	92	3 табл	5 ден/табл	1272 ден
		Питазинамид (1табл=400мг)	92	4 табл	4 ден/табл	1582 ден
		Стрептомицин (1ампула=1г)	61	1 амп	149 ден/амп	9077 ден
		Медицински материјал	92	1 мат	141 ден/мат	12938 ден
3	Храна	болнички оброк	92	1 оброк	262 ден/обр	24067 ден
ден 92						
1	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансаминази)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
2	Испис	сестра - припрема за испис	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
		доктор - испис	1	20 мин	9 ден/мин	182 ден
		администратор	1	10 мин	3 ден/мин	33 ден
ден 93 до ден 153						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	92	4 табл	4 ден/табл	1623 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл	5 ден/табл	844 ден
ден 153						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансаминази)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден

ден 154 до ден 244						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониа зид 75	91	4 табл	4 ден/табл	1605 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	0 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	91	3 табл	5 ден/табл	1259 ден
ден 244						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	488 ден/анал	488 ден
		спутум - МБ лаб - култура	1	1 анализа	700 ден/анал	700 ден
		спутум - МБ лаб - бактек	0	0 анализа	788 ден/анал	0 ден
		РТГ	1	2 слики	420 ден/сл	840 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	151 ден/анал	151 ден
4	Преглед	Доктор	1	7 мин	9 ден/мин	64 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
Индиректни и административни трошоци и амортизација						
		индиректен трошок по пациент				12368 ден
		административен трошок по пациент				838 ден
		амортизација на ИТ опрема и болнички инвентар				497 ден
ВКУПНИ ДИРЕКТНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						91750 ден
ВКУПНИ ИНДИРЕКТНИ И АДМИНИСТРАТИВНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						13702 ден
ВКУПНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						105453 ден

Прилог 4:

Табела бр. 40 Коригирана стандардна пресметка за група 1а

ГРУПА 1а : ПАЦИЕНТИ СО БОЛНИЧКО + АМБУЛАНТСКО ЛЕКУВАЊЕ ОД 6 МЕСЕЦИ						
АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ			кол	Единиц	ед.трош.	Трошок
			-	а		
ден 0						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	276 ден/анал	276 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа	238 ден/анал	238 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
		препорака : хоспитализација				
5	Прием во болница	доктор (анамнеза на прием)	1	30 мин	9 ден/мин	273 ден
ден 0 до ден 61 (31 корегирано за персонал, мед. материјал и храна)						
1	Работа во болница	доктор - 2 визити + ад хок	31	12 мин	9 ден/мин	3405 ден
		доктор – декурдус	2	5 мин	9 ден/мин	91 ден
		сестра – терапија	31	17 мин	6 ден/мин	2982 ден
		сестра – администрација	15	5 мин	6 ден/мин	422 ден
		болничар – нега	31	15 мин	4 ден/мин	1842 ден
		болничар – вечера	31	1 мин	4 ден/мин	123 ден
		Серверка	31	2 мин	4 ден/мин	244 ден
		социјален работник	1	30 мин	1 ден/мин	19 ден
2	Терапија и мед мат	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл	5 ден/табл	844 ден
		Питазинамид (1табл=400мг)	61	4 табл	4 ден/табл	1049 ден
		Стрептомицин (1ампула=1г)			149 ден/амп	
		Медицински материјал	31	1 мат	141 ден/мат	4379 ден
3	Храна	болнички оброк	31	1 оброк	262 ден/обр	8146 ден
ден 61						
1	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
2	Испис / контрола	сестра - припрема за испис / контрола	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
		доктор - испис / контрола	1	20 мин	9 ден/мин	182 ден
		болнички администратор	1	10 мин	3 ден/мин	33 ден
ден 62 до ден 124						

1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)				
ден 124						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
ден 125 до ден 186						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)				
ден 186						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб – микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	276 ден/анал	276 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа	238 ден/анал	238 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	7 мин	9 ден/мин	64 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
Индириктни и административни трошоци и амортизација						
		индириктен трошок по пациент				12368 ден
		административен трошок по пациент				838 ден
		амортизација на ИТ опрема и болнички инвентар				
ВКУПНИ ДИРЕКТНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						31602 ден
ВКУПНИ ИНДИРЕКТНИ И АДМИНИСТРАТИВНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						13206 ден
ВКУПНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						44808 ден

Прилог 5:

Табела бр.41 Коригирана стандардна пресметка за нови пациенти кои се лекуваат амбулантно

АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ		кол	единица	ед.трош.	Трошок	
		-				
ден 0						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	276 ден/анал	276 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа	238 ден/анал	238 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
		препорака : хоспитализација				
5	Прием во болница	доктор (анамнеза на прием)				
ден 0 до ден 61 (31 корегирано за персонал, мед. материјал и храна)						
1	Работа во болница	доктор - 2 визити + ад хок				
		доктор – декурдус				
		сестра – терапија				
		сестра – администрација				
		болничар – нега				
		болничар – вечера				
		Серверка				
		социјален работник				
2	Терапија и мед мат	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл	5 ден/табл	844 ден
		Питазинамид (1табл=400мг)	61	4 табл	4 ден/табл	1049 ден
		Стрептомицин (1ампула=1г)			149 ден/амп	
		Медицински материјал				
3	Храна	болнички оброк				
ден 61						
1	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансаминази)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
2	Испис / контрола	сестра - припрема за испис / контрола	1	8 мин	6 ден/мин	45 ден
		доктор - испис / контрола	1	10 мин	9 ден/мин	91 ден
		болнички администратор				
ден 62 до ден 124						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)				
ден 124						

Принципи на конкуренција и стратегии за реформи во здравствениот систем во Македонија

1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансаминази)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
ден 125 до ден 186						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	61	4 табл	4 ден/табл	1076 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)				
ден 186						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	276 ден/анал	276 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа	238 ден/анал	238 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	7 мин	9 ден/мин	64 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
Индиректни и административни трошоци и амортизација						
		индиректен трошок по пациент				515 ден
		административен трошок по пациент				838 ден
		амортизација на ИТ опрема и болнички инвентар				
ВКУПНИ ДИРЕКТНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						9566 ден
ВКУПНИ ИНДИРЕКТНИ И АДМИНИСТРАТИВНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						1353 ден
ВКУПНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						10919 ден

Прилог 6:

Табела бр.42 Коригирана стандардна пресметка за повторно лекувани пациенти

ГРУПА 2 : ПОВТОРНО ЛЕКУВАНИ ПАЦИЕНТИ СО БОЛНИЧКО + АМБУЛАНТСКО ОД ДОПОЛНИТЕННИ 8 МЕСЕЦИ						
АКТИВНОСТИ И ТИП НА ТРОШОЦИ			кол	Единица	ед.трош.	Трошок
ден 0			-			
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	276 ден/анал	276 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа	238 ден/анал	238 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	8 мин	9 ден/мин	73 ден
		препорака : хоспитализација				
5	Прием во болница	доктор (анамнеза на прием)	1	30 мин	9 ден/мин	273 ден
ден 0 до ден 92						
1	Работа во болница	доктор – визита	71	12 мин	9 ден/мин	7717 ден
		доктор – декурдус	2	5 мин	9 ден/мин	91 ден
		сестра – терапија	71	17 мин	6 ден/мин	6758 ден
		сестра – администрација	35	5 мин	6 ден/мин	986 ден
		болничар – нега	71	15 мин	4 ден/мин	4175 ден
		болничар – вечера	71	1 мин	4 ден/мин	278 ден
		Серверка	71	2 мин	4 ден/мин	554 ден
		социјален работник	1	30 мин	1 ден/мин	19 ден
2	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	92	4 табл	4 ден/табл	1623 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	92	3 табл	5 ден/табл	1272 ден
		Питазинамид (1табл=400мг)	92	4 табл	4 ден/табл	1582 ден
		Стрептомицин (1ампула=1г)	61	1 амп	149 ден/амп	9077 ден
		Медицински материјал	71	1 мат	141 ден/мат	9925 ден
3	Храна	болнички оброк	71	1 оброк	262 ден/обр	18461 ден
ден 92						
1	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
2	Испис	сестра - припрема за испис	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
		доктор – испис	1	20 мин	9 ден/мин	182 ден
		Администратор	1	10 мин	3 ден/мин	33 ден
ден 93 до ден 153						

1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	0	0 табл	4 ден/табл	0 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	61	3 табл	5 ден/табл	844 ден
ден 153						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (сед, кс, трансминази)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
ден 154 до ден 244						
1	Терапија	Рифампицин150/Изониазид 75	91	2 табл	4 ден/табл	803 ден
		Изониазид (1табл=300мг)	0	0 табл	30 ден/табл	0 ден
		Етамбутол (1табл=400мг)	91	3 табл	5 ден/табл	1259 ден
ден 244						
1	Административен прием	сестра (шалтер)	1	5 мин	6 ден/мин	28 ден
2	Преглед	Доктор	1	5 мин	9 ден/мин	46 ден
3	Испитувања	спутум - МБ лаб - микроскопија	1	1 анализа	208 ден/анал	208 ден
		спутум - МБ лаб – култура	1	1 анализа	276 ден/анал	276 ден
		спутум - МБ лаб – бактек	1	1 анализа	238 ден/анал	238 ден
		РТГ	1	2 слики	203 ден/сл	405 ден
		БХ лабораторија (комплетна)	1	1 анализа	91 ден/анал	91 ден
4	Преглед	Доктор	1	7 мин	9 ден/мин	64 ден
5	Административен испис	сестра (шалтер)	1	3 мин	6 ден/мин	17 ден
Индириктни и административни трошоци и амортизација						
	индириктен трошок по пациент					12368 ден
	административен трошок по пациент					838 ден
	амортизација на ИТ опрема и болнички инвентар					
ВКУПНИ ДИРЕКТНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						70250 ден
ВКУПНИ ИНДИРЕКТНИ И АДМИНИСТРАТИВНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТЧ						13206 ден
ВКУПНИ ТРОШОЦИ ПО ПАЦИЕНТ						83455 ден