



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



Кандидат: м-р Дејан Блажески

Стратегии за управување со здравствената заштита во Република Македонија

(докторска дисертација)

МЕНТОР:

Проф. д-р Љубомир Дракулевски

СКОПЈЕ, 2018



SS. CYRIL AND METHODIUS UNIVERSITY IN SKOPJE
FACULTY OF ECONOMICS - SKOPJE



Student: MSc Dejan Blazeski

Strategies for Managing Health Care in the Republic of Macedonia

(doctorial thesis)

MENTOR ,
Ph.D. Ljubomir Drakulevski, Professor

SKOPJE, 2018

Членови на комисијата:

1. Проф. д-р Љубомир Дракулевски
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 _____

Овој труд им го посветувам:

На мојот прерано починат брат, м-р Александар Блажески., *Често имав потреба од твоја помош, но си ветив дека сè ќе направам сам. И да, предавнички ми беше да најдам замена... Знам дека се радуваш заради мене, знам!”*

На моето потесно семејство, сопругата Љупка и децата Софија и Александар., *Ви благодарам за тоа што се однесувавте како да ја имате целата трпеливост на овој свет”.*

На моите родители, кои ми беа морална и финансиска поддршка низ целокупното мое образование. *„Во тешките животни неприлики кога професионалните предизвици престануваа да бидат примат, Вам ветеното ме мотивираше да го финализирам овој труд”.*

СТРАТЕГИИ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Апстракт

Пазарот на здравствена заштита има широк спектар на дејствување. Ги поврзува сите активности на заедницата и поединецот против факторите што придонесуваат за негативните ефекти од болести и ги поддржува сите дејства директно насочени кон подобро здравје. Планирањето, управувањето и организирањето се есенцијални за еден пазар на здравствена заштита да биде функционален и одржлив, со сите недостатоци од аспект на ограничените ресурси и високите очекувања. За ова се потребни добро развиени стратегии за управување што ќе обезбедат подобра здравствена заштита. Добрата поставеност на пазарот на здравствена заштита подразбира одговорност и координација на сите владини нивоа и невладини организации, законски прописи, здравствени институции, како и учество на стручни лица кои работат врз проблематиката во здравството, поточно како „кумови на бракот“ меѓу економијата и здравствената заштита.

Во рамките на оваа анализа се опфатени различни аспекти на примена на менаџментот во здравствената заштита, овозможувајќи ефективно, ефикасно и квалитативно функционирање на пазарот на здравствена заштита, како и стратегии за управување со здравствената заштита, чија цел е продуцирање одржлив здравствен систем. Целта на оваа докторска дисертација е да ги истражи теоретските и методолошките аспекти поврзани со стратегиите на управување со здравствена заштита. Врз таа основа треба да се оцени степенот на управување на здравствената заштита генерално, вклучително и во Република Македонија.

Имајќи ги предвид целите на докторската дисертација, пазарот на здравствена заштита се опсервира во контекст на: користење стратегии за управување со пазарот, формулирање стратегии за одржливост, модели за развој и потенцијални реформи. Теоретското и методолошкото истражување на различните димензии е проследено со соодветно емпириско истражување, кое обезбедува информации за практичните импликации од стратегијата, врз функционирање на пазарот на здравствена заштита, преку соодветна анализа на понудата и побарувачката за здравје. Истражувачкиот напор е структуриран со помош на различни квантитативни и квалитативни методи. Во делот на квантитативни техники се користени статистичка анализа и употреба на Делфи методот. Емпириското истражување вклучува 16 експерти од матичната област која е и предмет на оваа докторска дисертација.

Клучни зборови: пазар на здравствена заштита, стратегии, одржливост, планови, здравствен систем, здравствена заштита.

STRATEGIES FOR MANAGING HEALTHCARE IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA

Abstract

The healthcare market has a wide range of activities. It connects all activities of the community and the individual against the factors that contribute to the negative effects of the disease and supports all actions, directly aimed at improved health. Planning, managing, organizing is essential for a health care market to be more functional and sustainable, with all the disadvantages of limited resources and high expectations. This requires well-developed management strategies that will provide better health care. The good placement in the health care market implies responsibility and coordination at all levels of government and non-governmental organizations, legal regulations, health institutions as well as participation of professionals working on health issues, in particular as "marriage" between the economy and health care.

This analysis covers the various aspects of the application of the health care economy, enabling effective, efficient and qualitative functioning of the health care market, as well as the strategies for managing the health care market in order to produce a sustainable health system. The goal of the doctoral dissertation is to investigate the theoretical and methodological aspects related to health care, with particular emphasis on the application of strategies and on this basis to assess the level of management of health care in general, as well as in the Republic of Macedonia. Taking into account the objectives of the doctoral dissertation, the health care market is observed in the context of using market management strategies, formulating sustainability strategies, development models and more profitable reforms. The theoretical and methodological research of the various dimensions is followed by an appropriate empirical research, which provides information on the practical implications of the strategy on the functioning of the health care market, by suitably analyzing the supply and demand for health. The research effort is structured using a variety of quantitative and qualitative methods. In the part of quantitative techniques, statistical analysis were used, and also the Delphi method is used, too. Empirical research includes 16 experts from the home area who are subject to this doctoral dissertation. Thereby, within the sample there is diversity in relation to age, the level of health care in which they work, and the ownership structure.

Keywords: Health Care Market, Strategies, Sustainability, Health System, Health Care

СОДРЖИНА

ВОВЕД

1. Актуелност на проблематиката
2. Предмет и цели на истражувањето
3. План на презентирање на материјата
4. Методологија за изработка на докторската дисертација

ГЛАВА I ЕКОНОМИЈАТА И ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА.....	3
1.1 ВОВЕД ВО ЕКОНОМИЈАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА.....	3
1.2 ПРИДОНЕС НА ЕКОНОМИЈАТА ВО ПОЛИТИКАТА НА ЗДРАВСТВОТО	4
1.3 ОСНОВНИ ИЗБОРИ ШТО МОРА ДА СЕ НАПРАВАТ ВО ОДНОС НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ.....	5
1.4 ПРИМЕНЛИВОСТ НА ЕКОНОМИЈАТА И МЕНАЏМЕНТОТ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	11
ГЛАВА II ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	30
2.1 ОПШТИ СОГЛЕДУВАЊА ЗА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА-ОСНОВИ АТРИБУТИ И КАРАКТЕРИСТИКИ НА ПАЗАРОТ	30
2.2 ПОБАРУВАЧКА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	31
2.3 ЗНАЧЕЊЕ НА АНАЛИЗАТА НА ПОБАРУВАЧКА	40
2.4 ДЕТЕРМИНАНТИ НА ПОБАРУВАЧКАТА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	43
2.5 МОДЕЛИ НА ПОБАРУВАЧКА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	44
2.6 ФАКТОРИ КОИ ВЛИЈААТ ВРЗ ПОБАРУВАЧКАТА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	50
2.7 ПОНУДА НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	61
2.8 ДЕТЕРМИНАНТИ НА ПОНУДАТА	66
2.9 МОДЕЛИ НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	74
2.10 МЕЃУСЕБЕН ОДНОС НА РАЗЛИЧНИТЕ МОДЕЛИ И СЕГМЕНТИ НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	81
ГЛАВА III СТРАТЕГИИ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	85
3.1. ДЕФИНИЦИЈА НА СТРАТЕГИСКИТЕ ПРОМЕНИ.....	85
3.2 ОЦЕНКА НА ЕКСТЕРНОТО ОКРУЖУВАЊЕ	88
3.3 ПРОЦЕС НА ВОВЕДУВАЊЕ СТРАТЕГИСКИ ПРОМЕНИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	104
3.4 ОДНОС НА СТРАТЕГИСКИТЕ ПРОМЕНИ И ОРГАНИЗАЦИСКИОТ РАСТ НА ПАЗАРТЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	120
ГЛАВА IV МЕТОДИ И ПРИСТАПИ НА ОРГАНИЗАЦИСКИ ПРОМЕНИ.....	136

4.1. МЕТОДИ И ПРИСТАПИ КОИ ВОДАТ КОН ПРОМЕНИ ВО ОРГАНИЗАЦИИТЕ ЗА ПОДОБРА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	136
4.1.1 Рационализација	136
4.1.2 Реорганизација	137
4.1.3. Реструктурирање	137
4.1.4. Реинженеринг.....	138
4.2 БЕНЧМАРКИНГ	138
4.2.1. Со кого да се споредува?	141
4.2.2 Примена на бенчмаркинг	141
4.2.3 Употреба на Бенчмаркинг.....	141
4.3 ПРОЦЕНА И МЕРЕЊЕ НА ПЕРФОРМАНСИТЕ	142
4.3.1 Менаџмент на перформаси	143
4.3.2 Индикатори за мерење	143
4.3.3 SWOT анализа.....	144
4.3.4 Квалитет на здравствена заштита	147
4.4 ПРИСТАПИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА	161
4.4.1 Дали можеме за истите средства да добиеме поголема вредност?.....	162
4.4.2 Дали можеме со промена на постапката да добиеме иста корист со помалку средства?.....	175
ГЛАВА V СОСТОЈБА, РЕФОРМИ И ПРОМЕНИ НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	187
5.1 СОСТОЈБАТА НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО Р МАКЕДОНИЈА ВО ДЕВЕДЕСЕТТИТЕ ГОДИНИ НА XX ВЕК	187
5.2 СОСТОЈБАТА НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО Р.МАКЕДОНИЈА ОД 2000 ГОДИНА ДО ДЕНЕС.....	197
5.3.РЕФОРМИ И ПРОМЕНИ	212
5.4 ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ	216
5.5 ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	218
5.6 МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	218
5.7 РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗА ПРАШАЛНИКОТ	226
5.8 ОГРАНИЧУВАЊА И ИДНИ ПРЕДИЗВИЦИ.....	235
ЗАКЛУЧОК.....	238
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	258
ПРИЛОГ 1	270
ПРИЛОГ 2	286

СТРАТЕГИИ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ВОВЕД

Здравствениот пазар претставува дел од најзначајните и највлијателните елементи на општеството. И покрај тоа што во минатото бил маргинализиран, со текот на годините добива сè поголемо значење, па дури и примат. Примарниот фокус на менаџерите кои го изучуваат здравството е организацијата на здравствена заштита. Врз побарувачката за здравствена заштита се гледа не само како на желба за пациентите да се чувствуваат добро, туку и како начин да се инвестира во човечкиот капитал. Евидентно е дека многу фактори влијаат врз системот на здравствена заштита. Такви се: социоекономските фактори на населението, демографијата на пациенти, бариерите за пристап и улогата на давателите на услуги, како и утврдувањето услуги кои треба да се обезбедат.

Понудата на здравствената заштита опфаќа широк спектар теми од економијата, како што се теоријата на производство, влезните пазари и индустриската организација. Специфичните прашања што треба да се испитуваат се однесуваат на трошоците за производство, влезните супститути, како и на природата и улогата на стимулансите. Понудата и побарувачката се сечат една со друга за да се воспостави рамнотежа на пазарот на здравствена заштита. Пазарите се во состојба ефикасно да ги распределат ограничените ресурси таму каде што се најпродуктивни, со формирање цени за сè.

Анализата на целокупните цели и задачи на здравствениот систем се предмет на организациски пристап. Тука се прават меѓународните споредби. На пример, како нашиот систем се споредува со системите на другите земји во однос на трошоците, пристапот, управувањето и квалитетот. Здравствените системи постојано се менуваат. Креаторите на стратегиите секогаш бараат подобри начини за да обезбедат соодветна понуда и да наплатат за зголемениот број услуги за медицинска нега што ги бара заедницата, преку основните принципи на менаџментот. Евидентно е дека соодветното управување со ресурсите, планирањето, фокусирањето кон клиентите, прибирање совети, вмрежување и многу други аспекти за користење на модерните алатки на менаџирањето даваат одредени позитивни импликации. Анализите и истражувачките напори овозможуваат да се подобри размислувањето и знаењето за организирање на здравствената заштита. Па, така, сè поголема е потребата од примена на стратегии од

страна на одговорните во здравствените установи, одговорните кои во рамките на своето постоење поинтензивно ќе се насочуваат кон остварување поквалитетен здравствен систем преку стратемиско размислување. Правилното креирање на здравствената политика треба да се заснова врз здрави организациски и управувачки принципи кои се поврзани на многу чувствителен начин. Менаџерите во здравството го немаат последниот збор во управувањето со здравствените системи, но можат да дадат значаен придонес во управувањето, како и во начините на кои тие се поврзуваат со системот на здравствена заштита.

И покрај огромните познавања од организациските науки, сепак, важни се концептите што ќе се користат при анализа на стратегиите за управување со здравствените организации. Примарната функција се состои во тоа да се испитаат основните модели на организација на здравствената заштита.

1.АКТУЕЛНОСТ НА ПРОБЛЕМАТИКАТА

Развојот на општеството и општествените односи, во принцип зависи од искуствата на научните достигнувања и можностите кои позитивно влијаеле врз нивниот развој. Доста долго тој развој бил бавен, но денес со развојот на сообраќајот, телефонијата, телеграфската комуникација, разните знаења и идеи се шират многу побрзо. Во раната фаза од развојот на општествените односи доминирале едноставни системи и организации. Подоцна доаѓа до окрупнување и создавање покомплицирани и комплексни системи на организација и институции кои бараат и поинаков приод во нивниот начин на работа. Здравствениот систем не можел и не може да биде имун на таквиот развој. Општествениот и економски развој и развојот на технологијата, како и знаењата и искуствата, влијаеле и врз развојот на здравствениот систем.

Така, на пример, од некој слаб и неважен потсистем на општеството во дваесеттиот век (посебно во втората половина на дваесеттиот век), здравствените системи во светот нагло се развиваат. Добиваат сè поголемо значење како потсистеми на општествениот развој, со сè поголеми вложувања во нивниот развој, како и во здравствената заштита. Сè повеќе ги чини нивната работа и функционирање, сè повеќе трошат од националниот доход, но со желба за поуспешна и поорганизирана работа.

Еден од најважните стожери на здравствениот систем е квалитетот на здравствената заштита. Здравствениот систем е исклучително важен сегмент на

социјалната држава и треба да овозможи квалитетот на животот да не биде привилегија на тие што имаат да платат, туку право кое, не само формално, ќе го уживаат сите. Остварувањето на правата на граѓаните во здравствениот систем, треба да подразбира отпор против секоја дискриминација на здравството, бидејќи жртви на таквиот здравствен систем секогаш се помалку имотните граѓани. Со промената на општественото уредување и со започнувањето на примена на либералните начела и принципи, концептот за јавно здравје е променет. Парадоксот произлегува од тоа што доколку постои и се користи поимот „јавно здравство“, нормално дека тогаш треба да постои и приватно. Сепак, во класичниот либерализам акцент се става врз индивидуата која е слободна и одговорена за себе. Здравјето на поединецот се смета за лична работа. Здравствените проблеми, пак, за кои поединецот не е одговорен, спаѓаат во јавниот сектор, како на пример, состојби настанати поради загадена вода за пиење. Мора да се потенцира дека денешниот концепт на јавно и приватно здравство, сè уште ги нема определено маргините кои се предмет на недоразбирање, а што произлегува од фактот наведен погоре (каде здравствени состојби за кои е одговорен само пациентот и никој друг спаѓаат во приватното здравство, додека лекувањето медицински состојби настанати без учество на пациентот спаѓаат во јавното здравство). Во почетокот на седумдесеттите години на дваесеттиот век, развиените земји како и Светската здравствена организација почнуваат сериозно да работат врз унапредувањето и развојот на здравствениот систем и пазарот на здравствена заштита по пат на национално здравствено репрограмирање.

Со појавата на стратегијата „Здравје за сите 1981“ и нејзината сè поголема примена, се почувствува потреба од раководење, планирање, примена, односно, менаџмент. Менаџерскиот процес за национален здравствен развој што во 1981 година го предложила Светската здравствена организација, во исто време кога стратегијата „Здравје за сите“ внесе ред во процесот на националниот здравствен развој на менаџментот. Ако се тргне од тоа дека пазарот на здравствена заштита може повеќе да нанесе штета отколку корист доколку е слабо структуриран, лошо раководен, неефективно организиран и неадекватно финансиран, тогаш е јасно дека тој како еден од најголемите пазари бара посебни познавања за негово управување.

Употребата на менаџментот и потребата од истражувањето на економистите на здравствената политика се покажаа како потребен и неопходен начин за добро функционирање на здравствениот систем, па со самото тоа и унапредување на здравствениот развој. Од некогаш (почеток на дваесеттиот век) непризната и непотребна

дисциплина, примената на стратегискиот менаџмент во здравствените системи, денес претставува една од водечките дисциплини во однос на менаџментот на другите потсектори во општеството.

Стратегиското управување со пазарите на здравствената заштита е неопходно како помош, потпора и интервенција во одлучувањето, заради остварување на поставените цели. Исто така, се смета дека се неопходни промени во здравствениот систем, здравствената заштита и здравствениот развој кои можат да се остварат со добар менаџмент. Предизвикот е голем не само кога финансиските средства се во изобилство, туку и кога нивната расположливост е ограничена и треба да се донесат важни одлуки за нивна приоритетна распределба. Спектарот на „Новото јавно здравство“ е многу широк. Во него влегуваат традиционалните јавно-здравствени програми, но исто така влегуваат и прашањата за раководење и планирање на сеопфатните услужни системи и мерењето на нивната функционалност. Изборот на цели и приоритети често пати се прави од исплатлива, а помалку од идеалистичка гледна точка. Здравствениот менаџер на генерално (систем) или индивидуално ниво (клиника), треба да го задржи фокусот врз реалните можности за постигнување на целите со актуелни и соодветни методи. Доброто раководство подразбира добра организација на здравствените системи, а тоа е пресудно за нивно успешно функционирање.

Секој национален здравствен систем има свои карактеристики и проблеми. Справувањето со нив подразбира континуирана евалуација врз основа на добро развиени информациски системи, кадар обучен за услужна, а не производна индустриска гранка, која е „витална“ за здравјето и добросостојбата на поединецот, населението и економијата. Како земјите во развој, така и развиените земји трошат огромни средства поради лошо организирани национални здравствени системи, а нивната функционалност не ги задоволува очекувањата. Поради тоа сè почесто поставувано прашање е „кој е начинот за употреба на стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита?“

Здравствениот систем и пазарот на здравствена заштита на земјава честопати се жртви на прекумерната потреба од воведување здравствени реформи, пренагласениот правен аспект во водењето на здравствената заштита, измената на закони заради купување социјален мир, а не продуцирање преку измени на законите за сметка на социјално-политичкиот аспект, кој е многу поважен и ја содржи хуманата компонента. Тој е еден вид механизам кој, почнувајќи од 1991 година па до ден денес, им одзема многу права на пациентите кои многупати биле аморфна маса што не предизвикува

големи шокови и притисок во однос на тие мерки во јавната сфера. За жал, нешто што често се употребува и нешто зад што сите „се кријат“ е концептот за човекови права. За време на Француската револуција, застапувањето за правата на луѓето било револуционерно дејствување. Денес е реакционерно, без значајни суштински промени. Затоа правата, освен како законска категорија, нужно е да се анализираат персонално и низ призмата за достапноста на ресурсите, со една единствена цел: да се реализираат. Правата на пациентите треба да се опсервираат на повеќе нивоа: формално (на ниво на закони), материјално (достапноста на ресурсите) и политичко (од аспект на свеста или несвеста на пациентите во борбата за своите права, со носење правилни одлуки за проблемите со кои се соочуваат). Здравјето не смее да се опсервира изолирано, односно, ако луѓето немаат некој акутен здравствен проблем, како грип, на пример, сметаат дека се здрави, иако врз генералната здравствена состојба имаат влијание огромен број други фактори, како социјалната сигурност, мирот, домот, буџетот и друго. Стратегијата за здравје до 2020 година ја определува визијата за развој на здравјето како сеопфатен динамички процес ориентиран кон резултати со заеднички цели и јасни приоритети за подобро здравје и добросостојба за нашето население во 2020 година.

Стратегијата за здравје до 2020 година на Република Македонија е базирана врз докази. Таа унапредува пристап на партиципативно управување со цел зајакнување на капацитетот на чинителите и граѓанскиот сектор за активно учество во нејзиниот развој и спроведување. Во рамки на овој пристап, Владата вовеле низа инструменти за подобрена консултација и дијалог, вклучително ад-хок и онлајн консултации, јавни дебати и институционализирани консултации во советодавни комисии и панели на медицински тестирања.

2. ПРЕДМЕТ И ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Предмет на истражувањето докторската дисертација со наслов, „Стратегии за управување со здравствената заштита во Република Македонија“ се стратегиите кои се нудат како можности за обезбедување подобро функционирање на пазарот на здравствена заштита.

Целта на истражувањето е да се изврши теоретско и методолошко истражување на различните стратегии за подобрување на квалитетот на здравствена заштита, притоа да се истакнат условите и можностите за примена на стратегиите и врз таа основа да се оцени степенот од нивната примена за остварување одржлив и функционален здравствен систем и пазар. За остварување на целта е спроведено соодветно истражување според Делфи методот, како и на факторите кои влијаат врз остварување на одржливоста на здравствениот систем и пазарот на здравствена заштита. Важно е да се осознае кои се стратегиите и очекувањата од економистите кои работат во здравството, со цел подобро функционирање и управување со здравствениот пазар и најзначајното - во колкава мера одредени фактори и нивната разноликост влијаат врз квалитетот, законската регулатива и одржливоста на здравствениот систем во Република Македонија. Анализата истовремено го вклучува согледувањето на различните односи помеѓу примената на идните очекувања и коментари на веќе егзактно зададените проблеми.

Задачи на истражувањето се следниве:

1. Да се направат емпириските истражувања поврзани со пазарот на здравствена заштита кои имаат основна цел да обезбедат поголем степен на разбирање на различните аспекти од работењето на здравствените институции (во таа смисла ова истражување има намера да го зголеми степенот на разбирање на стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита во Република Македонија).
2. Да се структурираат проблемите со управувањето и намалувањето на аномалиите, како предуслов за долгорочен просперитет, опстанок и овозможување одржлив здравствен систем.
3. Да се согледаат понудата и побарувачката на здравствената заштита кои опфаќаат широк спектар теми од организациските науки.
4. Да се разгледаат темелно специфичните прашања кои се однесуваат на трошоците за производство, влезните супститути, како и на природата и улогата на стимулансите во здравствената заштита.
5. Да се креираат принципите на здравствената политика која се заснова врз здравите економски принципи поврзани на многу чувствителен начин.
6. Да се согледа влијанието на економистите, кои иако го немаат последниот збор во управувањето со здравствените системи, можат да дадат значаен придонес во управувањето со нив и начините на кои тие се поврзуваат со системот на здравствена заштита.

7. Да се опсервира примарната функција со цел да се испитаат основните принципи на пазарот, затоа што разбирањето на економијата на здравствената заштита е важно од повеќе причини.
8. Да се анализираат одлуките за тоа како здравствената заштита е финансирана, обезбедена и дистрибуирана под силното влијание на економското опкружување и економските ограничувања.
9. Да се утврди достапноста на здравствената заштита како детерминанта за квалитетот на животот и можноста за опстанок.
10. Да се објаснат моделите на здравствениот систем со кои може да се постигне највисоко можно ниво на здравствена состојба од ресурсите кои му се доделени (тој да биде колку што е можно поисплатлив). Тоа е основа за фаворизирање на оние интервенции што овозможуваат најмногу за вложените пари, а давањето помал приоритет на оние интервенции, кои иако можат многу да им помогнат на поединците, сепак малку придонесуваат за унапредување на здравјето на популацијата.

3. ПЛАН НА ПРЕЗЕНТИРАЊЕ НА МАТЕРИЈАТА

Материјата во докторската дисертација е систематизирана во вовед, пет глави, точки, потточки, заклучок, референции и прилози, кои по логичен редослед ја прикажуваат содржината на теоретските и практичните истражувања на деловните субјекти.

Во првата глава од докторската дисертација со наслов, *Економијата и здравствената заштита*, се истражувани основните карактеристики на економијата и здравствениот систем и нивната кохерентност, како и формата на организирање. Се анализира улогата на економијата како можност за проучување на здравството и нејзините импликации - од индивидуално донесување одлуки до анализирање на нејзината улога во дефинирање на алтернативните механизми кои се на располагање за да направат подобрување во распределувањето на ресурсите. Се опсервира правилното креирање на здравствената политика која се заснова врз здравите економски принципи поврзани на многу чувствителен начин. Оваа глава упатува на лекциите кои може да се научат од основите на економијата - лекции за човековото однесување и начинот на кој поединците донесуваат одлуки, реагираат на стимулации, комуницираат едни со други, како и за ефикасната распределба на ограничените ресурси.

Во втората глава од докторската дисертација со наслов, *Пазарот на здравствена заштита*, се анализираат понудата и побарувачката за здравствена заштита, како и моделите на пазарот на здравствена заштита. Акцент е ставен врз детерминантите и функцијата на производство за здравје, со цел да може да се разгледа потребата за здравствена заштита, како еден од инпутите во функцијата на нејзиното, условно кажано, производство. Здравствената заштита се разликува од другите инпути во производството на здравје на повеќе начини. Таа, за разлика од храната, превозните средства и многуте други потрошувачки добра, нема конкретна корисност, освен промовирањето здравје. За разлика од другите инпути, еден дел од побарувачката за здравствена заштита е непредвидлив- тешко е да се детерминираат работи кои зависат од болест, а нивото на трошоците за здравствена заштита може да биде прекумерно кога се мери во однос на приходот и богатството на домаќинствата.

Во анализата на понудата во економијата честопати доминираат теориите на фирмата кои се засноваат врз претпоставката дека нивна првенствена цел е да се максимизира профитот. Таквите теории можат да бидат разумни описи на целите на некои фирми и затоа може да се користат во позитивна економска смисла, за да се генерираат предвидувања за начините на кои функционираат фирмите и пазарите.

Сепак, типична карактеристика на работењето во здравствената заштита е тоа што фирмите не само што не се стремат да го максимизираат профитот, туку немаат за цел ниту да заработат вишок профит. Сите фирми мора да заработуваат нормална стапка на поврат или профит за да можат да бидат способни да останат во бизнисот на долг рок.

Во третата глава од докторската дисертација со наслов, *Стратегииза управување со пазарот на здравствената заштита*, истражувањето се фокусира врз употреба на стратегискиот менаџмент во здравството. Сите процеси од стратегискиот менаџмент се анализираат како перспектива која бара од сите во организацијата да престанат да размислуваат исклучиво во однос на внатрешните функции и оперативните одговорности. Се инсистира на тоа дека секој го прифаќа она што може да биде фундаментално нов став - надворешна ориентација и загриженост за големата слика. Во оваа глава се разработени различните стратегиски алтернативи и пристапи кои овозможуваат раст, како и проблемите со кои се соочуваат здравствените организации од влијанието на екстерното и интерното опкружување.

Во четвртата глава од докторската дисертација со наслов, *Методи и пристапи на организациски промени*, предмет на анализа се методите и пристапите со помош на кои можат да се вршат организациски промени во здравствените организации и

установи. Проценка и мерење на перформансите на здравствените системи, односно, анализирање на менаџмент-перформансите, користи од анализата и споредбата со најуспешните, се разгледани во оваа глава. Се истакнува важноста од избор на соодветните методи и пристапи како клучни фактори за успешно функционирање на здравствените системи, како и квалитетот на здравствена заштита. Во заклучокот се сублимира истражувањето и проучувањето во поглед на природата, целите и функциите на здравствениот систем, се посочуваат најдобрите организациони облици и бенефитот од истите.

На крајот, се укажува и на проблемите со кои се соочуваат здравствените системи и се дава предлог за излезни решенија.

По спроведеното истражување на крајот од разработката на темата дадени се определени заклучни согледувања за бенефитот од примена на организацијата на здравствените системи како правилен избор кој во современи услови на работење може да му обезбеди перспективен развој на здравствениот систем. При изработка на темата главно е консултирана странска литература, со оглед на проблематиката што се обработува. Ваквиот период во разработување на материјата треба да овозможи едно конзистентно согледување на можностите што ги нуди добро организираниот здравствен систем.

Во петтата глава од докторската дисертација со наслов *Состојбата на пазарот на здравствена заштита во Република. Македонија*, истражувањето е фокусирано врз здравствениот пазар во последните дваесетина години независност. Нашата земја речиси и да немала подолг период на ненарушен развој, без разлика дали зборуваме за здравствени, социјални, политички или економски процеси. Факторите кои придонесуваат за тоа се различни и по својата природа и по силата на влијание: од лошо спроведената трансформација на капиталот во почетокот на '90-тите, економски ембарга, граѓанскиот конфликт во 2001-та, до постојаната политичка криза помеѓу власта и опозицијата. Сето ова ја направи генералната популација многу скептична и неверлива, како и целосно преокупирана со основното економско преживување. Ова не остава простор за интерес и внимание за било кои теми вон обезбедувањето на потребите (најчесто сосема егзистенцијални) на семејството или индивидуата. Дури ни стартната основа за развој на општествената мисла не е идеална. На крајот на ова истражување, анализата е посветена на анализа на реформите и суштинските недостатоци на пазарот на здравствена заштита.

Во рамките на **заклучокот**, прикажани се одредени аспекти поврзани со пазарот на здравствена заштита претпријатие, пред сè во однос на информациите релевантни за Република Македонија. Тука посебно се земени предвид резултатите од анкетата спроведена според Делфи методот, одговорите добиени од експерти кои работат на различни нивоа од здравствената заштита.

Притоа, се истакнати основните фактори во однос на овозможување економски одржлив и квалитетен здравствен систем во Република Македонија.

Во делот на **референците**, наведени се 162 библиографски единици. Со тоа овој труд располага со различни книги, материјали, статии, написи во печатените и дигиталните медиуми (вклучувајќи повеќе различни земји, во најголем дел од англиското говорно подрачје), објавени по 2000 година, со исклучок на одредени значајни автори кои дале посебен придонес и се истакнуваат со своите, исто така, значајни дела.

На крајот, во делот **прилози**, содржани се следниве сегменти: анкетен прашалник, табели со кодирани и пресметани вредности за податоците во прашалникот, опис на кодирани вредности и начинот на пресметка на податоците од прашалникот, изјава за плагијат, изјава за лектор и потврда од лекторот.

4.МЕТОДОЛОГИЈА ЗА ИЗРАБОТКА НА ДОКТОРСКАТА ДИСЕРТАЦИЈА

Методолошки гледано, прибирањето, систематизирањето, анализирањето и претставувањето на расположливите податоци и информации во рамките на докторската дисертација, се врши со употреба на логички оправдан, заокружен и научно-фундиран пристап.

При изработката на докторската дисертација употребени се повеќе научни методи, категоризирани како основни и дополнителни научни методи. Како *основни* научни методи се користат методите на индукција, дедукција, на анализа, синтеза и методот на компаративна анализа. Како *дополнителни* научни методи се користат методот на теренско истражување и методот на анкета.

Во делот на квантитативните научни методи се користат ревидираниот Делфи метод и дескриптивната статистичка анализа. За разлика од традиционалните методи на

Делфи, новиот модел нема дополнителни повратни информации или повторени кругови на испитување. Главната предност е што е полесно да се регрутираат признати експерти, бидејќи тие не треба да посветат толку многу од своето време.

Според Делфи методот, првиот чекор е дефинирање на работите за кои експертите би сакале да зборуваат, нормално претходно информирани за темата на докторската дисертација. По завршување на првата фаза, се постигна консензус за темите, со давање слобода да се допишат работи на крајот на овај прашалник, доколку испитаниците почувствуваат потреба. Притоа, употребата на овој метод овозможува истражување на односите помеѓу факторите, различните димензии на примена на стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита.

Методот на индукција има цел да ја истражи и претстави на еден систематизиран начин актуелната домашна и меѓународна литература од областа на здравствениот систем, неговите економски перспективи и расположливите стратегии. Методот се користи заради согледување на општите карактеристики во однос на малото претпријатие, растот и стратегиите.

Со употребата на методот на индукција и дедукција се извлекуваат одредени заклучоци во однос на стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита, се утврдува потребата од имплементација на различни инструменти поврзани со планирањето и стратегиите за овозможување квалитетен и економски одржлив здравствен систем.

Методот на анализа се користи со цел да се откријат заедничките особини, односно, карактерните црти на најголемиот дел од здравствената заштита. Притоа се истражува, обединува и систематизира расположливото знаење од делот на стратегиските аспекти на работењето на здравствените установи, како и стратегии во насока на подобрување на здравствениот систем, генерално.

Методот на синтеза ги интегрира сознанијата за предностите, слабостите, можностите и ограничувањата на различните аспекти поврзани со здравствената заштита, како и специфичноста во однос на нејзиното нормално дистрибуирање до крајните корисници-пациентите. Неговата корисност се состои и во создавање основа за примена на методот на споредбена, односно компаративна анализа, бидејќи ги соединува и теоретските и практичните искуства

Методот на компаративна анализа врши споредба на теоретските претпоставки за растот и развојот на малото претпријатие, како и пристапот за негово успешно поставување. Основната причина за користење на овој метод е извлекувањето сознанија

за идните правци кон кои треба да се насочат корекциите на здравствениот систем и пазарот на здравствена заштита.

Методот на теренско истражување емпириски е употребен врз примерок од 15 експерти кои работат на различни нивоа од здравствената заштита. Методот на анкетен прашалник е изработен по принципот на Делфи методот и подразбира прибирање податоци врз основа на претходно изработен прашалник, каде што податоците се предмет на обработка во делот на преостанатите квантитативни и квалитативни методи употребени при истражувањето. Делфи методот е експлоататорен и интуитивен. Ова е квантитативен метод на истражување со квалитативни елементи. Се базира врз мислењето на експертите. Важно е дека е интерактивен процес, кој завршува со статистичка пресметка за идните очекувања на испитаниците во врска со пазарот на здравствена заштита.

ГЛАВА I

ЕКОНОМИЈАТА И ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

- 1.1 Вовед во економијата на здравствената заштита
- 1.2 Придонес на економијата во здравствената политика
- 1.3 Основни избори што мора да се направат во однос на здравствената заштита
- 1.4 Применливост на економијата и менаџментот во изучување и управување со здравствената заштита

ГЛАВА I ЕКОНОМИЈАТА И ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

1.1 ВОВЕД ВО ЕКОНОМИЈАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Стратегиската ориентација на менаџерите кои ја изучуваат здравствената заштита опфаќа широк спектар прашања: од природата и производството на здравје на пазарот за здравствена заштита и медицинска нега до микро-евалуација на интервенциите. Гросман (Grossman, 1972) развил организациска рамка за проучување на организациската поставеност, со посебен акцент на потребите за медицинска нега, каде што медицинската нега е само еден од многуте фактори кои се користат за производство на здравје. Производството на здравје ги разгледува детерминантите на здравјето, вклучувајќи ги доходот, богатството, биологијата, јавната здравствена инфраструктура и интервенции, како и изборот на животниот стил. Многу фактори ја разбираат способноста на медицинската нега како можност за придонес во добро здравје. Најважниот и најмоќен увид е тоа што покрај здравствената заштита како економско добро и самото здравје може да се смета за добро, иако со посебни карактеристики. Тоа може да се смета како фундаментална стока: еден од вистинските објекти на потребите на луѓето и за што повеќе материјални добра и услуги - како што е здравствената заштита - се едноставно само средство за создавање. Оваа теорија потекнува од делата на Бекер (Becker, 1965) и Гросман (Grossman, 1972), а се појавуваат и кај економистите од 18 век, како Џереми Бентам (Jeremy Bentham, 1780), кој го напишал „олеснувањето на болката“ како „основно задоволство“.

Доколку е прифатено дека здравјето е фундаментална стока, побарувачката за подобрување на здравјето може да се анализира на многу слични начини како и секоја анализа на побарувачката за други добра и услуги. Клучната разлика е во тоа што здравјето не може да се продава и затоа тешко може да се анализира во пазарната рамка (односно, подобрувањето на здравјето, повеќе од јасно е дека не може да се купи директно). Наместо тоа, фокусот е ставен врз производство на здравјето, како клучно средство преку кое луѓето го искажуваат своето барање за него, што може да вклучи купување добра и услуги, а со тоа и индиректно да се купи подобрување на здравјето. Затоа, здравствената заштита произлегува од побарувачката за здравје. Ваквата анализа

може да се искористи скоро за сите добра или услуги, но е од особена важност за здравјето, бидејќи потрошувачката на здравствена заштита обично не е пријатна, туку се презема само заради подобрување на здравјето (Morris et al., 2007).

Моделот на побарувачката за здравје, развиен во 1970-тите од страна на Мајкл Гросман, ги третира инвестициите во здравството како форма на инвестиции во човечки капитал (Cuylet, Newhouse, 2000). Општиот модел на човечки капитал првично бил развиен од Гери Бекер во контекст на инвестирање во образованието и логично било да се прошири на здравјето (Becker, 1975).

Клучно е да се размислува за инвестирањето во капитални добра. Честопати се прави аналогија помеѓу здравствената заштита и поправката на машините, па се размислува како во насока за инвестирање, на пример, во машини. Едно лице може да купи машина за да заработи приход како консултант (на пример, ако машината е компјутер). Во овој случај, компјутерот е капитално добро. Или, некој може да купи компјутер за да работи и да прави работи од задоволство, како што се користењето интернет или играње игри. Во овој случај, компјутерот е исто така капитално добро што обезбедува низа услуги кои со текот на времето имаат парична вредност и вредност на корисност - аспекти на потрошувачка. Аспект на потрошувачка ќе биде радоста од играње омилена игра за време на викендот. Ако некој го користи компјутерот само за задоволство, тој сè уште е капитално добро, бидејќи обезбедува низа услуги со текот на времето (Johnson-Lans, 2006).

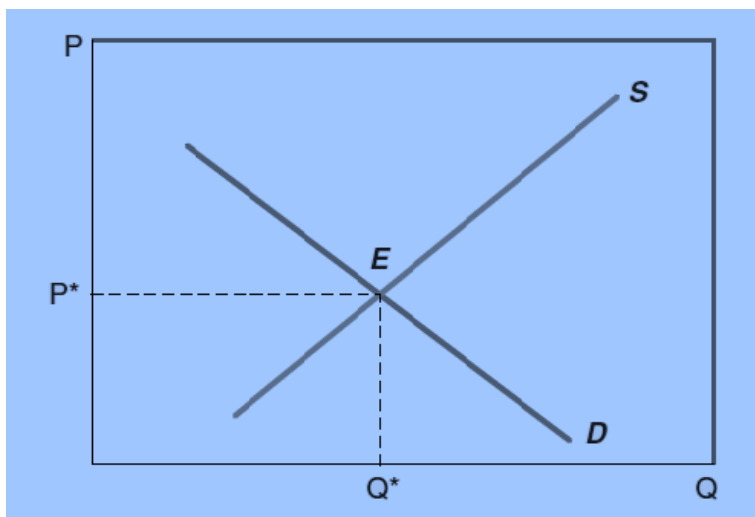
Со цел да се подобри инвестирањето во компјутер, потребно е одредено превентивно одржување, како што се чистење на тастатурата, заштита од вируси, итн. Понекогаш се потребни скапи поправки, како што е откажување на дискот. Во овој случај, поправката и одржувањето на компјутерот не се разликува од одржувањето на здравјето. Количината поправки потребни за компјутерот зависи од тоа како се третира. Рутинското одржување и поправки на компјутерот се изведуваат за да се намали амортизацијата. Ова е дел од бруто инвестирањето во компјутерот во текот на животот на машината. Бруто инвестициите ги вклучуваат трошоците за купување на компјутерот и неговото одржување (Johnson-Lans, 2006).

Основната активност на многумина од економистите надвор од САД е проценката на медицинските интервенции. Носителите на одлуки со ограничени ресурси сметаат дека е неопходно спроведување студии за споредување на трошоците и последиците од дијагностичките и терапевтските избори за да можат да носат ревносно информирани одлуки, со цел ефикасна распределба на ограничените ресурси. Анализата на

рентабилноста и методот на евалуација при избор во донесувањето медицински одлуки се од есенцијална важност за носењето одлуки во здравствената заштита. Примарен фокус на здравствените економисти во САД е пазарот за здравствена заштита. На побарувачката за здравствена заштита се гледа не само како на желба за пациентите да се чувствуваат добро туку и како начин да се инвестира во човечкиот капитал. Факторите кои влијаат на побарувачката на здравствена заштита се (Henderson 2005): социоекономските фактори на населението, демографијата на пациенти, бариерите за пристап и улогата на давателите на услуги, и утврдувањето услуги кои треба да се обезбедат.

Понудата на здравствената заштита опфаќа широк спектар теми од општествените науки, како што се: теоријата на производство, влезните пазари, како и вештини кои подразбираат управувачки способности за избор на соодветни стратегии кои ќе ја водат здравствената организација кон подобро позиционирање на пазарот. Специфичните прашања што треба да се испитуваат се однесуваат на трошоците за производство, влезните супститути, како и на природата и улогата на стимулансите. Понудата и побарувачката се сечат едена со друга за да се воспостави рамнотежа на пазарот на здравствена заштита (како што е означено на Слика 1-1). Пазарите се во состојба ефикасно да ги распределат ограничените ресурси каде што се најпродуктивни, со формирање на цени за сè.

Слика 1.1 Рамнотежа на пазарот



Извор: Jacobs, P., J. Rapoport., (2002) *The Economics of Health and Medical*, Jones and Bartlett Publishers 5th ed. Sudbury, p.14.

Анализата на целокупните цели и задачи на здравствениот систем е предмет на макроекономски проценки. Тука се прават меѓународните споредби, на пример, како нашиот систем се споредува со системите на другите земји во однос на трошоците, пристапот и квалитетот. Здравствените системи постојано се менуваат. Креаторите на политиката и планерите секогаш бараат подобри начини за да обезбедат понуда и да наплатат за зголемениот број услуги за медицинска нега што ги бара заедницата.

1.2 ПРИДОНЕС НА ЕКОНОМИЈАТА ВО ПОЛИТИКАТА НА ЗДРАВСТВОТО

Разбирањето во врска со економијата, односно што таа може, а што не може, го прави првиот најважен чекор во користење на нејзините сознанија како алатка на здравствената политика. Економијата може да понуди рамка за проучување на импликациите од индивидуалното донесување одлуки и да помогне во дефинирање на алтернативните механизми кои се на располагање за да направат подобрување во распределувањето на ресурсите. Таа не може да се користи за решавање на проблемите во пристапот и испораката на здравствената заштита.

Правилното креирање на здравствената политика се заснова врз здравите економски принципи кои се поврзани на многу чувствителен начин. Лекциите може да се научат од основите на економијата - лекции за човековото однесување и начинот на кој поединците донесуваат одлуки, реагираат на стимулации, комуницираат едни со други - и за ефикасната распределба на ограничените ресурси. Економистите го немаат последниот збор во управувањето со здравствените системи, но можат да дадат значаен придонес во управувањето со нив и начините на кои тие се поврзуваат со системот на здравствена заштита.

И покрај огромните познавања од економијата, сепак, важнисе концептите кои ќе се користат кога се анализираат медицинските пазари и политиките на овие пазари. Примарната функција е да се испитаат основните принципи на пазарот.

1.3 ОСНОВНИ ИЗБОРИ ШТО МОРА ДА СЕ НАПРАВАТ ВО ОДНОС НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ

Развојот е неминовност, долгорочен, сложен процес чија цел е подобро функционирање на целиот систем. Работните организации и луѓето кои работат во нив, имаат за цел да ги задоволат своите корисници. За развојот да биде што посистематичен, но и континуиран, неопходно е да се изработи програма за развој на организацијата. За оваа програма да биде што поуспешна, мора да ги задоволи следниве услови (Micovic, 2008):

1. Да ја прифатат сите менаџерски нивоа во организацијата;
2. Да се почитуваат мислењата на странските експерти;
3. Да се вклучи топ-менаџментот во организацијата;
4. Да ја прифатат лидерите на различни групи; и
5. Успехот во првите фази претставува предуслов за натамошна примена на програмата.

Во зависност од ситуациите околу организацијата, но и оние внатре во неа, постојат потреби за промена. Така на пример, под фактори на промена се подразбираат (Tasic, 2002):

1. Факторот од надворешно опкружување, што е во врска со способноста на организацијата да ја задоволи надворешната потреба на здравствената установа, т.е да се постигнат оние цели кои доведуваат до задоволување на потребите на населението за здравствена заштита.

2. Факторот од внатрешно опкружување, пак, се однесува на исполнување на нејзините внатрешни потреби, односно нејзиниот внатрешен развој. За здравствените установи тоа е постигнување на оптимизација на нејзината организациска структура, создавање одговорна кохезија помеѓу единиците на установата и задоволување на потребите на своите работници.

Методите кои можат да се користат во процесот на промена се (Tasic, 2002):

• Процес на решавање на проблемите, се применува во организациите кога се работи за ризици и можности за делење во своето опкружување, во овој случај менаџерот може сам да ги решава проблемите или пак да работи на нивно решавање заедно со своите соработници;

- Процес на обнова на организацијата, при што доаѓа до промена на методите и стиловите на работа на менаџерите во дадени услови, односно прилагодување според потребите на промените;

- Менаџмент на соработка е нов начин на управување, кога менаџерите се откажуваат од хиерархискиот авторитет, дозволуваат поделба на моќта, односно поголема улога за подредените во процесот на одлучување;

- Културата, односно културниот амбиент може да игра значајна улога во процесот на промена на сите норми, ставови, интеракции и други аспекти од животот на организацијата;

- Акционото истражување се однесува на начинот на кој одговорните за развој на организацијата реагираат на сознанијата за организациските потреби од подобрување на работата и како е можно да се помогне на организацијата при спроведување на ова подобрување.

Акционото истражување најчесто вклучува(Tasic,2002):

1. прелиминарна дијагноза од страна на лицата одговорни за промени;
2. собирање податоци за поткрепа или оспорување на дијагнозата;
3. фидбек податоци за членовите на организацијата;
4. истражување на податоците од членовите на организацијата.

Главна цел и задача на здравствениот систем и менаџментот е унапредување и подобрување на здравјето на луѓето, вклучувајќи ги и сите други фактори кои имаат влијание врз здравјето. Ако се прифати дека главна цел на здравствениот систем е да го унапреди и зачува здравјето на луѓето, тогаш беспредметно е да се расправа дали е тој потребен. Веројатно, поадекватно е да се заклучи дека не само што е потребен, туку дека е и неопходен за современото општество, бидејќи со негово добро функционирање, може значајно да се подобри здравјето на луѓе. И покрај својата општа главна цел, тој има и други две цели кои се еднакво важни заради нивниот придонес кон општата цел, а тие се: одговорност и праведност. Одговорноста се однесува на задоволување на она што луѓето го очекуваат од здравствениот систем, а праведност значи еднакво добар пристап и пружање здравствена услуга секому, без дискриминација, преку фер финансиска контрибуција.

Главни цели на здравствениот систем се (Reinhardt et al.2002):

- Унапредување и зачувување на здравјето на луѓето,
- Одговорност кон очекувањата и барањата на луѓето за здравствена заштита, и

- Чесна (фер) и праведна финансиска контрибуција.

Успешноста во функционирањето на здравствениот систем може да се мери врз основа на достигнувањето на овие цели. Значи, неопходно е здравствениот систем да биде соодветно структуриран, успешно раководен, ефективен, организиран и адекватно финансиран за да функционира добро и позитивно да влијае врз унапредување на здравствената заштита и здравствената состојба на населението. Здравствениот систем спаѓа во посложените општествени системи (заедно со политичкиот, стопанскиот/економскиот, системот на социјална заштита, системот на образование) и неопходно е негово соодветно управување. Крајна цел на менаџирањето е унапредување на системот на здравствена заштита што ќе овозможи подобрување на здравјето на населението. Да се менаџира здравствениот систем значи да се водат сите активности, планови и програми во сферата на здравствената заштита, како на ниво на здравствена организација, така и на здравствениот систем во целина. Добрата и постојана комуникација и размена на сознанија и информации помеѓу сите делови на здравствениот систем и, особено, соодветната поделба на работите помеѓу нив, правилно водена и управувана, овозможува успешно функционирање на сите негови делови. Соработката помеѓу заедницата и здравствениот систем е широко фокусирана, со што заедно се опфатени различни заинтересирани страни. Соработката опфаќа и подразбира широк дијапазон активности со цел да се зголемат пристапот и достапноста на ранливите групи и на групите од пониските социјални слоеви во рамките на заедницата, координирање на здравствената грижа низ системот на здравствена заштита и промовирање стратегии што го подобруваат здравјето на заедницата и нејзината добросостојба. Здравствениот систем обично е организиран на три нивоа, (Bobaddila, 1998):

- Најпериферното ниво, комунално или општинско ниво - ниво во локалните заедници, во единиците на локалната самоуправа/општините - базично или основно ниво (тоа е нивото на примарната здравствена заштита). Ова ниво ги вклучува поединците и семејствата кои имаат активен интерес и учествуваат во решавањето на своите здравствени проблеми и на тој начин стануваат рамноправни членови на здравствениот тим.

- Регионално / меѓуопштинско ниво, ниво на регионите - интермедијарно ниво (тоа е ниво на специјализирана здравствена заштита).

- Национално ниво - централно, на ниво на државата (и на ова ниво се обезбедуваат покомплексни и поспецијализирани услуги). Меѓу овие три нивоа постои функционална поврзаност и поделба на работата. Менаџментот на национално (централно) ниво е врвот на хиерархијата. Таму се спроведуваат законски, стручно-методолошки, политичко-стратешки, високостручни и управувачки активности. На ова ниво се наоѓаат општествено-јавните институции (Собрание, Влада, министерства, итн), стручно-методолошки институции (Институт за јавно здравје, поранешен Републички завод за здравствена заштита), стручно- научните институции (Институт за социјална медицина) и други институции од национално значење. За нив се користи терминот администрација (*administrare*, лат - да се помага). Во администрацијата работат службеници, избрани врз основа на своите стручни квалификации (државни службеници) или именувани од владата, и фиксно платени.

На централно ниво, главен менаџер е Министерството за здравство. Приоритетни активности на централно ниво се (Hofer, 1979):

- Донесување закони и други прописи од доменот на здравствената заштита
- Донесување национална здравствена политика (општи цели за подобрување на здравствената состојба, приоритети и главни правци за нивно постигнување)
 - Изработување и донесување национална здравствена стратегија, базирана врз националната здравствена политика, со дефиниран широк спектар потребни акции во сите сектори на делување
 - Изработка на национален акционен план за операционализација на стратегијата (во кој поподробно е наведено: што да се направи, кој да го направи, во кој временски период, со кои средства со кои индикатори ќе се следат активностите што ќе се спроведуваат). Националниот акционен план е рамка која понатаму води кон подетално програмирање, буџетирање, извршување, проценка / евалуација
 - Донесување стручно-методолошки препораки за квалитетно спроведување на програмите за здравствена заштита (на пр. на национално ниво се донесува програма за намалување на кариесот кај децата).
 - Донесување соодветни прописи за здравствено осигурување (на пример: Закон за здравствено осигурување, прописи за правата и обврските на осигурениците)
 - Изработка/дефинирање стандарди и нормативи на здравствена заштита, заради подобрување на квалитетот на здравствената заштита (норматив: број на прегледи во 1

час, број на лабораториски испитувања во 1 час; број на население на еден рентген апарат,...)

- Координирање, како во рамки на здравствениот сектор (на пр. Фондот за здравствено осигурување треба да ја координира својата работа со болниците, со Институтот за јавно здравје, со здравствените установи на ниво на примарна здравствена заштита), така и на меѓусекторската соработка (на пр. Министерството за здравство соработува со Министерството за животна средина и просторно планирање во случаи на поврзаност на состојбата на животната средина со здравјето на луѓето. Или Министерството за здравство соработува со Министерството за труд и социјална политика по прашањата за користење на правото на здравствена заштита на корисниците на социјална помош, децата без родители, околу додатоци за инвалидизираните лица и др.). Менаџментот на интермедијарното/регионално ниво опфаќа поголем број и посложени здравствени установи. На ова ниво се среќаваат општи и специјални болници, како и подрачните единици на Институтот за јавно здравје. Може да има и приватни здравствени установи. На интермедијарното ниво најчесто се преземаат следниве активности (Neun, 2004):

- Планирање и развој на здравствените установи;
- Изработка на планови и програми за работа на здравствените установи;
 - Следење на реализацијата на плановите и програмите;
- Нивна евалуација; и
- Стручен надзор.

Регионалните единици за јавно здравје имаат најголема улога и одговорност при изработката на плановите и програмите, при следењето на нивното спроведување, при координирање на работата на здравствените установи и при евалуација на програмите. Регионалните единици за јавно здравје го вршат и стручниот надзор врз работењето на здравствените установи што се наоѓаат на примарното ниво. Менаџментот на периферно (локално) ниво е нивото на примарна здравствена заштита во која се вклучени: промоција, превенција, рано откривање, дијагностицирање и лекување. На ова ниво се сервисираат до 85 % од потребите (барањата) на населението.

Започнувањето и примената на Стратегијата за здравје за сите до 2000 година (предводена од Комитетот за животна средина и здравје во соработка со Министерството за здравство, технички и стручно поддржан од Регионалната канцеларија на СЗО за Европа и Канцеларијата на СЗО во земјава) преку примарна здравствена заштита, влијае врз обидите за реформирање на здравствениот систем врз

база на таа стратегија. Во фокусот на здравствениот систем се става примарната здравствена заштита, како и пред барањето за неа да се решаваат и стварните потреби за здравствена заштита. Во последната декада на 20-иот век доаѓа до отстапување од визијата за најпроста и најосновна заштита за сиромашните и секоја можна заштита за секого, а потоа се преоѓа кон визијата на Светската здравствена организација, таканаречена „нов универзум“, која подразбира овозможување основна здравствена заштита со висок квалитет за сите.

Оваа нова визија е заснована врз критериумите на ефективност, чинење и задоволување на социјалните сфаќања. Таа вклучува избор на приоритети меѓу интервенциите, ги почитува етичките принципи неопходни за работа на ефикасни и рационални здравствени служби. Несомнено е дека на создавањето на визијата „нов универзум“ влијаеле многу фактори, меѓу кои значајна улога имале големите политички и економски промени. Овие промени вклучуваат и трансформација на здравствениот систем во правец на задоволување на очекувањата на луѓето, кои што секој ден се сè поголеми, со колку што е можно помала контрола од страна на државата и поголема децентрализација.

Идеолошки, ова значи поголемо внимание врз поединечниот избор и одговорност. Политички, ова значи намалување на ветувањата и очекувањата за тоа што државата треба да направи. Но во исто време, очекувањата на луѓето од здравствениот систем се поголеми од кога и да било. Скоро секој ден се појавува и објавува некој нов лек или третман (лечење), или натамошен развој на медицината, или здравствената технологија. Резултатот на тоа е зголемување на барањата и притисокот на здравствениот систем вклучувајќи ги двата сектора: општествениот и приватниот, во сите земји, како во богатите, така и во сиромашните. Јасно дека постои ограничување во тоа колку државите можат да финансираат и што здравствената служба може да овозможи.

Иако во светот нема универзален рецепт за развој на здравствениот систем, затоа што тој зависи од политички, социјални, административни и други фактори и влијанија, определени заеднички принципи се идентификувани и прифатени од сите членки на СЗО. Во глобалната стратегија „Здравје за сите до 2000 год“, предложени се следните основни принципи за развој на здравствениот систем:

- Здравствениот систем треба да ги опфати сите граѓани врз основа на единство и взаемност;

- Тој треба да ги вклучува деловите (компонентите) од здравствениот сектор, но и од другите сектори чии поврзани активности влијаат врз здравјето;
- Примарната здравствена заштита треба да се состои најмалку од есенцијалните елементи објавени од Декларацијата од Алма-Ата;
- Другите елементи на здравствениот систем треба да помогнат во остварување на првото ниво на примарна здравствена заштита, за да овозможат спроведување на овие есенцијални елементи;
- На интермедијални нивоа треба да се решаваат комплексни проблеми како и да се спроведе логистичка помош, на овие нивоа образованите лица треба континуирано да ги обучуваат лицата од примарната здравствена заштита заради решавање на практичните проблеми во врска со сите аспекти од примарната здравствена заштита;
- Централното ниво треба да ги координира сите делови на системот и да овозможува стручна помош во планирањето, вештината на раководење во сите аспекти кои што се заеднички за сите установи и земји.

1.4 ПРИМЕНЛИВОСТ НА ЕКОНОМИЈАТА И МЕНАЏМЕНТОТ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Разбирањето на економијата на здравствената заштита е важно од повеќе причини. Прво, здравјето е важно за нас како поединци и како општество, а здравствената заштита е еден, иако не и единствен начин на менување на инциденцата и влијанието на лошо здравје и болест. Достапноста на здравствената заштита може да ги одреди квалитетот на животот и можноста за опстанок. Економската анализа нуди единствена и систематска интелектуална рамка за анализа на важни прашања во здравствената заштита и за идентификување на решенија за заедничките проблеми. Конкретно, односно во крајност, економијата на здравствената заштита е реално прашање на живот и смрт.

Второ, здравствениот сектор е многу голем. Здравствената заштита е главната компонента на трошењето, инвестициите и вработувањето во секоја развиена земја, така што економското работење на здравствениот систем е клучно поврзано со целокупната економска благосостојба на една земја и на нејзините граѓани (Reinhardt et al., 2002).

Трето, одлуките за тоа како здравствената заштита е финансирана, обезбедена и дистрибуирана се под силно влијание на економското опкружување и економските ограничувања. Глобалните, националните и локалните реакции на здравствените

прашања стануваат сè повеќе информирани со економските идеи и методи на анализи. Една добра причина за разбирање на здравствената економија е вклучувањето во дебатите за политиката, како информиран критичар. За оние кои работат во здравствените служби, познавањето на теоријата и методите на економска анализа се од суштинско значење за да се разбере контекстот на медицинската пракса и затоа што доказот за продуктивноста, ефикасноста и вредноста за парите сè повеќе станува норма во модерните здравствени системи.

Здравствената економија претставува примена на економска теорија, модели и емпириски техники за анализа при донесувањето одлуки од страна на поединци, даватели на здравствени услуги и влади во однос на здравството и здравствената заштита. Тоа е гранка на економската наука - но не е само примена на стандардната економска теорија за здравството и здравствената заштита, како интересна тема. Здравствената економија е цврсто заснована врз економската теорија, но исто така вклучува посебно развиена теорија за да се разбере однесувањето на пациентите, лекарите и болниците и аналитички техники развиени за да се олеснат одлуките за распределба на ресурсите поврзани со здравствената заштита. Здравствената економија еволуирала во високо специјализирано поле, користејќи ги во својот приод сродните дисциплини, како што се епидемиологијата, статистиката, психологијата, социологијата, оперативните истражувања и математиката. Алтернативно, таа може да се смета како суштински дел од збир на аналитички методи кои се применуваат во здравството и кои обично се означени со истражување на здравствените услуги.

Овие термини кои се однесуваат на здравствената економија служат како обединувачки теми кога се разгледува (Fuchs, 2005):

- Недостиг, се осврнува на проблемот со ограничените ресурси и потребата да се прават избори. Рационализацијата е неизбежна, бидејќи не се достапни доволно ресурси за потребите на сите. Затоа, треба да се знае како да се избере помеѓу конкурентските цели, кои се резултат на недостигот.
- Алтернативите се разгледуваат како трошоци за можностите и ја препознаваат нивната улога. Трошокот за која било направена одлука или избор се мери во однос на вредноста ставена врз можноста од која сме се откажале.
- Маргиналната анализа препознава дека изборите се прават на маргината, а не врз основа на сè - или ништо. Воздравствено-економското опкружување,

разгледувањето и одлучувањето се засноваат врз постепени придобивки и трошоците на алтернативите.

Заинтересираноста е примарен мотиватор на економските актери. Луѓето се мотивирани ефикасно да ги спроведуваат одлуките за производство и потрошувачка.

Пазарот ги остварува своите задачи преку систем на цени, односно преку „невидливата рака“ на Адам Смит.. Невидливата рака може да распредели ресурси, бидејќи секој и сè си имаат цена. Цените се зголемуваат кога нешто се бара повеќе, а се намалуваат кога нештото се бара помалку. Ценовниот механизам станува начин да се донесе излезната одлука на фирмата во рамнотежа со желбите на потрошувачите, што е и улога на еквилибриумот.

Понудата и побарувачката служат како основа за економската анализа. Одлуките за цените и излезот се базираат врз силите на кои се потпираат овие два економски концепти. Рационализирањето со користењето цени се случува кога добрата и услугите се распределуваат на пазарот врз основа на подготвеноста на потрошувачите да ги платат и подготвеноста на понудувачите да ги обезбедат по одредена цена. Конкуренцијата ги присилува сопствениците на ресурсите да ги користат своите ресурси за да го промовираат највисокото можно задоволство на општеството: потрошувачите, производителите и инвеститорите. Ако сопствениците на ресурсите го прават тоа добро, тие се наградени. Ако се неефикасни, се казнуваат. Конкуренцијата го зема производството од рацете на помалку конкурентните и го става во рацете на поефикасните - постојано промовирајќи ги ефикасните методи на производство. Ефикасноста мери колку добро се користат средствата за промовирање на социјалната заштита. Неефикасното искористување ги троши ресурсите, додека ефикасната употреба на ограничените ресурси ја промовира социјалната заштита. Социјалната благосостојба се промовира преку конкурентните пазари, преку релативно независно однесување на илјадници носители на одлуки. Потрошувачите се обидуваат да се подобрат со распределба на ограничени буџети. Производителите го максимизираат профитот со користење на методите за минимизирање на трошоците.

Неуспехот на пазарот се јавува кога слободниот пазар не успева да промовира ефикасна употреба на ресурсите со што произведува повеќе или помалку од оптималното ниво на излез. Изворите на пазарен неуспех вклучуваат: природен монопол, олигопол, екстерналии на производство или потрошувачка и јавни добра. Други неуспеси на пазарот може да се појават преку прекршување на конкурентскиот пазар, како што се нецелосни информации и неподвижни ресурси (Santerre и Neun, 2004).

Економијата е начин да се организира размислување за проблемите со кои се соочуваме во секојдневниот живот. Да се размислува како економист е барање за дисциплиниран пристап кон проблемот. Од суштинско значење е разумно расудување во систематски рамки. Вредноста на економијата произлегува од нејзиата корисност во смисла на решавање на сложени социјални прашања. Економијата е една од организациските науки која се обидува да го објасни човековото однесување. Меѓутоа, таа е единствена во тоа што воспоставува контекст на недостиг и несигурност. Поточно, економијата објаснува како ограничените ресурси се распределуваат меѓу конкурентските алтернативни употреби за да се задоволат неограничените човечки потреби. Целта на економската ефикасност произлегува од фактот дека никогаш нема доволно ресурси за да се обезбедат сите добра и услуги што ги посакува општеството. Економистите го нарекуваат овој концепт недостиг. Користењето ресурси во една алтернатива влијае да не може да се користат истите ресурси во конкурентна активност или алтернатива. На пример, ресурсите што се применуваат во здравствената економија, не можат истовремено да се применат и во домувањето или образованието.

Терминот „трошоци за можности“ се дефинира како потенцијална корист што може да се добие ако ресурсите се искористат во нивната следна, најдобра алтернатива. Парите од даноци што се користат за купување медицинска нега за стари лица не можат да се искористат за да се купи образование за младите. Усвојувањето на целта на економска ефикасност подразбира дека треба да се направат избори со кои се максимизира вкупната корист од сите расположливи ресурси. Во здравствената економија, ова вклучува проценка на алтернативите за здравствена заштита со пресметување на придобивките и трошоците за секоја алтернатива и распределба на ресурсите на начин што ги максимизира нето-бенефициите за населението што се зема предвид.

Економско моделирање-Сите научни модели започнуваат со претпоставки. Економските модели почнуваат со претпоставка дека одлуките се рационално условени во услови на недостиг. Односно, активностите на луѓето се насочени кон постигнување објективно дадени ограничувања. Оваа претпоставка ја прави економијата поинаква од другите општествени науки.

Во микроекономијата, претпоставката за рационално однесување воспоставува конзистентна рамка за индивидуално донесување одлуки. Се претпоставува дека поединците мораат да избираат меѓу конкурентни алтернативи, со цел да се задоволат одредени потреби. Еден од ограничените ресурси од распределбата меѓу овие цели е

всушност проблемот. Затоа, мора да се направат избори. Носителите на одлуки, мотивирани од стимулациите, го следат својот личен интерес. Во донесувањето одлуки доминира потрагата по личен интерес. Поединците ги користат своите ресурси за да ја унапредат сопствената економска благосостојба. Кога се соочуваат со алтернативни акции, тие ја избираат онаа акција што ги прави подобри. Луѓето го бараат најдобриот начин да ги постигнат целите. Носителите на одлуки честопати практикуваат рационално незнаење, што значи дека прават избор врз основа на нецелосни информации. Од гледна точка на носителот на одлуката, информациите што се остава да се соберат, чинат повеќе отколку што сметаат дека вредат. Недостатокот е токму причината заради што се проучува економијата. Одлуките мора да ги земат предвид неостварените можности.

Изборите во здравствената економија се прават на две нивоа (Morris et al., 2007): индивидуалните актери мора да одлучат за најдобриот начин на третман или услуги за конзумирање и креаторите на политиката мора да одлучат за најдобриот начин на дејствување за целата заедница.

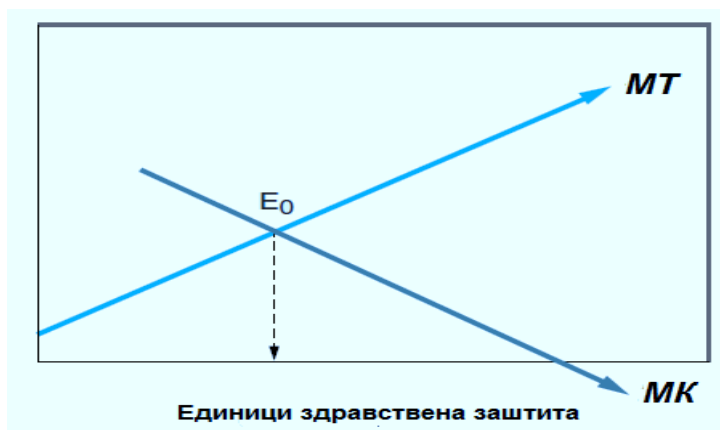
Здравствената економија мора да ги разгледа следниве прашања: кој треба да се лечи, кога да започне со третман, каде да се лекува, и колку третман да понуди. Од многуте начини треба да се најдат најдобрите алтернативи, притоа во овој дел критериум ќе биде економската ефикасност. Рамката на оваа анализа е неокласичниот модел со претпоставки за рационално однесување на носителите на одлуки. Фирмите го максимизираат профитот, со оглед на технологијата и трошоците на ресурсите; а потрошувачите ја зголемуваат корисноста или задоволството од конзумирање разни количини на добра и услуги, со оглед на ограничениот приход и цените на разгледуваните добра и услуги. Работодавецот „ги снабдува“ работниците со цел да ја зголеми корисноста од конзумирањето на добрата и услугите и слободното време на располагање, во зависност од висината на платата. Ова повеќе или помалку независно однесување на дел од економските актери води до рамнотежа како што е претставена во рамки на понудата и побарувачката воведени во подоцнежните поглавја.

Во оваа рамка, оптималната потрошувачка на добра и услуги е таму каде што маргиналната корист (МК) од потрошувачката (т.е. дополнителната корист добиена од конзумирање на следната единица на доброто или услугата) е еднаква на маргиналниот трошок (МТ) на потрошувачката (т.е. дополнителни трошоци за конзумирање на следната единица на добро или услуга).

Поединци ќе продолжат да купуваат добра или услуги додека $MK < MT$. Со оглед на тоа што MK се намалува и MT се зголемува како што се трошат повеќе од добрата или услугите, двата конвергираат со одредена количина. Доколку $MK = MT$, постигната е рамнотежа и потрошувачот нема да троши повеќе. Ова е местото каде што дополнителната корист само е еднаква на дополнителните трошоци за конзумирање на следната единица на добро или услуга.

Од перспектива на економијата, непотребно е да се конзумираат сите можни медицински придобивки колку што е можно повеќе. Како што е прикажано на Сл. 1.2 надвор од точката на рамнотежа, MK не е доволно голема за да го компензира медицинскиот ризик. Ресурсите кои се користат за обезбедување вишок грижа се подобро користени на друго место. Ресурсите што се користат на овој непотребен начин не можат да се користат во нивните следни најдобри алтернативи, како што се домување или транспорт.

Слика 1.2 Економска оптимизација



Извор: Jacobs, P. and J. Rapoport., (2002) *The Economics of Health and Medical*, Jones and Bartlett Publishers 5th ed. Sudbury, p.14.

Централните принципи на економијата можат да се сумираат (Henderson, 2005) :

- Ресурсите се релативно оскудни во однос на желбите.
- Да се направи рамнотежа помеѓу ограничените ресурси и неограничените желби вклучува правење избор.

Медицинските одлуки вклучуваат трошоци и придобивки. Од суштинско значење е лекарите и креаторите на политиките да имаат познавање на економските модели за да обезбедат основа за разбирање на проблемите кои влијаат врз медицинската нега и политика. Важно е да се постигне рамнотежа помеѓу поединечните придобивки и трошоци. Носењето одлуки ретко се заснова врз ситуација на сè - или ништо, туку обично

вклучува компромиси. На пример, ако сакаме да потрошиме повеќе за магнетна резонанца, тогаш треба да потрошиме малку помалку за услугите за ментално здравје. Ова дава благ вовед во некои од основните економски концепти кои го поткрепуваат подеталниот и ригорозен третман на здравствената економија.

Повеќето од нас веројатно сметаат дека е очигледно дека секој сака добро здравје, и заради квалитетот на животот и затоа што придонесува за нашиот преостанат продуктивен и заработувачки приход. Сепак, голем дел од времето поминува во одредувањето на факторите кои влијаат врз здравјето, а економистите го користат формалниот модел на инвестирање во здравството. Здравјето се анализира како акции на капитал што дава прилив на здрави денови, исто како што богатството е акции на финансиски капитал кој дава прилив на приход. Во многу случаи, медицинска нега се презема за да се здобиеме со повеќе здрави денови и затоа може да се толкува како инвестиција во состојбата на здравјето. Нештата што придонесуваат за создавање подобро здравје, како што се: здрава храна, чист воздух и вежбање, може да се сметаат за здравствена заштита.

Подобрувањето на здравјето не е единствената карактеристика на здравствената заштита што ја зема предвид здравствената економија. Многу видови здравствена заштита може да влијаат на другите аспекти на благосостојбата на лицето. На пример, обезбедување повторно уверување или намалување на анксиозноста за нивната здравствена состојба, без разлика дали е променето нивното здравје. Дури и кога главната или единствена цел на здравствената заштита е да се подобри здравјето, начинот на кој се обезбедува исто така може да биде важен - на пример, квалитетот на оброците што се даваат за време на престојот во болницата може да биде важен за луѓето, дури и ако тој аспект нема влијание врз здравјето. Но, за повеќето видови здравствена заштита, нивната најважна и најинтересна карактеристика е тоа што се наменети да го сменат здравјето, а не дека се услуги што ги обезбедува здравствената индустрија (Morris et al., 2007). Оваа опсервација го претставува моделот на побарувачката за здравје со здравствена заштита како инпут на производството на здравје. Исто така, зема предвид дека може да има негативни последици во производството на здравје. Формулирањето на основата за побарувачката за здравје обезбедува основа за побарувачката за здравствена заштита - која произлегува од побарувачката за здравје. Општо земено, веќе е кажано дека менаџментот е континуиран процес насочен кон остварување на поставените цели на најефикасен начин. Кога се зборува за здравствената заштита, се зборува за решавање на здравствените потреби на поединецот, заедницата и

популацијата. Преземените мерки и постапки треба да имаат што поголем учинок и навистина да го решат проблемот што треба да биде решен (се говори за адекватност на мерките), а трошоците треба да бидат во согласност со можностите на заедницата. За тоа да се постигне, неопходно е (Cooper, 2003):

- навремено планирање - на мерките на заштита,
- следење - за време на нивната примена, и
- оценување - на резултатите по определено време.

Овие постапки се менуваат последователно, во циклус, кој се вика „циклус на менаџмент во здравството“. Тој може да се подели на поголем или помал број делови, во зависност од нивото на кое се планира и во зависност од намената односно целта која таквото планирање сака да ја постигне. Обично, циклусот се состои од седум делови кои претставуваат засебни целини. Секој од нив има свои особености. Во праксата, некои чекори се преклопуваат или се одвиваат истовремено и траат различно долго. Сето тоа може да доведе системот на здравствена заштита да изгледа комплициран. Циклусот започнува со креирање на здравствената политика. Во овој прв дел, се дефинираат целите, се поставува основната стратегија, се разгледуваат можностите и се усогласуваат интересите на различните групи во заедницата и општеството. Овој процес се одвива во претставничките тела (Собрание, Влада) со вклучување на претставници на осигурениците, граѓаните, стручните друштва / комори. Потоа следи вториот дел на циклусот - оценка на здравствената состојба. Во оваа фаза се утврдува здравствената состојба на населението, се одредува важноста на здравствените проблеми и редоследот на нивно решавање. Притоа се користи споредување со состојбата во другите земји, особено со соседните, и се утврдуваат трендовите. По оваа фаза следи третата, која подразбира одредување и избор на мерки за заштита. Во неа се одредуваат главните насоки за решавање на здравствените проблеми (на пр. во кој дел од здравствениот систем ќе се вложува повеќе). Или, во оваа фаза се одредува видот и бројот на специјализации, и др. Овие наведени три чекори се одвиваат на национално ниво (највисокото). Потоа следи четвртата фаза - усогласување на потребите и можностите со потсистемот на планирање на здравствената заштита на регионално и меѓуопштинско ниво. Петтата фаза, опфаќа распоредување на средствата и изработка на конкретни програми и планови прилагодени на потребите и условите на даденото подрачје (град, општина). Овие програми се реализираат во шестата фаза - фазата на спроведување односно имплементација. Во овој дел од циклусот особено се потребни менаџерски

знаења, вештини за работење во тим, мотивација, водство, како и знаења за успешно користење на расположливите средства. На крајот, во седмиот дел потребно е да се процени (да се евалуира) постигнатоста на целите, ефектот од спроведената заштита, како и успехот на поединечните мерки на интервенциите (*interventio*, лат. - да се дојде меѓу; означува правовремено вмешување). Целиот циклус (особено делот кој се однесува на спроведувањето на здравствената заштита) се следи со здравствено-информациски и статистички методи. Тоа се прави заради (National Bureau of Economic Research 2012):

1. прилагодување на мерките на здравствена заштита доколку настанат некакви промени во текот на спроведувањето, и заради

2. вреднување на резултатите.

Во сите делови на циклусот, т.е. во сите негови фази неопходни се целосни менаџерски знаења и вештини. Во некои фази потребно е донесување политички одлуки, некои се од чисто менаџерски карактер, а во некои се потребни професионални и стручни здравствени приоди. Стручните лица кои учествуваат во управувањето и раководењето треба да бидат добро информирани, соодветно едуцирани за одредена задача, мора да имаат способност на прилагодување и флексибилност во текот на работењето.

Здравствените организации нудат мноштво можности за учење, можности кои се капитализирани во управувањето со резултатите (види слика 1.3).

Учење од науката. Здравствените процеси се дизајнирани и модернизирани со земање во предвид економични методи на третман кои се базираат врз докази.

Учење од резултати. Здравствениот тим редовно е информиран за резултатите од процесот на нега во однос на клиничките резултати, квалитетот на учењето, проценката на пациентите и трошоците.

Учење од соработниците на исто ниво. Процесите на здравствена заштита се дизајнирани на интегриран начин, земајќи го предвид инпутот на различните дисциплини. Освен тоа, тимот работи во мултидисциплинарна рамка.

Учење од другите тимови. Резултатите од еден тим се споредуваат со резултатите на другите тимови кои се вклучени во споредливи здравствени процеси.

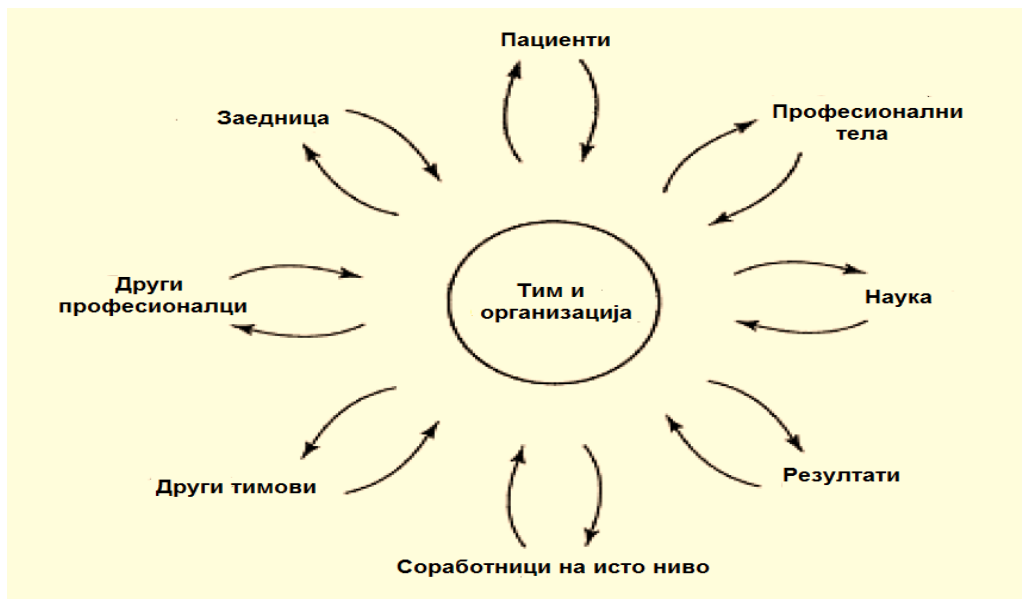
Учење од други професионалци. Тимовите добиваат тековни информации за резултатите од нивната работа и врз таа основа можат да го прилагодат својот работен метод за да испитаат дали резултатите се подобрени.

Учење од заедницата (социјална средина). Организацијата ги прави информациите достапни за заедницата и влегува во дијалог.

Учење од пациенти. Пациентите се вклучени во поставувањето цели, спроведувањето на третманот и оценувањето на третманот.

Учење од професионални тела. Управувањето со резултатите е за подобрување на резултатите од здравствената заштита. Тесно се поврзани со учењето од науката. Процесите на здравствена заштита вклучуваат професионални упатства и протоколи.

Слика 1.3 Процеси на учење во управувањето со резултатите



Извор: Feldstein, M. S., (1967) *Economic Analysis for Health Service Efficiency: Econometric Studies of the British National Health Service*, Amsterdam:North Holland, pp.51-102.

Пред да ги дефинираме принципите на управување со резултатите, да истражиме во длабочина што точно се подразбира под учење и како може да се охрабри организациското учење. Здравствената организација се состои од професионалци кои го користат своето знаење за да ги спречат медицинските проблеми, да ги лекуваат пациентите со медицински проблеми и да се грижат за пациенти со хронични проблеми. Знаењето што го поседуваат се менува, се ажурира и се проширува, поради што здравствените работници треба да го збогатат своето знаење на начин кој им овозможува подобро да ги постигнат своите цели за лекување. Професионалците - и на индивидуално и на тимско ниво – на тој начин континуирано учат од искуствата на другите наведени во литературата и други форми на ширење на знаења, но, пред сè, од сопствените искуства. Ова знаење се стекнува во процесот на учење. Знаењето и учењето што ги

претставуваат клучните зборови ќе ги истражиме подетално. За таа цел ќе ги користиме набљудувањата на (Weggeman et al. 1997). Разликуваме три концепти:

- *Податоците* се симболички приказ на фигури, количини, променливи или факти.
- *Информациите* им припишуваат значење на податоците, користење на податоците, така што тие преземаат значење, на пример, преку споредба на податоците.
- *Знаењето* е она што му овозможува на лицето да исполни одредена задача со избирање, толкување и проценување на информациите.

Примената во однос на здравствената заштита: имаме *податоци* за бројот на инфекции кои се случуваат со одредена медицинска интервенција. Овие податоци се категоризираат со текот на времето, така што трендот станува видлив. Трендот потоа се споредува со националниот просек и овој процес генерира *информации*. Врз основа на тие информации даваме изјави како „бројот на инфекции се намалува со текот на времето” и „бројот на инфекции е помал од националниот просек”. Ова е *знаење*: се применува кога се донесуваат одлуки во врска со прилагодувањето на здравствениот процес и е прилично линеарна презентација на она што всушност е цикличен процес. Со други зборови, знаењето (според Weggeman) е способност кој му овозможува на лицето да изврши одредена задача.

Знаењето (K) е резултат на информации (I). Знаењето, од една страна, е прашање на експлицитно и воспоставено знаење за одредена задача и, од друга страна, вклучува искуство, вештини и ставови (ESA), исто така познато како имплицитно знаење кое не е изнесено со зборови или броеви, но постои на имплицитен или потсвесен начин. Знаењето, на таков начин, е резултат и на експлицитното и на имплицитното знаење и може да се изрази со формулата: $K = I (ESA)$.

Експлицитното знаење е теорија, постапка или протокол, преносливо преку образование и може да се добие преку студија. Основна карактеристика на експлицитното знаење е тоа што може да се тестира.

Имплицитното знаење се постигнува од искуства, вештини и ставови; се пренесува преку демонстрации и се стекнува преку имитација и експериментирање. Учењето се одвива преку процес кој го збогатува постоечкото имплицитно или експлицитно знаење. Оттука, учењето е развој на знаењето. Влезот на учењето е знаење, но исто така е и излез: збогатено знаење. Учењето на тој начин подразбира конвертирање на нови знаења или надворешно знаење, со цел постојано да се прилагодува постоечкото знаење и да се подобри неговата соодветност за (во нашиот случај) извршување на грижа

и третман задачи. Процесот на создавање знаење исто така подразбира дека нешто се додава во доменот на знаење со постојните компоненти во новите комбинации. На тој начин, компонентите „информации” и „искуства, вештини и ставови” се ажурираат, на пример, со нова теорија, преку проширување на сопственото искуство, адаптација на вештините и промена на ставовите. Користејќи ги овие форми на знаење, истражувачите доаѓаат до формулирање на четири форми на учење (Табела 1.1), (Nonaka, Takeuchi 1995):

- *Социјализација*: на пр. учење како да танцувате или, преведено на здравствена заштита, стекнување хируршки вештини. Друга личност е потребна за овие активности, односно, активноста не може да се изврши самостојно.
- *Екстернализација*: документирање искуство во форма на јазик, на пр. во протоколи за нега или клинички патеки, или сертификација на процеси на нега.
- *Интернализација*: фаќање на знаење, на пример (практично интуитивни) рутини на медицинскиот персонал и лекарите.
- *Комбинација*: на пр. развојот на знаењето што се јавува кога знаењето за болеста е комбинирано со знаењето за превенција, како што е случај со управувањето со болестите. Или кога знаењето и искуството на медицинскиот персонал се комбинирани со знаењето на лекарот, како што е случајот во тимовите.

Во Табела 1.1 се наведени два концепта кои бараат дополнително појаснување: емпириско учење и рационално учење. *Емпириското учење* значи стекнување знаење преку искуство, како што е учење како да одиме или како да возиме велосипед. *Рационалното учење* го збогатува знаењето преку пренесување на постоечкото знаење, на пр. учење аритметика. Во здравството, постојат следните облици на учење: стекнување искуство преку работа и развивање на знаења засновани на темелно познавање на човечката анатомија и нејзините болести. Главен извор на знаење во здравствената заштита, според зборовите на Nonaka и Takeuch (1995), е имплицитното знаење. Вообичаено, раководството на институцијата ќе го активира тој извор со тоа што ќе се види дека „тркалото” на четирите процеси на учење континуирано се следи, а со тоа постојано генерира нови имплицитни знаења од повисок квалитет. Управувањето со резултатите има намера да ја систематизира оваа стимулација (Табела 1.2).

Табела 1.1 Четирите процеси на учење

	На имплицитното знаење	На експлицитното знаење
Од имплицитното знаење	<i>Социјализација</i> копирање од други, имитирање, креирање Односито претпоставен – стажант - студент, учат преку <i>обиди и грешки</i> (форма на емпириско учење, не е можно на индивидуална основа)	<i>Екстернализација</i> изразување со зборови Она што стана јасно преку социјализација, дијалог или размислување за сопствените акции, изразува имплицитно знаење во експлицитните концепти (метафори, аналогии, модели, хипотези, теории) (емпириско и рационално учење, може да се направи индивидуално и во тимови)
Од експлицитното знаење	<i>Интернализација</i> <i>Учење преку работа</i> ја проширува оперативната ефикасност на размислување и прави интеграција на социјализацијата, екстерна-лизацијата и комбинацијата на искуства во поединечната <i>премолчена база на знаења</i> (емпириско и рационално учење, не е можно во тимови)	<i>Комбинација</i> студирањето го реконфигурира постоечкото знаење со сортирање, категоризација, поврзување итн. наоѓањето нови комбинации создаваат системи за знаење преку комбинирање на <i>постоечките тела на знаење</i> (форма на рационално учење: индивидуално и тимови)

Извор: Nonaka I., Takeuchi I.,(1995), *Knowledge creating company*, Oxford University Press,New York, pp.12-89.

Во организации, процесите на учење се одвиваат на различни нивоа. Прво ниво, учење на индивидуално ниво. Секој здравствен работник има стекнато одредено знаење преку образование и искуство и го задржува тоа професионално знаење со надградба и негово проширување.

Табела 1.2 Процеси на учење во управувањето со резултати

	На имплицитното знаење	На експлицитното знаење
Од имплицитното знаење	<i>Социјализација</i> континуирано учење учење преку работа	<i>Екстернализација</i> протоколи упатства клинички упатства обезбедување квалитет пренос на знаење
Од експлицитното знаење	<i>Интернализација</i> експериментално учење учење преку работа	<i>Комбинација</i> мултидисциплинарни тимови работење во ланците на здравствената заштита информации за резултатите за споредување на трансферот на знаења

Извор: Nonaka I., Takeuchi I.,(1995), *Knowledge creating company*, Oxford University Press,New York, pp.12-89.

Учењето на индивидуално ниво се манифестира во смисла на подобрен метод на професионална работа и подобри индивидуални резултати во лечењето. Второ ниво, учењето се одвива на ниво на тим или група. Овде, голем број здравствени работници кои соработуваат во здравствениот процес развиваат колективно знаење, вештини и компетенции. Ова не е толку прашање на вкупниот збир на знаења на индивидуалното

знаење, туку изразито *колективноста* на знаењата и вештините стекнати во процесот на соработка на членовите на тимот и заемното зајакнување на компетенциите. Учењето на ниво на тим или група се изразува во подобрувањето на резултатите во одреден процес под одговорност на тимот. Трето ниво, учење на организациско ниво. Во центарот на организациското учење е знаењето кое е потребно и развиено за да може колективно да ја спроведува мисијата на организацијата. Учењето е насочено кон остварување на целите на организацијата. Ова вклучува подобрување на квалитетот на целокупното функционирање на организацијата и развој на нови услуги и производи. Учењето се изразува во подобрување на перформансите на организацијата како целина.

Оттука, организациското учење се однесува на создавање знаења за процесите на учење на индивидуално, групно и организациско ниво. Креирање свест во контекст на здравствената заштита има цел да им обезбеди на пациентите и на другите вклучени сè повеќе подобри услуги. Со други зборови: „организациското учење се однесува на подобрувањето на имплементацијата на целите на организацијата врз основа на искуството” (Argyris 2000). Изненадувачки е што повеќето автори секогаш го дефинираат или го опишуваат „учењето” во позитивна смисла, како учењето автоматски да претпоставува подобрување. Се разбира, може да постојат процеси на учење кои ги намалуваат перформансите на поединците, тимовите и организациите. Најмалку е интересен феноменот „одучување” во здравствените организации. Редовна појава кај методите на работа, што некогаш се затекнале, е дека тешко се напуштаат, дури и ако се покаже дека друг, нов метод функционира подобро. На пример (Linneman, 1984)

- неприфаќање на ставот за обезбедување услуги, бидејќи ова наводно не припаѓа на здравствена организација;
- несоработување со други тимови, бидејќи тимот се оценува само според сопствената изведба;
- реорганизација која не функционира на пазарно ориентиран начин, бидејќи нејзината култура е ориентирана кон производот, со цел да произведат сè подобри производи од перспектива на професионалците, а не од перспектива на пациентот.

Одредени авториво рамките на некои анализи, (Swierenga, Wierdsma 1990) даваат неколку примери на организации во кои учењето е ориентирано кон цел, но не е ефективно, како што е наставната организација и дидактичката организација. Наставната организација обично има пионерски карактер, со стратегијата интуитивно

насосочена кон кратки рокови, структурата неформална и културата окарактеризирана со моќта на неколкумина. Учењето во овие организации оди добро, но само во една насока. Дидактичката организација обично е стабилна бирократија, со дефанзивна стратегија, структурата е многу хиерархиска со многу формални правила, а културата рационална, ефикасна и избегнува конфликти. Овие организации не учат добро. Патем, не треба голем напор да се препознае дидактичката култура во многу здравствени организации.

Организациското учење е појавата на промени во однесувањето под влијание на знаењето. Организациското учење во неговата едноставна форма е доколку се открие грешка и потоа се корегира. (Argyris, 2000) го нарекува овој процес како учење *во единечна јамка*. Оваа форма на учење не ја менува ниту организацијата ниту принципот на здравствениот процес. Се прави проценка дали здравствениот процес го исполнува важечкиот стандард, ако не, се прават адаптации. Многу проекти за подобрување на квалитетот може да се наречат учење во еден циклус. *Учењето во двојна јамка* вклучува промена на основните принципи. Терминот покрива, на пр. *реинженеринг на деловните процеси*. Така, учењето во два циклуса се однесува на прашањето „зошто“: Зошто го даваме овој процес на грижа на тој посебен начин? Зошто соработуваме на тој посебен начин? Со цел да се постигнат повеќе фундаментални и убедливи промени.

На двете јамки на Аргирис мора да се додаде и трета јамка: *учење во тројна јамка* (Swierenga, Wierdsma, 1990). Учењето во тројна јамка е кога принципите врз кои се темели организацијата се доведуваат во прашање: дали ние сакаме или не сакаме да обезбедиме здравствена заштита на комерцијална основа? Дали сакаме првично да ја дизајнираме нашата организација така што ќе биде многу пријатно место за нашите професионалци или ја дизајнираме нашата организација со фокус на пациентот?

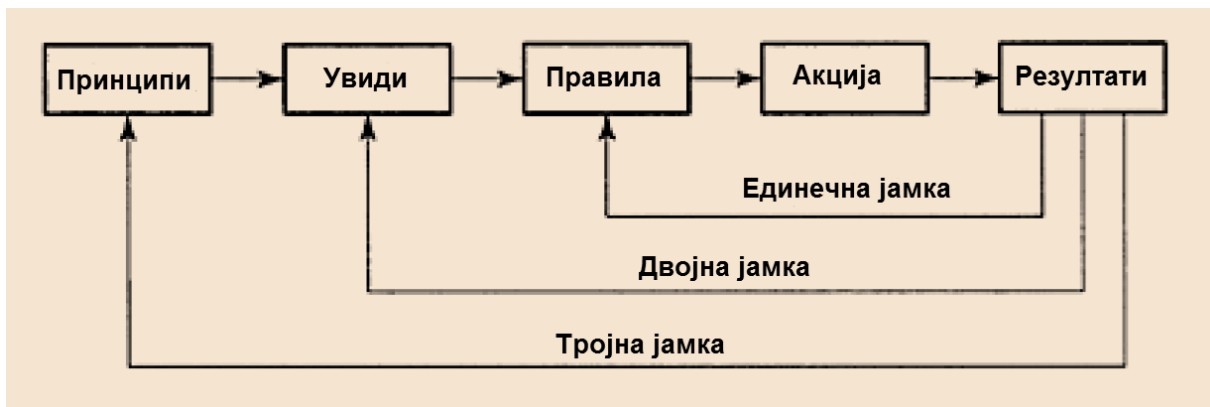
Овие три форми на учење може да се сумираат во дијаграм (види Слика 1.4).

Со малку поедноставни термини учењето во единечна јамка може да се изедначи со подобрувањето, учењето во двојна јамка со измените и учењето во тројна јамка со развојот (Swieringa, Wierdsma, 1990). Ова ни дава доволно градежни блокови за да ја испитаме организацијата која учи. „Организацијата која учи“ е управувачка филозофија чија примена не е систематски проучена, но сепак има голема привлечност за многу менаџери. Причината е што многу менаџери се многу свесни за фактот дека една организација може да се развие само ако учи од дневните интеракции со заедницата, клиентите, вработените, понудувачите и другите кои се вклучени.

Питер Сенге од Соединетите Американски Држави е најпознат шампион на визиите на кои се темели организацијата која учи. Тој разликува пет „дисциплини“ со кои може да се развие организација која учи (Senge, 1992):

- размислување за системи
- лични вештини
- ментални модели
- градење заедничка визија
- тимско учење

Слика 1.4 Различни облици на учење



Извор: J. Swierenga, W. Wierdsma., (1990), *Performance Management in Health Care*, Routledge, London, pp.12-98.

Размислување за системи. Една организација, воедно и интеракцијата на една организација со опкружувањето, се состои од системи со меѓусебно зависни компоненти. И поединецот и организацијата се дел од таков систем, па оттаму е тешко да се види тој систем. Сепак, ако некој сака да ги реши проблемите, системот мора да биде видлив бидејќи проблемите ретко се случуваат само во една од компонентите на системот, туку се вградени во вкупниот систем. Развојот на размислување во однос на процесите во областа на здравствената заштита е пример за размислување на системите, како што се размислува и во синцирите за здравствена заштита и во управувањето со болестите.

Лични вештини. Поединците ги развиваат своите лични вештини и знаења во една организација. Ова е наменски развој како последица на нечии лични цели. Најсилната основа се создава кога се совпаѓаат целите на организацијата и индивидуалните цели. Во областа на здравствената заштита постои силна зависност од стручното знаење на поединецот професионалец. Здравствената организација „или успева или не успева“, а со ова знаењето ќе мора да го негува и да го развива.

Ментални модели. Вработените ја доловуваат својата визија за организацијата во ментален модел. Ова се внатрешни и обично имплицитни претпоставки и генерализации за организацијата. Потоа, опкружувањето се гледа од овие ментални модели. Ова го носи ризикот - дали заедницата треба да ја поттикне организацијата да се промени – и понатаму ќе продолжи од постоечкиот ментален модел. Со цел да се постигне промена, менталните модели исто така ќе мора да се прилагодат. Во областа на здравствената заштита гледаме и ментални модели кои се соочуваат со предизвици. На пример: професионалната автономија е оспорена од раководството кое сака да биде вклучено во мисловниот процес за содржината на работата; идејата за монополската позиција е оспорена од давателите на комерцијални здравствени услуги; идејата да биде недопирлива е оспорена од заедницата, која сака од организациите за здравствена заштита да бидат одговорни за своите постапки; и идејата за автономија е оспорена од концептот на синџирот.

Градење заедничка визија. Организацијата има потреба од мисија и визија која создава единство и кохерентност помеѓу активностите на компонентите на организацијата. Визијата ќе треба да се сподели, на еден или друг начин, од страна на вработените во организацијата: тие мора да бидат способни да се идентификуваат со таква мисија и визија. Заедничката визија, исто така, мора да спречи тимовите или поединците да не ги усогласат сопствените мисии и цели во доволна мера со оние на организацијата.

Тимско учење. Во повеќето организации, луѓето работат во тимови на еден заеднички процес. За да може да се подобри тој процес, соработката и синергијата помеѓу индивидуалните членови на тимот е предуслов. Многу од принципите на организацијата која учи може да се препознаат во управувањето со резултатите. Ние укажуваме на тоа како аспектите на управувањето со резултатите може да се групираат според овие принципи.

Размислувањето за системите во управувањето со резултатите е стимулирано од:

- соработката на различни дисциплини,
- соработката на тимови во здравствените синџири,
- размислување во смисла на процеси,
- вклучување на заинтересираните страни,
- кохерентност помеѓу мисијата на организацијата и мисијата на тимот и поединецот во заедничка мисија.

Личните вештини се стимулирани од:

- изработка на план за развој за секој вработен,
- стимулирање на професионална обука во однос на перформансите на тимот, и
- континуирано учење на работното место.

Прилагодувањето на менталните модели се стимулира преку:

- интензивна интеракција помеѓу менаџментот и тимовите,
- активно вклучување на заинтересираните страни, вклучувајќи ги и пациентите,
- развој врз основа на резултати, а не врз основа на идеологија и догма, и
- земање во предвид и дијалог со заедницата.

Градењето заедничка визија е почетна точка за управување со резултатите.

Тоа дополнително се зајакнува со:

- преговори помеѓу менаџментот и тимовите за мисијата и визијата на тимот, и
- преговори помеѓу лидерот на тимот и индивидуалните членови на тимот за нивната лична визија и мисија.

Слика 1.5. Управување со резултатите и организацијата која учи



Извор: Nonaka, Takeuchi, (1995), *Knowledge creating company*, Oxford University Press, New York, pp.12.

Тимското учење е засилено со: помагање на тимот да создаде мисија и визија во согласност со целокупната мисија на организацијата, стимулирање на формирањето тимови и експлицитна поддршка на тимовите во нивниот развој. Можеме да тврдиме дека управувањето со резултатите е операционализација на принципите на организацијата која учи, применети за здравствена заштита (Слика 1.5).

ГЛАВА II

ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА- ПОНУДА И ПОБАРУВАЧКА НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

- 2.1 Општи согледувања за пазарот на здравствена заштита-основни атрибути и карактеристики на пазарот
- 2.2 Побарувачка за здравствена заштита
- 2.3 Значење на анализата на побарувачката
- 2.4 Детерминанти на побарувачката за здравствена заштита
- 2.5 Модели на побарувачката на здравствена заштита
- 2.6 Фактори кои влијаат на побарувачката за здравствена заштита
- 2.7 Понуда на здравствена заштита
- 2.8 Детерминанти на понудата
- 2.9 Модели на пазарот на здравствена заштита, однос помеѓу понудата и побарувачката и рамнотежа(еквилибриум)
- 2.10 Меѓусебен однос на различните модели и сегменти на пазарот на здравствена заштита

ГЛАВА II ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

2.1 ОПШТИ СОГЛЕДУВАЊА ЗА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА- ОСНОВИ АТРИБУТИ И КАРАКТЕРИСТИКИ НА ПАЗАРОТ

Здравствената заштита има долга историја. Начинот на кој што се комуницира со здравствениот сектор се разликува од начините на комуникација со другите даватели на добра и услуги. Лекарите советуваат за тоа кои услуги се потребни, а често и ги обезбедуваат. Некои здравствени услуги се користат кога луѓето се сериозно болни и не се во можност да донесуваат разумни одлуки. Некои одлуки за здравствената заштита буквално се од животно значење.

Во голем број случаи, интервенциите имаат многу неизвесни ефекти за секој поединец. Друг проблем е навременоста. Во принцип, секој е поздрав кога е релативно млад и релативно богат - период кога е најмала веројатноста за потреба од здравствена заштита, но и период кога е најголема веројатноста дека пациентите можат да си ја дозволат. Можеби, најважната карактеристика на потребата за здравствена заштита е тоа што ретко се знае однапред што ќе ни треба, кога ќе ни треба и колку ќе ни треба. Друга интересна карактеристика е тоа што, иако малку, постојат луѓе кои сакаат да ги користат здравствени услуги - тоа го прават затоа што се надеваат дека ќе го подобрат сопственото здравје. Искрено, употребата на здравствени услуги е честопати непријатна. Повеќето комерцијални добра и услуги се попривлечни за купување и консумирање. Од друга страна, не сите здравствени интервенции се несигурни, малку од нив се навистина од пресудно значење, а во голем број случаи пациентите одлично ја разбира интервенцијата, со сите консеквенци. На пример, ако одреден пациент има миопија му требаат услуги за оптометрија. Со речиси совршена точност може да се пресмета колку често на пациентите ќе им требаат тестови за очи, или колку пара очила ќе им требаат до крајот на нивниот живот. Стоматолошката заштита е скоро исто толку предвидлива. Не постои значајна несигурност во потребата од одреден број вакцинации во детството - освен ако детето не умре, содржината и времето на имунизација се, и тоа како, предвидливи.

Многу здравствени услуги се однесуваат на удобноста, мобилноста, чувството дека сте здрави и дека имате добар квалитет на живот. Релативно малку од она што се презема го продолжува животот до значителен степен. Во апсолутна смисла, здравствената заштита е помалку потребна од многу други потреби, како што се храна и

облека. Оттука, непходна е анализа од економски аспект и на понудата и на побарувачката за здравствена заштита, како и на пазарот на здравствена заштита.

Постојат неколку причини за фокусот на заинтересираност за побарувачката за здравје и здравствена заштита (Harris, 1977):

Првата причина, е да помогне да се предвидат можните реакции и однесувањето. На пример, ако на луѓето им се наплаќаат надоместоци за тестовите за вид, како тоа ќе влијае врз бројот на лица кои ја користат услугата? Како таквото плаќање ќе влијае врз фреквенцијата на користење на оптометриските услуги?

Втората причина, е тоа колку знаењето за потребите на луѓето од здравствена заштита може да укажува на тоа колку пациентите ги почитуваат услугите.

2.2 ПОБАРУВАЧКА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Со дефинирање на претходните поими може да се конструира функцијата на производство за здравјето, и може да се разгледа потребата за здравствена заштита како еден од инпутите во функцијата на нејзиното, условно кажано, производство. Здравствената заштита се разликува од другите инпути во производството на здравје на повеќе начини. Таа нема конкретна корисност, освен промовирање здравје, за разлика од храната, превозните средства и многуте други потрошувачки добра. За разлика од другите инпути, еден дел од побарувачката за здравствена заштита е непредвидлив-тешко е да се детерминираат работи кои зависат од болест, а нивото на трошоците за здравствена заштита може да биде прекумерено кога се мери во однос на приходот и богатството на домаќинствата. Здравствените економсти ставаат акцент врз моделот на побарувачката за здравствена заштита, при што здравствената заштита е влез за производството на здравје (Johnson-Lans, 2006).

Сето она што ја зголемува побарувачката за здравје, логично е дека ја зголемува и побарувачката за здравствена заштита, ако другиот услов е непроменет. На пример, повисоките плати, кои ги прават повредни деновите со здравје, треба да ја зголемат побарувачката за здравје и здравствена заштита (Johnson-Lans, 2006). Исклучок би било кога цената на времето на здравствената заштита (на пример, времето на чекање за закажување) е повисока од очекуваната вредност на здравствената заштита.

Побарувачката за здравствена заштита, исто така, зависи од одредена функција за производство на здравје. Функциите за производство секогаш се изградени со претпоставка за одредена технологија. Технолошките инпути во здравствената заштита

ја зголемија употребата на медицинските инпути во производството на здравје. Тие, исто така, ги зголемија очекувањата за остварливо здравје и со тоа ја зголемија побарувачката за здравјето. Сето ова, пак, ја зголемува побарувачката за здравствена заштита.

Ефектот на образованието врз побарувачката за здравствена заштита не е толку предвидлив. Ако самото образование го направи лицето поефикасно во производството на здравје, зголемената свест за вредноста на добрата исхрана и спречувањето на болеста, по автоматизам сето тоа ќе ја намали количината здравствена заштита што е потребна за да се произведе одреден капитал на здравје. Образованието, исто така, може да ја зголеми побарувачката за здравје. Пообразованите ќе бараат повеќе здравје, но помалку здравствена заштита, ако ефектот на образованието врз продуктивноста на инпутите во здравјето ја надминува промената на побарувачката за здравје. Емпириското истражување дава докази за двосмисленоста на образованието врз побарувачката за здравствена заштита (Wagstaff, 1986).

Ефектот на возраста врз побарувачката за здравствена заштита е различен според видот на потребната здравствена заштита. На пример, во една од првите студии, побарувачката за амбулантска нега, како што е посетата на лекар во текот на една година, значително се намалила со возраста, но се зголемила побарувачката за болнички услуги и лекови (Newhouse, Phelps, 1974). Меѓутоа, кога во проценката на побарувачката за здравствена заштита ќе се вклучи здравствениот статус, вклучувајќи ја и возраста, возраста веќе не е значајна. Се чини дека влошувањето на здравствениот статус што ја придружува возраста, а не самата возраст, ја зголемува побарувачката за здравствена заштита (Zweifel, 1985).

Ефектот од осигурувањето на побарувачката за здравствена заштита е многу важен заради потенцијалниот мир од финансиската (не)извесност во иднина. Тоа првенствено влијае врз цената на здравствената заштита, што го претставува движењето по дадената крива на побарувачка за здравствена заштита.

При анализирањето на побарувачката за здравствена заштита, важно е да се земе предвид концептот на потреба, кога се користат карактеристиките на здравствената политика и потрошувачката на здравствената заштита на поединецот. Во повеќето случаи, потребата - наместо побарувачката, доминира во поглед на целите на здравствените услуги.

Ако ги прашате повеќето луѓе што го одредува нивното барање за здравствена заштита, нивниот одговор, во голема мера, ќе биде дека тие одат на лекар по потреба. Спротивно на тоа, директен одговор од здравствената економија би бил дека тие сакаат

да го направат тоа, што сепак звучи чудно, затоа што скоро никој не сака здравствена заштита по своја волја (Evans, 1984). Според номиналната вредност, теоријата на Гросман (1972) обезбедува помирување на овие два става, бидејќи луѓето сакаат здравствени подобрувања и бараат заштита која ќе ги произведе овие подобрувања. Сепак, потребата е покомплицирана од тоа. Потребата, имплицира дека постои императив да се има здравствена заштита, која се занимава со здравствените проблеми на пациентите. Луѓето имаат ограничено знаење за здравствените проблеми и здравствената грижа, која треба да им помогне. Спротивно на тоа, вообичаената претпоставка за економијата е дека кога се анализираат потребите односно барањата, луѓето се најдобри судии на сопствените потреби (Johnson-Lans, 2006). Побарувачката, едноставно, подразбира подготвеност и способност да се плати за здравствена заштита. Затоа, потребите и барањата може да се сметаат за два многу различни начини на селективна опсервација, но земени предвид заедно тие даваат корисни прикази. Оттука, може да произлезат две екстремни позиции. Понекогаш, постои можност да има побарувачка за здравствена заштита без да постои потреба. Луѓето може да бидат песимистички настроени за нивниот здравствен статус, или оптимистички да грешат за можностите за негово подобрување. Во пракса, поважен случај е дека може да има потреба каде што нема потреба, а ако здравствените услуги реагираат само на побарувачката, тогаш постои потреба која не е задоволена. Некои од незадоволените потреби се должат на недостиг од информации. Незадоволените потреби може исто така да се должат и на бариерите за здравствената заштита, како што се факторите на снабдување (на пример, достапноста на услугите за задоволување на потребите) и факторите на побарувачка, како што се цените и нивоата на приход кои влијаат врз способноста на лицето за пристап до услугите (Morris et al ., 2007).

Теоријата на побарувачката е вообичаено изградена во две фази (Feldstein, 1967): Прво, се разгледуваат обрасците на претпочитање или рамнодушност меѓу различните добра или услуги. На пример, дали сакате дваесет минути телефонски повик кон мајка си или дваесет минути бесплатен интернет пристап? Дали претпочитате еден телевизор или еден велосипед? Дали претпочитате 20 отсто намалување на големината на часовите во училиште или дваесет комплети учебници? Се разбира, нашите желби се комплицирани и вообичаено ги сакаме и понудените производи и понудените услуги. Најдобар начин на размислување во однос на давање предност при избор е „Што би избрал?“. Најсигурните информации доаѓаат од вистинските избори што луѓето ги направиле, но понекогаш мора при анализата, економистите да се потпрат врз она што

пациентите велат дека би избрале. Очигледно е дека многумина се засегнати од други фактори, како што е загриженоста за тоа што ќе мислат другите. Обично, сите преферираат повеќе отколку помалку. Но вообичаено е колку повеќе се добиваат услуги, толку помалку се вреднуваат дополнителните износи. Употребувајќи го примерот со телефонскиот повик и интернетот, се добива доволно јасна слика. Оттаму, по дадени дваесет минути сите вести се важни. Ако, пак, се понудат по уште десет минути, тоа би овозможило повеќе детали во разговорите. Не е јасно колкава вредност ќе биде дадена за дополнителни два часа. Слично на тоа, кога се нудат дваесет минути на интернет, ова овозможува да се најдат важни информации. Со дополнителните минути би имале пријатно сурфање, но повеќето луѓе ова помалку би го вреднувале. Вообичаениот одговор во однос на изборот помеѓу телефонски повик и интернет пристап би бил „можам ли да имам по малку и од двете?“ (McPake 1993)

Табела 2.1 Приоритет за комбинации на време на интернет и време на телефон

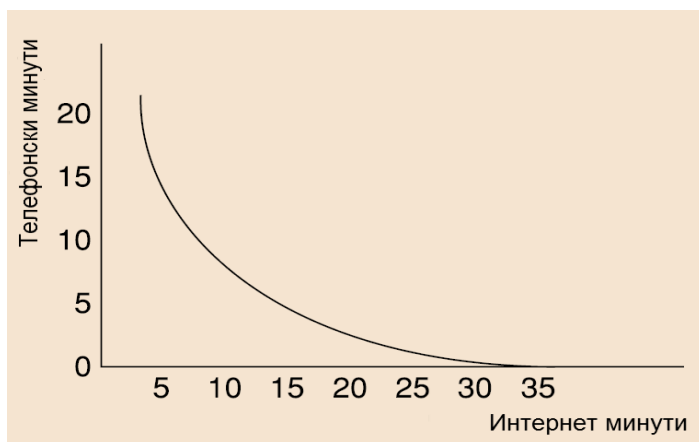
Минути на Интернет	Минути на телефон со мајка ви	Редослед на приоритет
20	0	5
15	5	3
10	10	2
5	15	1
0	20	4

Извор: McPake, B., (1993) 'User charges for Health Services in developing countries: a review of the economic literature', *Social Science and Medicine*, Vol.36, No.11, pp.1397–405.

Може да се претпостави експеримент во кој би се давале различни комбинации на време за интернет и време за телефонски разговори и каде од корисниците се бара да ги наведат нивните преференции. Табела 2.1 ги покажува комбинациите и редоследот на приоритети даден од економист кој ја истражува здравствената заштита и кој многу сака да разговара со својата мајка. Сите комбинации на време имаат приоритет, во однос на времето само за интернет или времето само за телефон. Кога времето е поделено, здравствен економист повеќе сака да биде достапен за телефонски повик, а помалку за интернет. На сличен начин, теоретичарите укажуваат дека можат да се изготват и комбинациите на телефонски и интернет минути, меѓу кои економистот нема да има јасен приоритет. Претходно, четвртата опција беше најпосакувана.

Откако се подобруваат комбинациите и другите опции стануваат исто толку добри, односно попривлечни. Ова е прикажано во Табела 2.2. Кога здравствениот економист не може да избере помеѓу различните комбинации, се вели дека е рамнодушен (индиферентен). Може да се илустрираат податоците од Табела 2.2 со дијаграм, прикажувајќи ги комбинациите на телефонски и интернет минути за кои е рамнодушен. Точките на слика 2.1 се оние за кои тој е рамнодушен. Ако се идентификуваат сите други комбинации на телефонски и интернет минути за кои лицето е рамнодушно, може да се нацрта неговата *крива на индиферентност*.

Слика 2.1 Крива на индиферентност



Табела 2.2 Редослед на приоритети

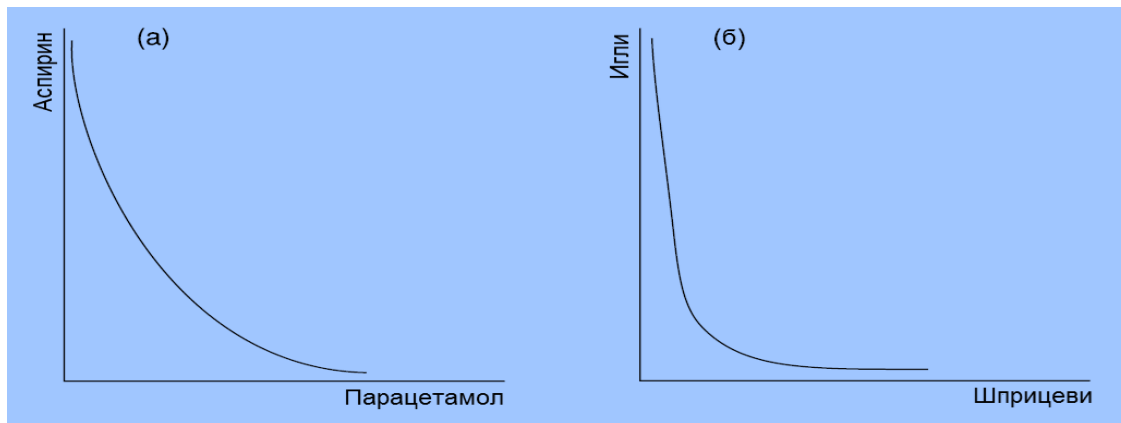
Минути на Интернет	Минути на телефон со мајка ви	Редослед на приоритет
35	0	?
22	5	?
15	10	?
5	15	?
3	20	?

Извор: Mc.Pake, B., (1993) 'User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature', *Social Science and Medicine*, Vol.36, No.11, pp.405-1375.

Постојат повеќе причини за да се очекува дека за повеќето поединци, за повеќето парови, добра кривата на индиферентност ќе има облик како што е прикажано погоре на Слика 2.1, т.е. во основа да е конвексна. Како што може да се забележи од овој пример, колку повеќе има од било која од услугите, толку помалку се вреднуваат дополнителните минути, што воопшто не е изненадувачки. Ако двете добра, меѓусебно се совршени

супститути едно за друго, кривата на индиферентност ќе биде права линија. Ако тие се совршено комплементарни, односно можат да се користат само во фиксни комбинации, тогаш кривите на индиферентност се во облик на буквата L, како што е илустрирано на Слика 2.2. На пример, шприцевите и иглите се потребни во фиксни комбинации и ниту еден не е корисен без другиот, така што тие се надополнуваат. За повеќето луѓе ефикасен третман за главоболка може да биде или аспирин или парацетамол, така што тие се блиски замени.

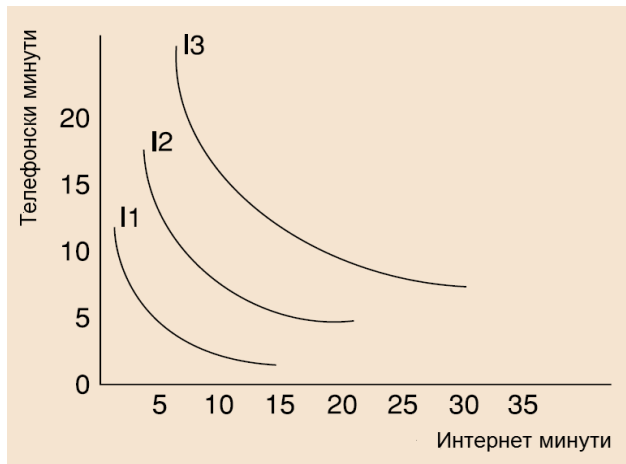
Слика 2.2 Криви на индиферентност за скоро совршени (а) супститути и (б) комплементарни



Извор: Mc.Pake, B., (1993) 'User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature', *Social Science and Medicine* Vol.36, No.11, pp.405-1375.

Јасно е дека секогаш се тежнее кон повеќе добра и услуги отколку кон помалку. Сликата 2.1 покажува комбинации на телефонски и интернет минути за кои лицето беше рамнодушно, но тој повеќе би сакал да има повеќе и од двете. Може да се илустрира серија комплети криви на индиферентност за комбинации за кои едно лице е рамнодушно, како на Слика 2.3. Лицето ги претпочита сите точки на I3 во однос на точките на I2, а сите точки на I2 ги претпочита во однос на тие на I1. Ова значи дека тој проценува оти неговата благосостојба е поголема ако може да постигне I3, отколку што би била на пониските криви на индиферентност.

Слика 2.3 Мапа на криви на индиферентност



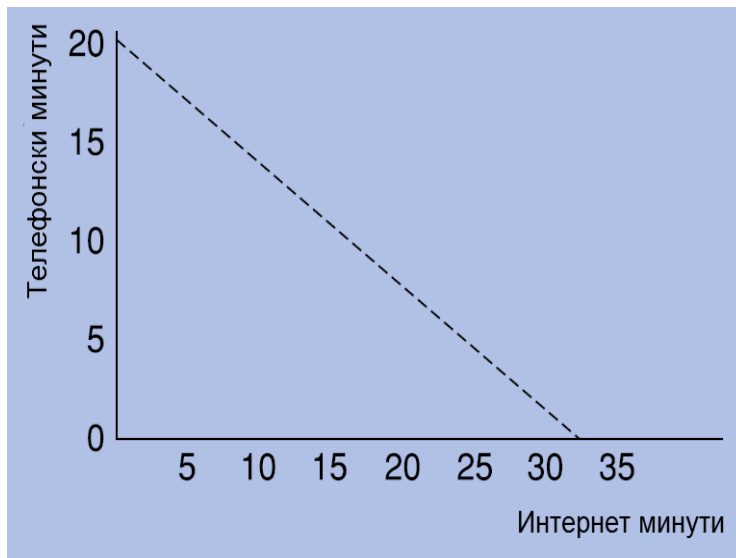
Извор: Grossman, M., (1972) *The Demand for Health: Theoretical and Empirical Investigation*, National Bureau of Economic Research, New York, p.119.

Кривите на индиферентност ги претставуваат различни нивоа на благосостојба - бидејќи лицето претпочита повеќе отколку помалку. Економистите понекогаш го користат терминот „корисност“ за да го опишат нивото на благосостојба на лицето, така што во овој случај неговата корисност е поголема на I3, отколку на I2 или I1. Идејата за корисност е клучна за некои теории за благосостојба.

Во рамките на неговите ограничени ресурси, економистот кој ја познава здравствената заштита во овој пример сака да ја зголеми неговата корисност. Со други зборови, тој сака да биде на највисоката можна крива на индиферентност. Она што го ограничува е неговиот доход. Доколку се претпостави во овој пример, дека лицето ги купува само овие две добра, тогаш лицето ќе го користи целиот свој доход на телефонски повици и пристап до интернет. Тогаш може и да се пресмета колку од секое од добрата може да си дозволи, ако се знае неговиот доход и цената на секоја услуга.

Сликата 2.4 ги прикажува неговите ограничувања на буџетот. Ако сака да купи само телефонски повици, вкупниот број што би можел да го купи може да биде претставен со неговиот доход поделен со цената на телефонските минути. Слично на тоа, максималниот број минути на интернет е неговиот доход поделен со цената на интернет минутите. Во овој случај неговиот доход во евра (€) е 100, цената на телефонските минути е 5, а цената на Интернет минутите е 3. Оваа линија која што ги претставува изборите што и' се достапни на личноста, вообичаено се опишува како буџетско ограничување или буџетска линија. Бидејќи краевите на буџетската линија ги сечат оските каде што доходот е поделен со цените, логично, наклонот на линијата е соодносот на двете цени.

Слика 2.4 Буџетска линија

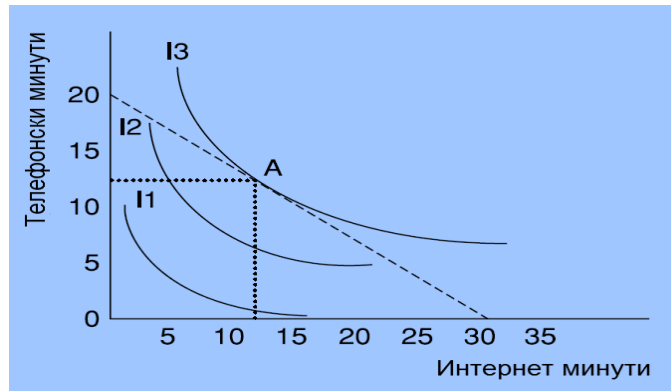


Извор: Baumol, W. J. (1995) *Health Care as a Handicraft Industry*, Office of Health Economics, London, pp.103-107.

Кога ќе се илустрираат заедно сите информации од сликите 2.3 и 2.4 може да се изведе најдобрата комбинација за лицето. Поставени на друг начин, најдобрата стратегија за него е да ја избере комбинацијата што му овозможува да биде на највисоката крива на индиферентност. Ова е прикажано на Слика 2.5. Неговата најдобра комбинација е во точката А, каде што неговиот сегашен доход му ја доделува неговата најпосакувана комбинација од тринаесет телефонски минути и тринаесет интернет минути. И покрај фактот што тој ги претпочита телефонските минути во однос на интернет минутите, сепак пониската цена на интернет минути го убедува да троши повеќе од нив.

Од примерот, јасно е дека овој модел прави некои важни претпоставки за тоа како луѓето донесуваат одлуки. Со избирање на комбинацијата во точката А, тој ја максимизира својата корисност (предмет на ограничувањата наметнати од неговиот ограничен приход).

Слика 2.5 Оптимална комбинација време на интернет и телефон, со оглед на буџетската линија



Извор: McPake, B., Williamson, O. E., (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, Engpress, New York, p.35.

Тој ги разгледува различните достапни комбинации и ја избира онаа која обезбедува најголема корисност. Ова можеби не ја одразува целосно комплексноста на тоа како луѓето донесуваат одлуки, но може да се смета како разумно поедноставување. Дополнително поедноставување е тоа што се користи избор кој вклучува само две услуги. Секако, може да се размислува за истиот процес со три услуги (кадешто кривите на индиферентност стануваат површини на индиферентност, а буџетските линии - буџетски рамнини). Сепак, за да се зачува удобноста на дводимензионалните дијаграми, потребно е да се поедностават работите со споредување на одредено добро или услуга со сложено добро („сите останати добра“).

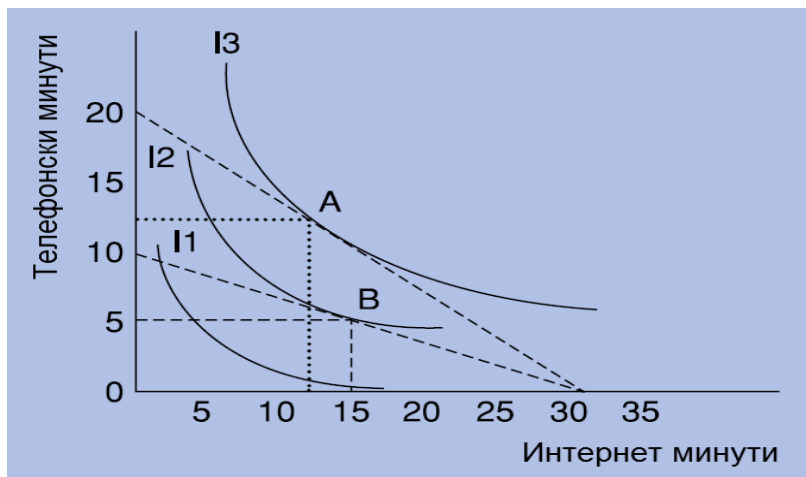
Наклонот на буџетската линија на лицето е соодносот на двете цени. Наклонот на кривите на индиферентност исто така има значење. Она што го претставува е стапката по која лицето е подготвено да разменува една услуга за друга. Ова се нарекува маргинална стапка на замена.

2.3 ЗНАЧЕЊЕ НА АНАЛИЗАТА НА ПОБАРУВАЧКА

Погоре беше опишан двостепен процес на одлучување, во кој потрошувачот ги идентификува неговите претпочитања помеѓу две услуги, а потоа избира користење на достапната информираност, информации за неговиот доход и релативната цена на секоја услуга. Оваа анализа овозможува да се развива теоријата на побарувачката. Со одржување на сите други константни фактори, се забележува дека ефектите врз изборите се промениле, како што се менува цената на едно добро, или како што се менува доходот.

Сликите 2.6 и 2.8 ги илустрираат ефектите од промените во цените или во доходот, соодветно на побарувачката за минути за телефонски повици;

Слика 2.6 Побарувачка за телефонско време, со оглед на промена во цената



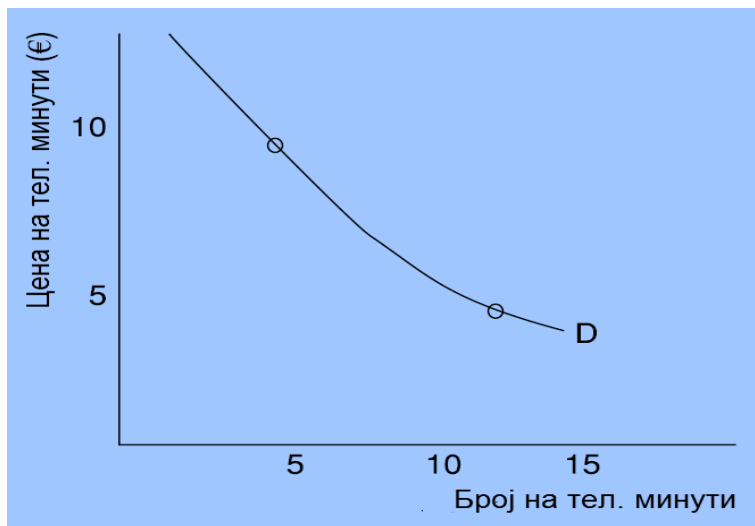
Извор: McPake, B., Williamson, O. E., (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, Netpress, New York, p.35.

Ако се има предвид предвид Слика 2.6, во овој случај цената на телефонските повици се зголемила на 10 €, поради што лицето купило помалку телефонски минути (пет наместо дванаесет), а повеќе интернет минути (седумнаесет наместо четиринаесет). Тоа е она што би го очекувале. Но, исто така, мора да се има предвид дека, всушност, лицето е сега посиромашно, односно купува помалку. Може да се анализира ефектот на порастот на цените како ефект на замена, што е чист ефект на промената на релативните цени (т.е. поместување долж I3, до точката каде што нејзиниот наклон се совпаѓа со онаа на новото буџетско ограничување) и ефектот на доход, што е ефект на барање на лице кое е посиромашно. Ефектите на замена се негативни - повисоката цена води до помала

потрошувачка. Ефектите од доходот, вообичаено се исто така негативни, но може да бидат и позитивни во случај на одредени добра.

Од Слика 2.6 можеме да се пресметаат ефектите врз висината на секоја услуга што ќе се купи по секоја цена (одржувајќи ги доходот и цената на другата услуга константи). Тоа значи можност да се нацрта серијата на буџетските ограничувања, секоја од нив, претставувајќи ја вредноста на цената на телефонските минути. Од информациите на Слика 2.6 може да се идентификуваат две комбинации на избраната цена и количина. (По цена од 5 € купил дванаесет минути, а по цена од 10 € купил пет минути.)

Слика 2.7 Крива на побарувачка



Извор: Williamson, O. E., (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York, p.46.

Овие две точки се прикажани на Слика 2.7. Ако се направи оваа вежба повеќе пати, ќе се произведе крива на побарувачка, како што е илустрирано. Во овој модел на побарувачка, избраното количество е функција на цената (Marshall, 1940):

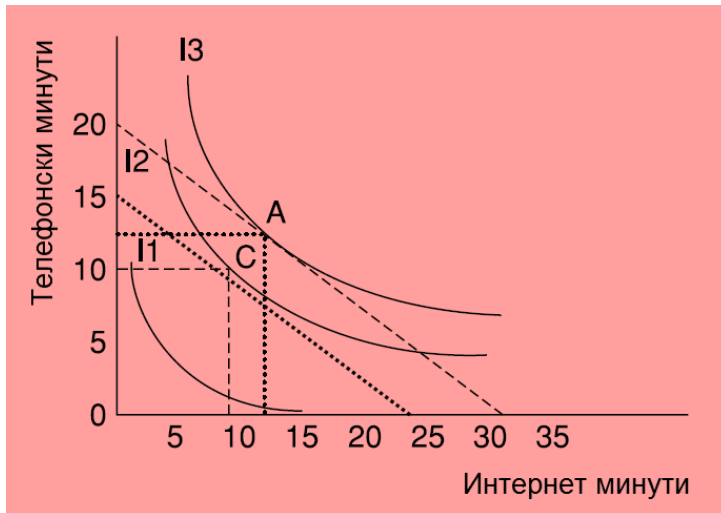
$$Q = f(P)$$

Математичките пуританци околу ова имаат забелешка дека на овој дијаграм претставени се цената на вертикалната оска и количеството на хоризонталната оска. Ова е спротивно на вообичаената практика во математиката за зависна и независна променлива. Алфред Маршал, кој прв ја предложил оваа анализа во деветнаесеттиот век, ги употребил оските на овој начин и оттогаш тој и понатаму се применува.

Сликата 2.8 ги илустрира ефектите од падот на доходот врз побарувачката за секоја услуга. Во овој случај, лицето ја избира помалата од двете, но има моменти кога падот на доходот ќе доведе до едно добро или услуга за кое ќе се случи зголемена

побарувачка. Ова најчесто се случува ако доходот паѓа, а луѓето избираат да ја намалат потрошувачката на луксузни стоки и да трошат повеќе од основните. Падот на доходот може да се претстави со паралелно поместување на буџетското ограничување кон лево. Во овој случај ефектот е да се префрлат изборите во точка С, каде што лицето троши десет минути од секоја од двете услуги.

Слика 2.8 Побарувачка за телефонско и интернет време, со оглед на промена на доходот



Извор: Henderson, JW., (2005) *Health Economics and Policy*, 3d ed., Thomson South-Western, Mason, Ohio.

Користејќи ја здравствената потрошувачка по лице како приближна мерка за вкупната побарувачка, истражувачите открија дека најголем дел од варијациите во побарувачката за здравствена заштита меѓу земјите може да се објаснат само со една променлива: приходот на земјата, генерално мерено како БДП по глава на жител. Јасно е дека постои позитивна врска помеѓу приходот и побарувачката за здравствена заштита: колку е побогата земја, толку е поголема побарувачката за здравствена заштита. Влијателен документ за ова прашање од страна на Newhouse (1977), користејќи едноставна анализа на линеарна регресија во 13 земји, покажа дека БДП по глава на жител на една земја објаснува 92 отсто од варијантата во нивото на трошење меѓу земјите. Овие првични наоди и заклучоци беа катализатор за огромната литература за преиспитување на детерминантите на трошоците за здравствена заштита. Во поново време, придонесите во литературата се фокусираа на економетриските прашања кои произлегуваат од временските серии и својствата на панел податоци на сетови на податоци кои се користат, тестирање за единични корени и коинтеграција. Резултатите се разликуваат, или се потврдени (Bloomqvist и Carter, 1997; Roberts, 1998) или се контрадикторни. Преглед на литературата од Gerdtham и Jonssen (2001) сугерира дека

најверојатната причина за разликите во резултатите се разликите во методите. Тие заклучуваат дека се потребни понатамошни истражувања за да се добие конечен одговор (McCoskey и Selden, 1998)

2.4 ДЕТЕРМИНАНТИ НА ПОБАРУВАЧКАТА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Горенаведената анализа укажува на бројни детерминанти на побарувачката за определена услуга. Прво, индивидуалните вкусови и преференции се важни за одредување на обликот на индивидуалните криви на индиферентност.

Функцијата на претпочитување содржи множество аргументи или компоненти, Leonard, K. (2000):

$$U = f(X, Y, L, H)$$

каде што U е корисност, X и Y се добра, L е слободно време и H е здравје, што значи дека поединецот е зависен од потрошувачката на комплет добра, слободно време и здравствена состојба. Функцијата на преференции на секој поединец се смета за единствена. Функциите на преференции може да бидат повеќе или помалку стабилни - некои работи се менуваат со модата, а други се попредвидливи.

Второ, цената на доброто ќе влијае врз избраниот износ. Трето, побарувачката ќе влијае врз цената на другите добра, и врз супститутиите и врз комплементарите. Општо земено, падот на цената на супститутиите води кон пад на побарувачката на услугата, а падот на цената на комплементарите води кон тоа истата да се зголеми. Четврто, приходот на поединци е детерминанта на побарувачката. Поформално, ова може да се изрази како:

$$D = f(P, P_s, P_c, Y, T)$$

кадешто P е цена, P_s е цена назаменските добра, P_c е цената на комплементарните добра како дополнување, I е доход, а T е вкус.

Знаеме дека, генерално, побарувачката паѓа со цената, се зголемува со цената на супститутиите, се намалува со цената на комплементарите, се зголемува со доходот и се зголемува како што се зголемуваат вкусовите и претпочитувањата.

При развивањето на оваа едноставна теорија на побарувачката беа обележани две карактеристики - вкусот на лицето и доходот на лицето. Одлуката да троши пари ја покажува неговата *подготвеност да плати* и *способноста да плати*. Затоа може да се

протоолкува кривата на побарувачка која ја претставува подготвеноста на лицето да плати со оглед на неговиот доход. Разгледувањето на побарувачка како подготвеност за плаќање е корисна, и е основа на некои од начините со кои може да се проценат придобивките. Она што е илустрирано на Слика 2.7 е кривата на побарувачка за едно лице. Јасно е дека вкупната побарувачка за едно добро зависи од побарувачката на сите луѓе кои се потенцијални учесници на пазарот. За да се добие кривата на побарувачката на заедницата, само се додаваат кривите на побарувања за сите поединци, хоризонтално (по секоја цена, вкупната побарувачка е онаа на сите поединци на пазарот што се додаваат заедно).

2.5 МОДЕЛИ НА ПОБАРУВАЧКА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Примерот што беше избран, за да се илустрира основната теорија на побарувачката не е конкретно од здравственото опкружување. Прашањето е до кој степен принципите можат корисно да се применат за разбирање на побарувачката за здравје и побарувачката за здравствена заштита (Posner, 1974).

Првата, очигледна поента е дека здравјето е комплицирано. Има многу димензии. Уживаме самите во него и го користиме за да ни помогне да заработиме за животот и за да уживаме во други добра и услуги. Со цел да произведеме здравје можеме да направиме повеќе работи - да живееме поздрави животни стилови, да јадеме поздрава храна, да живееме во подобро сместување, да избегнуваме контаминирана вода, да престанеме да пушиме, повеќе да вежбаме, да се имунизираме, да учествуваме во скрининг на факторите за ризик, или рано детектирање на симптоми на болест, или да имаме медицински и хируршки третман.

Побарувачката за здравствена заштита делумно зависи од тоа колку го цениме здравјето - затоа понекогаш таа се опишува како изведена побарувачка, бидејќи вистинската побарувачка е за здравјето, а побарувачката за здравствена заштита е со цел да помогне да се постигне саканото здравје. Всушност, некогаш е непријатно да се има третман или нега. Се разбира, многу добра и услуги ја имаат оваа особина. Побарувачката за автомобили може да се опише како побарувачка за часови на среќно семејно возење или пак побарувачката за велосипеди како барање за пристап до различни места, за разлика од побарувачката за здравствена заштита. Во однесување на потенцијалните пациенти може да се следат компромисите помеѓу здравјето и другите

добра и услуги. Кога некој пуши, тој (веројатно) ужива во вкусот и на желбата за супстанцијата што ја предизвикува зависноста. Одлуката да се вози до околните продавници е одлука да не се добијат здравствени придобивки од малку вежбање, односно пешачење. Преминувањето улица на пешачки премин ги намалува шансите за смрт или повреда, но многу луѓе заштедуваат неколку минути и преминуваат низ густ сообраќај. Брзото возење е возбудливо, заштедува време, но и ги зголемува шансите за смрт или повреда. Во оваа смисла, луѓето постојано прават компромис помеѓу конзумирање повеќе здравје и конзумирање на други производи кои даваат корист. Можеме да тврдиме дека нашето здравје е од огромно значење, но нашето однесување не секогаш го поддржува ова тврдење. Со набљудување на нашите избори на добра и услуги кои го подобруваат здравјето или се штетни по здравјето, во принцип можеме да ја наметнеме потребата за здравје. Можеби поважно е да размислиме дека здравјето не е нешто со кое може многу директно да се тргува. Не може лесно да се купи и да се продаде, а е тесно поврзано со луѓето. Во таа смисла, здравјето е карактеристика, а не производ. Бидејќи е тешко да се тргува со него и многу се разликува, на пример, од телефонските повици или овошјето. Друга важна карактеристика на здравјето е тоа што е опкружено со неизвесност. Само некои од болестите се предвидливи, а и тие можат да имаат огромни варијации. Сите знаеме за доживотни пушачи кои живеат здраво и се во нивните деведесетти години, како и за разумни луѓе кои ги следат пораките за унапредување на здравјето и се разболуваат. Се разбира, може да се променат ризиците, но едноставно не може да се избере добар исход. Ова дополнително ги комплицира работите.

Побарувачката за здравствена заштита е исто така детерминирана од оваа неизвесност. Во суштина, она што сакаме да го купиме е пристапот до грижата, доколку ни е потребна. Ова значи дека за некои луѓе побарувачката за здравствена заштита е побарувачка за осигурување кое нуди загарантиран пристап до неа, доколку се појави потреба. Се разбира, и многу други добра ја имаат оваа карактеристика. Куќа која е оштетена од земјотрес или ненадејна бура е нешто што не може да се предвиди, но може да се осигура од ваквите настани. Честопати, се тврди, дека здравствената заштита се разликува од другите производи, бидејќи е неопходност. До одреден степен ова е вистина (иако процентот на здравствена заштита посветен на намалување на предвремената смрт е релативно мал во повеќето земји). Многу добра се неопходност за живот, а многу, пак, се поважни за животот отколку за здравствената заштита.

Карактеристика на здравјето е тоа што во некоја смисла тоа е како капитално добро. Ако инвестирате во подобро здравје, тоа останува со вас, а ако се однесувате штетно по здравјето може трајно да се намали. Во оваа смисла, можеби луѓето сакаат да се осврнат врз согледувањата на теоријата на побарувачката која се одесува на индустријата на капитални добра и да се разгледаат одлуките за инвестирање во трајни производи. Можеби споредбата треба да биде со куќи, а не со телефонски повици. Друг тест за тоа дали здравствената заштита може да се смета за иста како и другите услуги е прашањето како побарувачката реагира на промени во приходот или цената. Она што е откриено во сите студии е дека, ако сите други работи се еднакви, порастот на цената на здравствената заштита го намалува потрошеното количество, а падот на цената ја зголемува употребата. Зголемениот приход е поврзан со поголемата побарувачка за здравствени услуги, а понискиот приход со помала побарувачка. Така, на многу важни начини побарувачката за здравје и побарувачката за здравствена заштита е како побарувачката за други добра и други услуги. Сепак, големата несигурност, ограничените информации и контекстите во кои се произведуваат здравството и здравствената заштита ги прават нешто посебно, а анализите од еминентни научници само покажуваат дека постојано се спроведуваат истражувања и барање начини за примена на економијата во здравството и здравствената заштита (Yerpes, Sanchez, 1998).

Студијата на побарувачката за здравствена заштита има долга историја. Важна појдовна точка за поголемиот дел од следната работа била рамката предложена од (Grosman 1972). Неговиот модел ги зема предвид некои од посебните карактеристики на здравјето - дека тоа е и потрошувачко и капитално добро и дека е делумно изведена побарувачка.

Инвестиционен модел на Гросман за здравјето. Основниот придонес на Гросмановиот модел е разликувањето помеѓу здравјето како производ (т.е. основна стока), што е извор на корист за луѓето и медицинската грижа како придонес во производството на здравје. Во моделот на Гросман, здравјето е и барано и произведено од поединци. Здравјето се бара бидејќи влијае врз вкупното време на располагање за производство на приходи и богатство и затоа што е извор на корисност. Лошото здравје ја намалува и нашата среќа и нашата способност да заработиме.

Здравјето е моделирано како произведено од поединци, користејќи различни средства, како што се исхраната, изборот на начин на живот и медицинската нега. Колку луѓето се ефикасни во производството на здравје зависи од нивното знаење и образование. Медицинската нега е само еден инпут во производството на здравјето.

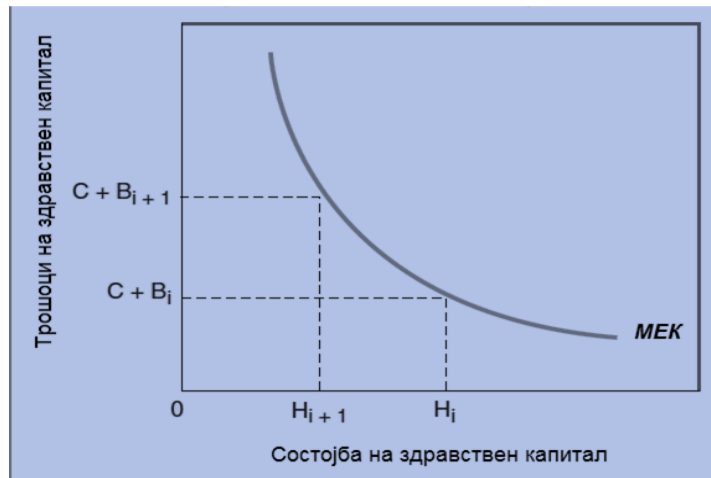
Секој поединец е моделиран како почетен живот со „капитал“ на здравје, кое има карактеристики слични на капиталот: здравјето депресира со тек на времето, со возраста, но исто така може да се зголеми преку инвестиции во време, напор, знаење или со барање здравствена заштита.

Моделот на Гросман опфаќа две важни видувања. Прво, здравствената заштита е само еден придонес во генерирање подобрувања во здравјето: сега е широко прифатено дека медицинската грижа не е главната детерминанта на здравјето. Второ, поединците не бараат здравствена заштита за своја волја. Корисноста добиена од конзумирање здравствена заштита не е генерирана од здравствената заштита, туку од подобрувањата во здравјето што произлегуваат од тоа. Затоа, побарувачката за здравствена заштита е изведена побарувачка. Моделот на инвестирање во здравјето ја гледа побарувачката за здравје условена како од трошоците за здравствениот капитал така и од стапката на депрецијација на здравствената состојба. Како и во вложувањето во компјутер или во кое било капитално добро кое на крајот се истрошува, разликата помеѓу бруто (вкупното) и нето вложувањето зависи од стапката со која капиталното добро се троши или депрецира. Маргиналната ефикасност на капиталот (МЕК) е мерка за тоа колку дополнителен излез може да се произведе со дополнителна единица на внес. Слика 2.9 го прикажува распоредот на МЕК на здравствениот капитал. Покажува колку дополнителни трошоци се потребни за да се произведе дополнителна единица на здравствениот капитал. Се мери колкава е залихата на здравствениот капитал на хоризонталната оска и трошоците долж вертикалната оска. Кривата МЕК паѓа надолу, бидејќи се претпоставува дека дополнителни единици на инвестиции даваат помали маргинални подобрувања во производството на здравје. Со други зборови, да претпоставиме дека производството на здравје е предмет на намалувањето на маргиналните приноси. H_i и H_{i+1} се две нивоа на капиталот на здравје избран од поединец на различни нивоа на трошоци за здравје. Вкупните трошоци за производство на било кој здравствен капитал ги вклучуваат трошоците за исклучување на амортизацијата и трошоците на инкрементални единици на капиталот на здравјето, претставени со C (Johnson-Lans, 2006).

Можеме да го замислиме планот за МЕК како крива на побарувачката за здравје. Таа, исто така може да се гледа како производствена функција за здравјето, бидејќи ги поврзува инпутите и излезот од здравствените акции. Откако ќе се запознае планот за МЕК, можно е да се знае нивото на кое лицето ќе избере да произведе. Рационално лице ќе инвестира дополнителни ресурси во производството на здравје до точка каде што

вредноста на дополнителните степени на здравје е само еднаква на маргиналните трошоци за негово производство

Слика 2.9 Маргинална ефикасност на здравствениот капитал



Извор: Johnson, L., (2004) *A Health Economic Primer*, Pearson Addison Wesley, Boston, p.48.

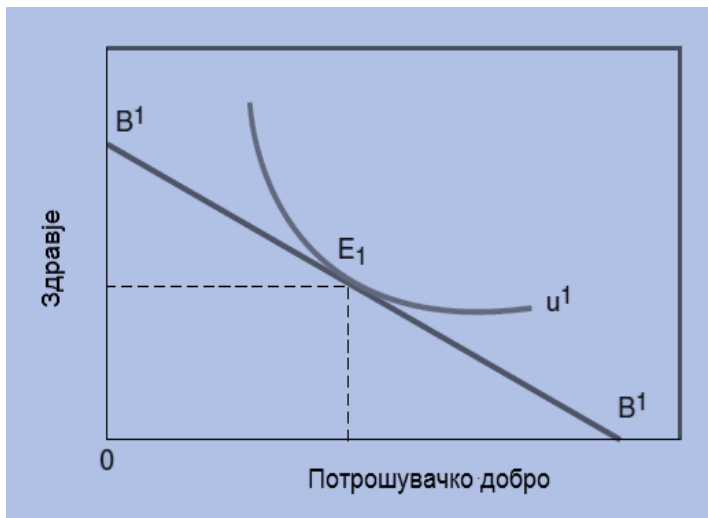
Планот за МЕК е специфичен кај секој поединец. Локацијата на планот за МЕК зависи од почетната здравствена состојба на лицето на почетокот на временскиот период. Поединец со помало осигурување на здравјето ќе бара повеќе инпути за да се постигне истиот здравствен капитал, истокако поединецот со повисоко почетно осигурување. Во тој случај, кривата МЕК ќе биде лоцирана лево од онаа што опишува некој што го започнува животот во поздрава состојба. Моделот не претпоставува дека одредено зголемување на инпутите во функцијата за здравствено производство ќе генерира исто маргинално подобрување кај различни луѓе (Johnson-Lans, 2006).

Ефектот на платата. Промената на стапката на плати ја третираме како поместување во планот за МЕК, бидејќи го менува повратот од вложувањето во здравјето. Тоа го прави затоа што стапката на плата ја мери пазарната ефикасност на поединецот (стапката во која здрави денови се претвораат во парична заработувачка), а исто така и опортуната цена на непазарното време, која што се мери со заработката од пред час или ден. Вложувањето во здравјето е подобра инвестиција за лицата со високи примања, бидејќи здравото работно време на поединецот дава повеќе приход и се зголемува и цената на можностите за неговото или нејзиното непазарно време (Johnson-Lans, 2006).

Модел на потрошувачка. За некои цели, има смисла да се префрлат на модел кој се фокусира врз распределба на буџетот (приход) помеѓу вложувањата во здравјето и трошоците за потрошувачки добра во било кое дадено време. На Слика 2.10, правата

линија е буџетската линија. Ги покажува различните комбинации на здравјето и потрошувачките добра што може да ги купите со одреден буџет или ниво на приход. Количината стоки што можат да се купат од буџетот зависи од цените на стоките. Наклонот на буџетската линија се определува со релативните цени на стоките кои се здравствени и потрошувачки добра. U е крива на индиферентност на поединецот. Секоја крива на индиферентност ги покажува различните комбинации на здравје и потрошувачки добра кои му обезбедуваат на поединец еднаков износ задоволство или корист. Повисоката крива на индиферентност претставува повисоко ниво на вкупна корисност. Стандардната претпоставка е дека и потрошувачкото добро и здравјето се предмет на намалувањето на маргиналната корисност: затоа кривите на индиферентност можат да се исцртаат на вообичаен начин (тие се конвексни по природа).

Слика 2.10 Компромис помеѓу инвестирачко добро, здравје и потрошувачко добро



Извор: Johnson. L., (2004) *A Health Economic Primer*, Pearson Addison Wesley Boston, p.48.

Бидејќи е веројатно дека продуктивноста на работното место на поединецот ќе биде засегната од неговиот здравствен живот, инвестициите во здравјето би можеле да ја зголемат заработката до оној степен до кој може да се трошат пари за здравствена заштита, без да се намали потрошувачката на друга стока. Потоа нема да има компромис меѓу нив. Овој дијаграм претпоставува дека ефектите од инвестициите врз здравјето не се појавуваат истовремено. Овој дијаграм треба да биде снимка на момент во времето.

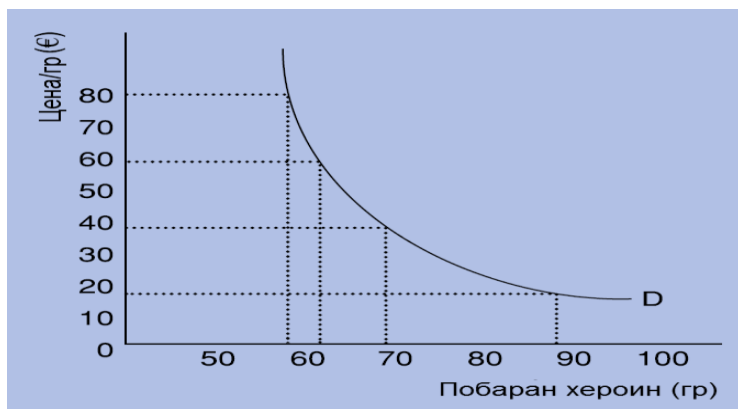
2.6 ФАКТОРИ КОИ ВЛИЈААТ ВРЗ ПОБАРУВАЧКАТА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Во претходниот дел беа разгледани идеите за претпочитање, рамнодушност и побарувачка. Се тврди дека побарувачката е под влијание на голем број фактори, вклучувајќи ги приходот, вкусовите и претпочитувањата, цените на доброто и цените на супститутите и комплементарите. Кривата на побарувачката беше илустрирана на тој начин со цел да покаже како побарувачката за доброто или услугата е во корелација со цената. Честопати е корисно да се знае повеќе за тоа како побарувачката варира со цената. Некои услуги или добра се толку неопходни за животот што ние веројатно ќе ги употребиме без оглед на цената. Други услуги можат да донесат бенефиции, но се помалку потребни или имаат повеќе супститути. Мерката за тоа како побарувачката е чувствителна на цената е позната како *ценовна еластичност на побарувачката*. На сличен начин може да се пресмета чувствителноста на побарувачката на промените на приходите, односно *приходна еластичност на побарувачката*. (Bowden, A. 2001).

Мерење на еластичноста. Многу студии ја анализираат еластичноста на побарувачката. Честопати е корисно да се знае што ќе се случи ако цените се зголемат или намалат. Доколку како пример се опсервира легализацијата на употребата на хероин, може да се извлечат интересни податоци. Сегашната цена на хероин е висока, пред сè како резултат на забраната за производство, увоз и дистрибуција на дрога. Ако лекот е легализиран, многу е веројатно дека цената ќе падне, бидејќи е многу евтино да се произведува. Многу е веројатно дека во овој случај потрошувачката ќе се зголеми, бидејќи побарувачката нормално се зголемува со паѓање на цената. Прашањето кое не' интересира е „колкава е веројатноста дека побарувачката ќе се зголеми како одговор на падот на цената?“ Креаторите на политиката, ќе бидат заинтересирани да го знаат одговорот на ова пред да започнат легализација. Бидејќи хероинот создава зависност, корисниците не се многу чувствителни на цената. Со други зборови, побарувачката е *нееластична*. Но, би било корисно да се имаат проценките на еластичност пред да се промени политиката. Слика 2.11 го илустрира односот помеѓу цената и количината на бараниот хероин, неделно, на еден пазар. Од информациите на Слика 2.11 можеме да изготвиме табела која го покажува односот помеѓу потрошеното количество и цената. На пример, по цена од 80€, побарувачката ќе биде 59 гр. Табелата 2.3 ги прикажува сите комбинации. Што може да се каже од табелата за тоа колку е чувствителна

побарувачката во однос на цената? Падот во количината изгледа доста голем - порастот на цената од 20 € на 80€ ја намалува побарувачката за 31 гр.

Слика 2.11 Побарувачка за хероин



Извор: Feldstein, M. S., (1967) *Economic Analysis for Health Service Efficiency: Econometric Studies of the British National Health Service*, Amsterdam, p.51.

Но, за навистина да се одговори на прашањето, треба да се споредат пропорционалните промени. Ако цената падне од 80 на 60€, овој пад од 25 проценти доведува до зголемување на потрошувачката за помалку од 7 отсто. Ова укажува дека побарувачката не е многу чувствителна на цената (што произлегува од природата на зависноста од дрогата).

Табела 2.3 Однос помеѓу потрошената количина и цената, од Слика 3.1

Цена (€)	Количина на продаден хероин (гр)
20	90
40	70
60	63
80	59

Извор: Feldstein, M. S., (1967) *Economic Analysis for Health Service Efficiency: Econometric Studies of the British National Health Service*, Amsterdam:North Holland, pp.51-102.

Ако го погледнеме падот на цената од 40€ на 20€, овој пад на цената за 50 проценти води до зголемување на побарувачката за 29 проценти. Во овој случај, јасно се гледа дека побарувачката е почувствителна на ценовните промени на ниски нивоа на цена, но е многу нечувствителна кај повисоки цени. Ова е важно - честопати откриваме дека чувствителноста се менува при различни нивоа на цена. Јасно е дека оваа споредба на

процентуалното зголемување на побарувачката и намалувањето на цената обезбедува мерка за тоа колку побарувачката реагира *пропорционално* на ценовните промени. Ова е основа за пресметка на ценовната еластичност на побарувачката. Нормалниот начин да се пресмета е да се подели *пропорционалната промена на количината со пропорционална промена на цената*. (Todaro, M. P. 1989):

Ценовна еластичност на побарувачката

$$= \frac{\text{Пропорционална промена на количината}}{\text{Пропорционална промена на цената}}$$

$$\varepsilon = \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P}$$

каде ΔQ е промена на количината, а ΔP е промена на цената. Во погорниот пример, кога цената се менува од 80€ на 60 €.

$$\varepsilon = \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P} = \frac{-7\%}{25\%} = -0.28$$

Со истата пресметка, кога цената паѓа од 40€ на 20€, еластичноста на побарувачката се пресметува на -0,58. Од пресметката е јасно дека еластичноста е само број - нема единици. Во овие случаи, ценовната еластичност на побарувачката е негативен број. Во горниот пример беа користени проценти, носе разбира, до сосема ист одговор се доаѓа и ако, наместо нив, се користат пропорции.

Ценовните промени во горенаведениот пример се големи (се пресметува еластичност над лак на кривата на побарувачка). Пресметките се извршени врз основа на намалување на цената. Ако наместо тоа цената се зголеми од 20€ на 40€, тогаш порастот е 100 проценти. Во тој случај важно е доколку се пресметува еластичност врз основа на пораст или пад на цената. Постојат два начина со кои може да се реши ова. Прво, процентот на пораст или пад може да се пресмета врз основа на средната точка на промената. Кога би се употребило тоа, би се добила малку поинаква проценка за еластичноста:

$$\varepsilon = \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P} = \frac{-4}{61} / \frac{20}{70} = -0.23$$

Ако има големи промени во цената или количеството, подобро е да се пресмета еластичноста на овој начин. Сепак, подобро решение е да се земат предвид помалите

промени. Може да се разгледаат промените во цената за 1 €, логично, тогаш ќе има многу помала разлика помеѓу пресметката која ја користи средната точка и пресметката која ја користи почетната цена за пресметување на процентот.

Лесно може повторно да се напише формулата за еластичност во два дела - односот на промените и односот на цената и количината

$$\begin{aligned}\varepsilon &= \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P} = \frac{\Delta Q}{\Delta P} \times \frac{(P_2 + P_1)/2}{(Q_2 + Q_1)/2} \\ &= \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P} = \frac{\Delta Q}{\Delta P} \times \frac{(P_2 + P_1)}{(Q_2 + Q_1)}\end{aligned}$$

каде што P1 и P2 се почетните и крајните цени, а Q1 и Q2 се почетните и крајните количини.

Првиот израз го приближува наклонот на кривата на побарувачка. Како што се прави промената на цената, односно како што се намалува, може да се препише изразот за еластичност во однос на наклонот на кривата на побарувачка и односот на цената и количината. Ако се користи нормална нотација на пресметување:

$$\varepsilon = \frac{\delta Q}{\delta P} \times \frac{P_1}{Q_1}$$

Овој израз се однесува за еластичноста на побарувачката за доброто или услугата во точката P1, Q1 (и ова е познато како *точкаста еластичност*). Сега е јасно дека еластичноста може да варира долж кривата на побарувачка, како резултат на промени во наклонот или како резултат на променливиот сооднос на цената и количината. Дури и ако кривата на побарувачка е права линија, еластичноста варира долж кривата. Ова е важно да се подвече – порамна крива на побарувачка во просек е поластична, а понаклонета крива е помалку еластична, но еластичноста не е исто што и наклонот.

Во примерот погоре, еластичноста на побарувачката е пресметана во опсег од -0,28 до -0,58. При опишување на еластичноста на ценовната побарувачка, вообичаено е опсегот да е од 0 до -1.0 и се опишува како нееластичен - што значи дека побарувачката реагира на променливата цена за помал процент од промената на цената. Кога еластичноста е -1, пропорционалните промени во цената и количината се исти, тоа е ситуација на „унитарна еластичност“. Опсегот од -1 до $-\infty$ е нормално опишан како еластичен. Во овој опсег бараната количина силно реагира на промените во цената.

Еластичност на побарувачката и промоција на здравјето. Познавањето на ценовната еластичност на побарувачката може да биде корисно за низа одлуки во

здравствената политика и унапредувањето на здравјето. Очигледен пример за тоа е употребата на даноци за зголемување на цената на цигарите и обесхрабрување на пушењето. Во овој случај, неколку прашања се релевантни. Прво, ако цените се зголемат, до кој степен ќе се постигне намалување на пушењето? Второ, кој ќе биде одвратен од пушењето - дали тоа ќе бидат млади или стари лица, тешки пушачи или повремени пушачи? Што ќе се случи со владините приходи? Дали данокот ќе падне несразмерно врз грбот на сиромашните? Многу студии се спроведени во однос на побарувачката на цигари (Townsend 1987, Stebbins 1991, Trigg и Bosanquet 1992). Проценките се разликуваат, но консензусот е дека ценовната еластичност на побарувачката е околу -0,5. Користејќи ги овие информации може да се направат бројни проценки за можните ефекти од промената на цените врз пушењето и даночните приходи и да се разгледа како оптоварувањето ќе падне врз различни групи на население. Во примерот се претпоставува дека тековниот данок на цигари е данок на додадена вредност (т.е. процент додаден на продажната цена) и е поставен на 20 проценти од продажната цена. Какви ќе бидат ефектите од зголемување на овој данок на 30 проценти од продажната цена? Сето ова нема да биде пренесено врз потрошувачот - релативното оптоварување на потрошувачот и на продавачот зависат од низа фактори. Сепак, заради поедноставување, овој данок е пренесен на потрошувачот. Бидејќи побарувачката е нееластична, со цел да се произведе одреден процент пад на потрошувачката, мора да настане повеќе од пропорционално зголемување на цената. Или кажано поинаку, со цел да се произведе големо намалување на пушењето, неопходно е значително да се зголеми данокот (а со тоа и цената). Што се случува со даночните приходи за Владата, едноставен пример е даден во Табела 2.4, односно, ќе се случи зголемување на цените за 8 проценти, а пад на потрошувачката за 4 проценти. Од табелата може да се види дека трошењето се зголемило и покрај падот на потрошувачката и дека даночните приходи заземаат поголем дел од поголемите вкупни трошоци. Едноставно, правило е ако побарувачката е нееластична, зголемувањето на цените предизвикано само од повисоки даноци *секогаш ќе ги зголеми даночните приходи*. Понекогаш се наведува дека владите се плашат да го зголемат данокот на тутун поради стравот од губење на приходите. Ова е речиси сигурно погрешно. Примерот можеби недоволно ја изразува целта на владата да го зголеми приходот со зголемување на данокот за тутун. Во овој пример, е игнориран фактот дека дел од данокот се плаќа и од продавачот, така што Владата може да ги зголеми своите даночни приходи и од купувачите и од продавачите.

Табела 2.4 Ефектот од зголемување на данокот на цигари

Променлива	Пред	Потоа
Цена пред оданочување (€)	10	10
Данок (€)	2	3
Потрошувачка (гр)	100.000	96.080
Вкупна потрошувачка (€)	1.200.000	1.249.040
Вкупен приход (€)	200.000	288.240

Извор: Feldstein, M. S., (1967) *Economic Analysis for Health Service Efficiency: Econometric Studies of the British National Health Service*, Amsterdam, p.51.

Студиите за еластичност на побарувачката за тутун покажуваат дека побарувачката е поеластична кај младите пушачи, од кои многумина се неодамнешни почетници. Ова значи дека вкупните проценки на еластичноста најверојатно ќе имплицираат дека еластичноста на побарувачката е уште пониска за постарите пушачи како поголеми зависници. Ова би упатувало дека зголемувањето на даноците може да биде добра стратегија за намалување на пушењето кај помладите луѓе. Сепак, иако побогатите луѓе може да покажат пониска ценовна еластичност на побарувачката од посиромашните, ефектот на данокот, најверојатно, ќе падне повеќе на посиромашните луѓе. Посиромашните луѓе трошат повисок процент од својот приход на тутун, па данокот е *регресивен*, односно опфаќа поголем дел од приходот на оние кои се посиромашни. Даноците се опишуваат како *прогресивни* ако побогатите плаќаат поголем дел од својот приход на данок отколку посиромашните.

Друга работа што треба да се има на ум е дека ценовната еластичност на побарувачката вообичаено варира за различни цени. Ако знаеме дека еластичноста по сегашна цена изнесува -0,5, можеме безбедно да ги предвидиме ефектите од релативно мал пораст на даноците. Она што не е толку разумно е да се предвидат ефектите од, на пример, пораст на данокот од 20 на 80 проценти, што подразбира поместување по кривата на побарувачка, најверојатно до точка каде еластичноста е многу поголема.

Од овој едноставен, иако реален пример може да произлезе следново (Figueras, 2002):

- Прво, зголемувањето на данокот на тутун веројатно ќе биде ефикасен начин за намалување на пушењето, но ќе бидат потребни големи зголемувања на даноците за да се постигне умереното намалување.
- Второ, Владата, најверојатно, ќе ужива во зголемувањето на даночните приходи како резултат на зголемувањето.

- Трето, веројатно е дека оваа политика ќе биде особено ефикасна во намалувањето на пушењето кај нови, релативно млади пушачи.
- Четврто, таквата политика може да има несакани ефекти врз даночното оптоварување, бидејќи паѓа несразмерно на посиромашните луѓе. Во некои земји ова е уште поголемо прашање, бидејќи стапките на пушење често се поголеми кај групите со пониски примања.

Ниската ценовна еластичност на побарувачката има тенденција да укажува на тоа дека доброто се смета за суштествено и дека има малку, ако воопшто има, супститути. Добрата можат да се сметаат за суштествени или затоа што се неопходни за одржување на животот или затоа што предизвикуваат зависност. Еден показател дека доброто предизвикува зависност е тоа што вообичаено не се смета дека е суштествено за да се одржи животот, но сепак има ниска ценовна еластичност на побарувачката.

Високите даноци на материји штетни за здравјето можат да бидат ефикасни во намалувањето на потрошувачката. Може да се направат слични пресметки за да се испита ефикасноста на субвенциите, со цел да се поттикне здраво однесување. На пример, би можело да се ослободи сето свежо овошје и зеленчук од данок за да се поттикне поголема потрошувачка. Спортските објекти можат да бидат субвенционирани со цел да се поттикне нивната употреба. Не можеме да кажеме дали ваквите политики ќе бидат ефикасен начин за поттикнување поздрав начин на живот без да се прават пресметки за еластичноста на побарувачката.

Вкрстена еластичност на побарувачката. Ценовната еластичност на побарувачката е пошироко користена мерка. Во здравствената економија исто така, се мерат и други видови еластичност. На пример, можеме да ја процениме вкрстената еластичност на побарувачката помеѓу две добра - на пример, колку е чувствителна побарувачката за игли на цената на шприцовите? Бидејќи тие се комплементарни, би очекувале да се намали побарувачката за игли ако се зголеми цената на шприцовите. Ако P_{n_1} е првичната цена на иглите, а Q_{s_1} е првичното количество шприцеви, вкрстената еластичност на побарувачката може да се изрази како (Zwarschtein, Price, 1990)

$$\varepsilon = \frac{\delta Q_n}{\delta P_s} \times \frac{P_{s_1}}{Q_{n_1}}$$

Ако добрата се надополнуваат, како во овој пример, вредноста на вкрстената еластичност на побарувачката е негативна. Во случај на супститути, вкрстената

еластичност на побарувачката е позитивна. На пример, ако цената на аспирин се зголемува, тогаш би очекувале пораст на побарувачката за ибупрофен, бидејќи тие се супститути.

Еластичност на доходот на побарувачката. Луѓето со повисоки примања можат да купат повеќе од сèшто им е потребно. Се разбира, тие не го прават тоа - како што се зголемува доходот, лицето купува повеќе од еден вид добра, а помалку од некои други. Некој може да купи помалку возења со автобус и повеќе такси-патувања, повеќе недвижности и поскапи одмори. За едно добро се вели дека е еластично на доход ако процентот на доход потрошен на доброто се зголемува со доходот. Еластичноста на доходот на побарувачката може да биде позитивна (т.е. со зголемувањето на доходот повеќе се купува) или негативна. Добрата со позитивна еластичност на доходот се опишани како *нормални добра*, а оние со негативна еластичност на доходот како *инфериорни добра* (McPake 1993). Еластичноста на доходот се пресметува од релативната промена на побарувачката за доброто и релативната промена во доходот. Формално, формулата за еластичноста на доходот на побарувачката е (Ryan, and Hughes, 1997):

$$\varepsilon = \frac{* Q}{* Y} \times \frac{Y1}{Q1}$$

каде што Y е доход, а Q1 е оригиналниот доход.

Еластичност и цени на здравствената заштита. На истиот начин на којшто може да се користат информациите за еластичноста за да се соопшти политиката за данок или субвенции и за да се охрабрат поздравите начини на живот, тоа може да биде корисно и во развивањето на политиката за наплата на здравствените услуги. Во повеќето земји има барем минимални трошоци за медицински услуги, болничка нега или лекови. Ако побарувачката е нееластична, тогаш ефектот на таквите трошоци ќе биде да се зголемат приходите со мал ефект врз употребата. Доколку е еластична, тогаш трошоците можат да ги одвратат луѓето од користење ефикасна и корисна нега. Доказите укажуваат дека, воопшто, побарувачката за здравствена заштита е нееластична, така што има само мал ефект врз побарувачката од покачување на трошоците (Gertler et al., 1987). Сепак, доказите, исто така, покажуваат дека сликата е посложена. Посиромашните луѓе покажуваат поголема еластична побарувачка отколку побогатите, па така едноставната политика на трошоци ќе ги одврати повеќе. Ова може да го оправда изземањето од надоместоците за лицата со пониски примања.

Потенцијалната улога на надоместоците за корисниците е да ги одврати луѓето од непотребното користење на услугите. Ако луѓето се соочат со трошоци за пристап, ќе размислат внимателно за нивната потреба од неа. Меѓутоа, повторно доказите покажуваат дека таквата политика не може да се примени едноставно. Депресивниот факт е дека ефектот на одвраќање од трошоците се чини дека е ист и за јасно корисни и за веројатно бесмислени интервенции (Newhouse, 1993).

Студиите за еластичноста на доходот на побарувачката за здравствени услуги укажуваат дека вредностите се позитивни и поголеми од еден. Со други зборови, побарувачката за здравствена заштита е еластична на доходот. Додека доходите растат, количеството консумирана здравствена заштита се зголемува *повеќе од пропорционално*. Стоките со оваа карактеристика често се опишуваат како луксуз, бидејќи побогатите луѓе купуваат повеќе. Ова не значи дека тие се непотребни, но само дека тие се избираат во многу поголеми количини како се зголемува доходот. Овој феномен, исто така, може да го објасни заклучокот дека земјите кои се побогати не само што трошат повеќе во вкупната здравствена заштита, туку исто така трошат *повисок процент* на БНП на здравствените услуги.

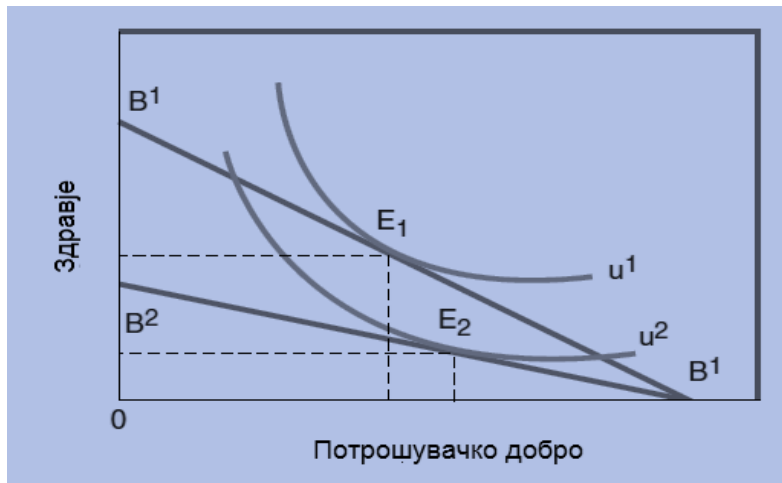
Општо земено, доказите од емпириските студии за влијанието на надоместоците за корисниците укажуваат дека тие можат да се користат за зголемување на приходите без големи ефекти на одвраќање од користењето на услугите. Сепак, исто така покажува дека мора да се користи негата, бидејќи оние со ниски примања, најверојатно, ќе бидат одвратени, а честопати токму тие се со најголеми потреби. Разбирањето на моделите на еластичност на побарувачката на различни нивоа на цени и за различни групи од населението овозможува да се развие политика за да се избегнат некои несакани ефекти.

-Возраст

Како што старееме, потребно е повеќе ресурси за да се добие или одржува постоечкиот здравствен капитал. Спротивно на тоа, за постарите луѓе генерално не се наплатуваат повисоки цени за повеќето потрошувачки добра. Всушност, некои добра може да подлежат на попусти за стари лица, како што се авионски патувања и некои оброци во ресторан. Затоа, релативната цена на производство на здравјето наспроти купувањето потрошувачки добра има тенденција да се зголемува со возраста. Ефектот на замена (ефект на релативна цена) би поттикнал замена на други потрошувачки добра за инвестирање во здравјето, како што поединецот старее. На слика 2.12, зголемувањето на релативната цена на инвестициите во здравјето е прикажано со намалување на наклонот на буџетската линија од V_1V_1 до V_0V_1 . Ова резултира со нова оптимална комбинација на

здравјето со други добра како во E_1 . Лице со многу сериозна болест може да одлучи дека не вреди да се инвестира во минимален здравствен капитал неопходен за да остане жив.

Слика 2.12 Поместување во релативните цени



Извор: Johnson-Lans., (2004) *A Health Economic Primer*, Pearson Addison Wesley, Boston, p.96.

- Образование

За да се анализираат ефектите од образованието врз побарувачката за здравје, може да се користат и моделите за инвестиции и моделите за потрошувачка. Постојат значителни докази дека луѓето со повисоко образование се поефикасни во производството на здравје. Во инвестицискиот модел, образованието ја поместува кривата МЕК кон десно преку зголемување на продуктивноста на инпутите во производството на здравје.

Ефектот се чини дека е точен не само во Соединетите американски држави и слично развиените земји, туку и во земјите кои по глава на жител имаат многу помал приход и образование и помалку напредни технологии. Една хипотеза за објаснување на ова е дека образованието е во корелација со пониската стапка на депрецијација на здравствениот капитал (Muurinen, 1982). Ова може да се прикаже како движење надолу по кривата МЕК поврзана со намалување на трошоците за производство на здравствениот капитал. Ние би очекувале дека зголемувањето на побарувачката за здравје е поврзано со зголемување на образованието.

Образованието не само што може да ги влоши инвестициите во здравјето, туку може да биде поврзано со различни временски параметри. Временска предност е термин кој се однесува на степенот до кој луѓето ја намалуваат иднината. Лицето кое е преокупирано со сегашноста ја игнорира иднината, односно ја отфрла многу силно. Таквото лице не е веројатно дека ќе заштеди или инвестира многу во образованието или

здравјето (Fuchs, 1982). Дури и ако инвестирањето во образованието е во корелација со инвестирањето во здравјето, ефектот на образованието врз трошоците за здравствена заштита сè уште е отворено прашање (ако поголемата ефикасност во производството на здравје овозможува користење помалку ресурси за да се постигне одредено ниво на здравје).

- Ефектите на богатството врз животниот стил

Кривата на МЕК може да се помести налево како што луѓето стануваат побогати и, следствено, јадат побогата храна и помалку вежбаат. Ова се негативни инпути во производството на здравје. Истражувањата покажаа дека постои негативна врска меѓу економскиот пораст и нивото на здравствена состојба во општеството (Grossman, 1972). Во земјите со ниски приходи, меѓутоа, се очекуваат периоди на просперитет кои би ја намалиле неухранетоста и би довеле до подобри здравствени резултати.

- Хемиска зависност

Во случај на зависност од дрога, дополнителен увид може да се добие со користење и на моделот за инвестиции и на моделот за потрошувачка на здравје. Зависноста може да се смета како промена на маргиналната ефикасност на кривата на здравствениот капитал кон лево, а исто така може да се смета дека предизвикува промена во вкусот што би резултирало со замена на трошоците за здравје со доброто што предизвикува зависност. На пример, некој може да ја намали превентивната грижа за да си дозволи повеќе нелегални дроги. Вообичаеното гледиште за зависноста од дрога се поврзува со многу краток временски хоризонт во донесувањето одлуки, што е во согласност со пренасочувањето на ресурсите од инвестирање во здравството на купување добра „што произведуваат корисност“, а кои предизвикуваат зависност.

Според ова размислување, сè што ја зголемува вредноста на здравствениот капитал ќе се стреми да ја намали хемиската зависност. Во случај на зависност, подобрите можности на пазарот на трудот, кои ја зголемуваат вредноста на здрави денови, ќе тежнеат да ја обесхрабрат хемиската зависност (Johnson-Lans, 2006).

Голем број студии се направени за да се утврдат ефектите на возраста, образованието и богатството врз побарувачката за здравје (Muurinen, 1982). Истражувачите имаат изградено динамични модели за да проучат како инвестирањето во здравјето се менува во текот на животниот циклус и воведуваат несигурност во инвестицискиот модел (Wagstaff, 1993). На пример, ако болеста е дефинирана како состојба во која здравствениот капитал паѓа под критично ниво, вредноста на инвестирањето повеќе во здравствениот капитал е за да ја намали веројатноста за влез

во состојба на болест (Storper, 1977). Оттаму, здравствениот статус произлегува од процесот во кој поединецот може да влијае само врз веројатноста за транзиции од една здравствена состојба во друга (Zweifel, Breyer, 1997). Критичарите на Гросмановиот модел тврдат дека со одлуките во врска со здравствената заштита како дел од рационалната стратегија за инвестирање во здравството, тој е оспорен од фактите. Еден аргумент е дека трошоците за медицинска грижа се, всушност, во корелација со лошото здравје. Повисоките трошоци за здравјето едноставно се резултат на реакциите на негативните шокови на здравствената состојба. Други изјавуваат дека големата неизвесност поврзана со појавата на болеста го оневозможува развојот на рационален план за инвестирање во здравјето. Иако е неспорно дека надворешните шокови го менуваат капиталот на здравјето во текот на животот на поединецот, динамичните модели треба да бидат во можност да го земат предвид ова. Инвестициските одлуки се прават во свет каде што постои неизвесност и недостаток на целосни информации (Johnson-Lans, 2006). Економистите гледаат на побарувачката во врска со здравјето на човекот како на инвестициона одлука. Користејќи го овој модел, здравствената заштита не претставува потрошувачко добро, туку придонес во производството на капиталното добро - капиталот на здравјето.

2.7 ПОНУДА НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

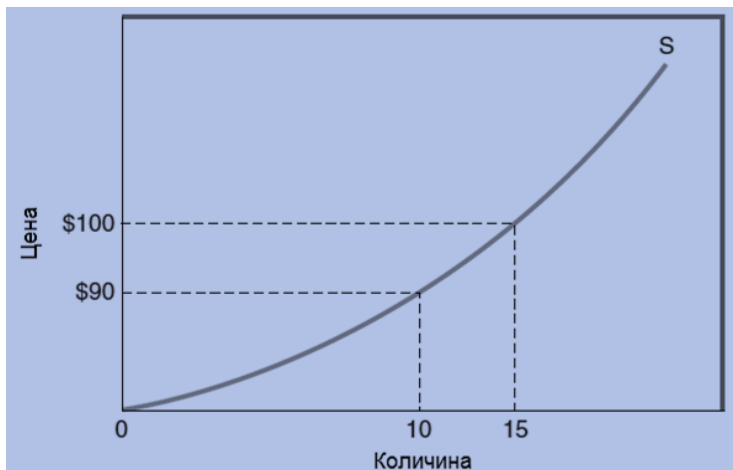
На понудата на здравствена заштита може да се пристапи на сличен начин како и на побарувачката за здравствена заштита. Понудувачите вклучуваат болници, кои директно обезбедуваат здравствена заштита и медицинска опрема и фармацевтски компании кои обезбедуваат инпути за процесот на производство на здравствена заштита. Страната на понудата на пазарот е во голема мерка зависна од теориите за тоа како фирмите се однесуваат - овој концепт често се нарекува теорија на фирмата (Morris et al., 2007). Во анализата на понудата во економијата честопати доминираат теориите на фирмата кои се засноваат врз претпоставката дека нивна првенствена цел е да се максимизира профитот. Ова може да се гледа на два начина. Прво, таквите теории можат да бидат разумни описи на целите на некои фирми и затоа може да се користат во позитивна економска смисла за да се генерираат предвидувања за начините на кои функционираат фирмите и пазарите.

Сепак, типична карактеристика на работењето во здравствената заштита е тоа што фирмите не само што не се стремат да го максимизираат профитот, туку немаат ниту за

цел да заработат вишок профит. Сите фирми мора да заработуваат нормална стапка на поврат или профит, за да можат да бидат способни да останат во бизнисот на долг рок. Целта на повеќето фармацевтски компании и многу осигурителни компании е да генерираат профит, а максимизацијата на профитот може да биде разумна цел за нив. Спротивно на тоа, повеќето болници и старечки домови и некои осигурителни компании не се стремат да го максимизираат профитот. Иако, теориите базирани врз максимизацијата на добивката имаат втора корист затоа што обезбедуваат корисно множество мерила за успешност според кои може да се споредат вистинските перформанси на фирмите. Затоа, иако моделите за максимизација на профитот се важни, ќе нагласиме дека за поголемиот дел од здравствената индустрија ќе бидат посоодветни други теории (Johnson-Lans, 2006).

Сликата 2.13 ја покажува кривата на понудата закривена нагоре, за посети во канцеларија. Илустрира, на пример, дека лекарите би биле подготвени да понудат десет посети во канцеларија, ако цената е 90 долари по посета. По повисока цена, на пример, 100 долари, ќе бидат понудени повеќе посети. Бидејќи производството и продажбата на добра за здравствена заштита се одвива во свет на ограничени ресурси, микроекономијата може да обезбеди вредни увиди во работењето и процесот на планирање на медицинските фирми.

Слика 2.13 Понуда за посети во канцеларија



Извор: Newhouse, JP. (1992) "Medical care costs: How much welfare loss?" *Journal of Economic Perspectives*, Vol. (6), No.11, p.22.

Направени се пет претпоставки за поедноставување на дискусијата за краткорочно производство (Santerre и Neun, 2007):

- 1) претпоставуваме дека фирмата произведува единечен излез на медицински услуги;

- 2) првично претпоставуваме дека постојат само два инпута: часови на персонал и сложено капитално добро;
- 3) претпоставуваме дека капиталот е фиксен во текот на периодот, бидејќи краткиот рок е дефиниран како период во кој е фиксиран најмалку еден инпут;
- 4) претпоставуваме дека фирмата првично има стимулација да произведе колку што е можно поефикасно; и
- 5) првично претпоставуваме дека фирмата располага со совршени информации во врска со барањата за својот производ.

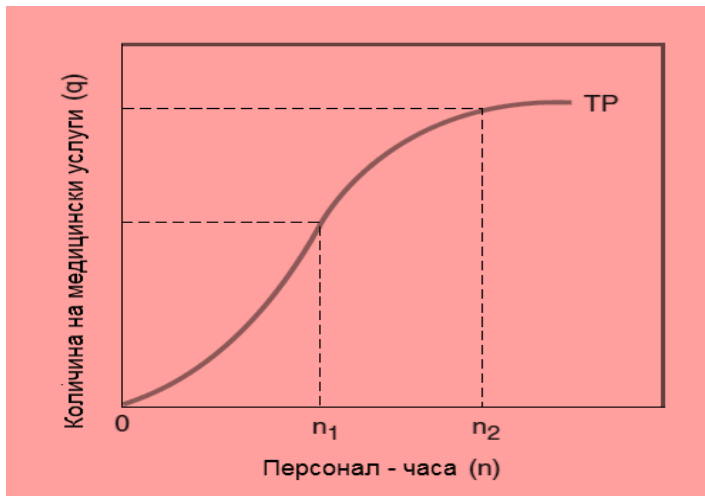
Функцијата на производство идентификува како различни инпути можат да се комбинираат и да се претворат во финален излез. Функцијата за производство на краток рок за здравствени услуги може математички да се генерализира како $q = f(n, k)$, каде q е излез, n е персонал-часа, а k е капитал (кој е фиксиран на краток рок). Функцијата за производство ја дозволува можноста секое ниво на излез да може да биде произведено од неколку различни комбинации на персонал и инпути на капитал. Се претпоставува дека секоја комбинација е технички ефикасна бидејќи резултира со максимален износ на излез кој е изводлив со оглед на состојбата на технологијата (Johnson-Lans, 2006).

Функција на производство на здравствена заштита. Анализата започнува со испитување на нивото на здравствените услуги - q , бидејќи се однесува на поголемо количество варијабилен инпут на персонал - n , со оглед на тоа дека се претпоставува дека износот на капиталот - k , е фиксен. Еден важен микроекономски принцип од теоријата на производство е законот за намалувањето на маргиналните приноси. Овој феномен се јавува кога вкупниот излез прво се зголемува со растечка стапка, но по некоја точка се зголемува со опаѓачка стапка во однос на поголемо количество променлив инпут, при што сите други инпути се константни.

Слика 2.14 го покажува законот за намалување на продуктивноста. Таа покажува графички однос помеѓу количината здравствени услуги на вертикалната оска и бројот на персонал-часови на хоризонталната оска. Таа е крива на вкупните производи, TP , бидејќи го отсликува вкупниот излез произведен од различни нивоа на променлив инпут, држејќи ги сите други инпути константни. Излезот прво се зголемува со зголемување на стапката во текот на опсегот на персонал - часа од 0 до n_1 . Надвор од точката n_1 , натамошното зголемување на бројот на вработени предизвикува зголемување на здравствените услуги, но со намалена стапка. Тоа е точката во која се поставува намалената продуктивност. Надвор од n_2 , веројатноста е дека премногу персонал-часови

можат да доведат до намалување на количината на здравствени услуги. Наклонот на вкупната крива на производи е негативен над n_2 (Johnson-Lans, 2006).

Слика 2.14 Крива на вкупен производ

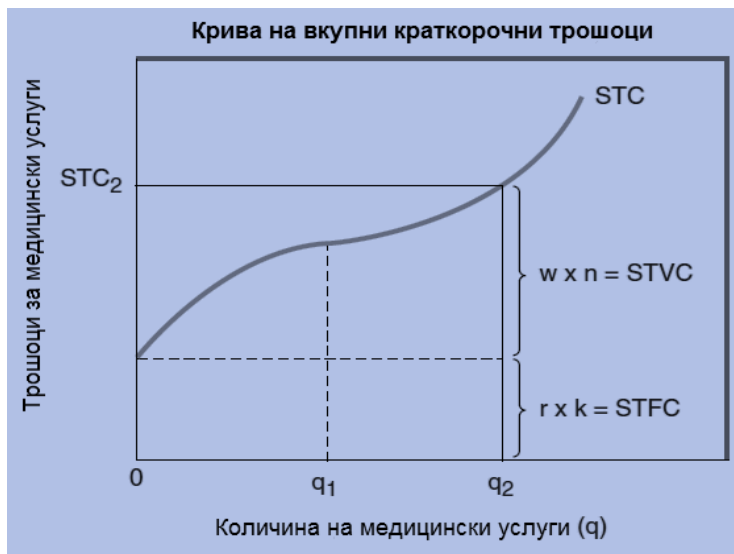


Извор: Walling, AD et al. (1999) "Laparoscopic Cholecystectomy vs. open surgery in the elderly". *American Family Physician*, Vol.(59), No13, p.231.

Економистите укажуваат на фиксните краткорочни инпути како основа за намалување на продуктивноста. На пример, кога работното време се зголемува, во почетокот првично има значителен износ на капитал, фиксен инпут, со кој се произведуваат здравствени услуги. Изобилството капитал овозможува создавање поголеми количини здравствени услуги од вработување дополнителен персонал. Меѓутоа, во одреден момент фиксниот капитал станува ограничен во однос на променливиот инпут, а дополнителните работни часови доведуваат до сукцесивно намалување на поединечните единици на здравствената заштита. Во екстреман случај, со оглед на тоа што медицинската установа е преполна од вишок луѓе, количината на произведени услуги може да почне да се намалува, бидејќи се доаѓа до застој и се предизвикуваат несакани проблеми во производството (Johnson-Lans, 2006).

Постои реципрочна врска помеѓу функцијата на краткорочни вкупни трошоци и кривата на вкупниот производ на краток рок (Слика 2.14). На пример, кога вкупниот производ се зголемува со зголемување на стапката до точката $n1$ на Слика 2.14, вкупните краткорочни трошоци се зголемуваат со опаѓачка стапка до излезот $q1$ на Слика 2.15. Во пракса, разликата помеѓу вкупните фиксни и вкупните варијабилни трошоци може да биде особено предизвикувачка.

Слика 2.15 Крива на вкупни краткорочни трошоци



Извор: Johnson-Lans, (2004) *A Health Economic Primer*, Pearson Addison Wesley, Boston, pp. 231-264.

Сепак, реално, медицинската фирма работи со повеќе од еден променлив инпут на краток рок. Затоа, може да има некоја форма на заменливост помеѓу променливите инпути. На пример, лиценцираните практични медицински сестри често ги заменуваат регистрираните медицински сестри во производството на болнички услуги. Вистинскиот степен на заменливост помеѓу било кои два инпути зависи од техничките и правните размислувања. На пример, во повеќето држави забрането е со закон асистентите на лекарите да препишуваат лекови.

Општо земено, еластичноста на супституцијата помеѓу било кои два варијабилни инпути е еднаква на процентуалната промена на односот на инпутите поделен со процентуалната промена во односот на маргиналните продуктивности на инпутите, при што нивото на излез е константно. Со други зборови, формулата за оваа еластичност е:

$$\sigma = \frac{\Delta(i_1 / i_2)}{i_1 / i_2} \div \frac{\Delta(MP_2 / MP_1)}{MP_2 / MP_1}$$

каде i е количината која се користи за секој инпут (Johnson-Lans, 2004). Односот на маргиналните продуктивности се нарекува маргинална стапка на техничка супституција, што ја илустрира стапката со која еден инпут го заменува другиот во производниот процес, на маргината. Маргиналниот производ е дополнителна количина на излез поврзан со дополнителна единица варијабилен инпут. На пример, замислете дека на

лиценцирана практична медицинска сестраи' се потребни двачаса за да се замени целосно еден час на регистрирана медицинска сестра.

Теоретски, σ добива вредност помеѓу 0 и $+\infty$ и ја идентификува процентуалната промена во соодносот на инпутите што како резултат дава 1% промена во маргиналната стапка на техничка супституција. Во крајните точки, или нема замена (односно 0), или е бесконечност, односно совршена заменливост.

2.8 ДЕТЕРМИНАНТИ НА ПОНУДАТА

Може да се генерира листа менувачи на понуда. Во продолжение се дадени егзогени детерминанти на снабдувањето. Со други зборови, фактори кои се држат константно во основата на кривата на понудата. Кривата на понудата ја означува врската помеѓу цената на производството и испорачаната количина на производството по наведените цени. Излезната цена се смета за ендегена детерминанта на понудата. (Heever, 1997):

Технолошки промени. Бидејќи технологијата се подобрува за производство на здравствен производ, добрата стануваат поевтини за производство. Секако, технолошките промени кои ги прават производите поскапи без подобрување на квалитетот се игнорираат. Бидејќи производот станува поевтин за производство, понудувачите се подготвени да понудат повеќе за продажба по одредена цена. Ова ја зголемува понудата, со што кривата на понудата се поместува надесно.

Цени на инпутот. Ако треба платите на лекарите да се зголемат, ова зголемување на трошоците за инпут ќе резултира со желба на понудувачите да понудат колку што е можно повеќе за продажба по оригиналната цена. Понудата ќе се намали, поместувајќи ја кривата налево.

Цени на добра поврзани со производството. Цената на доброто поврзано со производството, како што е порастот на цената на радиолошките услуги, исто така би било релевантно. Бидејќи лекарите можат да ја користат радиологијата за дијагноза и третман, ова ќе предизвика намалување на понудата, со што се поместува кривата на понуда налево.

Големина на индустријата. Како што повеќе фирми ќе влезат на пазарот, понудата на производот ќе биде поголема. Затоа, влезот на фирми ќе предизвика кривата на понудата да се помести надесно.

Времето. За голем број производи, вишата сила, како што е времето, ќе има тенденција да влијае врз производството. Насоката на ефектот е очигледна: доброто време ја зголемува понудата.

На секој пазар, вклучувајќи го и пазарот за здравствени услуги, постои директна врска помеѓу испорачаната цена и количината. Односно, како се зголемува цената, така ќе се зголеми количината понудена за продажба на пазарот. Неколку други основни фактори влијаат врз позицијата на кривата на понудата, менувајќи ја налево или надесно, како што е претходно забележано. Важен импакт имаат (Kamke, 1998):

- *Информациски проблем*
- *Совршена агенција*
- *Побарувачка индуцирана од понудувачот*
- *Несовршена агенција*

На почеток, многу е важно да се каже дека фокусот на здравствените пазари и на некои други пазари, од стандардното множество претпоставки на моделот на побарувачка, се „информациските проблеми“. Стандардниот модел претпоставува дека потрошувачите се „суверени“, односно, дека се најдобри судии за сопствените интереси. Оваа точка можеби ќе помине незабележано во размислувањето за одлуката на здравствениот економист дали да ја повика неговата мајка или да ја пребарува мрежата. Додека неговата мајка може да биде исклучок, повеќето луѓе нема да веруваат дека ги разбираат интересите на економистите подобро отколку што тоа го прави самиот тој. Веднаш штом ќе влезат на здравствените пазари, се појавуваат низа приговори на оваа перспектива, имплицитно и експлицитно.

Суверенитетот на потрошувачите е предизвикан од широко распространетите идеи дека потрошувачите не треба да бидат оставени да страдаат од последиците од лошите инвестициски одлуки во здравството и би требало да се бара да се обезбедат веројатните потреби за здравствена услуга. Оттука, скоро сите земји бараат од граѓаните да купат осигурување или тоа го прават за нив самите преку даночниот систем. Слично на тоа, низа однесувања ризични по здравјето обично се пропишуваат со закон - некои дроги се речиси универзално забранети за рекреативна употреба, а забрането е и користење лековити термални води кај некои типови заболувања. Потребни се одредени однесувања на промовирање на здравјето, како што се имунизацијата во некои земји. Овие правила, можат да се протолкуваат како барање за општествено одговорно однесување (заштита на општеството од однесувањето на поединци кои се заинтересирани само за себе), стандардно објаснување на правилата во секое општество,

но тие, исто така, се мисли дека содржат и елемент на креаторите на политиката кои „знаат најдобро“. Ова „познавање на најдоброто“ може да вклучи верување во супериорноста врз донесувањето одлука за некои случаи (можеби добро го разбирате ризикот од рекреативната употреба на хероин, но сепак нема да ви дозволиме да се оштетите), став наречен „патернализам“. Почесто, тоа подразбира верување дека информациите кои ги поседува креаторот на правилата се посупериорни во однос на оние кои се водени (не ги разбирате ризиците за рекреативна употреба на хероин и мора да бидете заштитени од вашето незнаење). Ова е еден вид „информацки проблем“ кој се среќава на здравствените пазари. Поопшто, постојат многу важни области на специјализирано знаење вклучени во барањата за подобрување на здравствениот статус. Како резултат на тоа, не е ефикасно секој да бара да располага со сите релевантни информации и сознанија, анализите за употреба на „агенти“, како што се лекарите, физиотерапевтите, фармацевтите, оптичарите и нутриционистите, вработени (директно или индиректно) од страна на потрошувачот, при донесувањето одлуки. Овој феномен е познат како „агенција“ и се појавува на различни степени во многу области: правото, автомобилската механика, финансиски инвестиции, образованието и многу други. Речиси насекаде постои „професионален“, маскиран агент.

Во некои случаи на посредништво, но не и во сите негови форми на појавување на здравствените пазари, агентот е исто така и понудувач на услугата. Ова значи дека побарувачката и понудата не се целосно одвоени и предизвикуваат можност, агентите-понудувачи да ја злоупотребат својата улога како агенти со цел да ја продолжат својата профитна улога како понудувачи. Комбинацијата на *информациската асиметрија* (една страна во трансакцијата има повеќе информации од другата), *ограничената рационалност* (не може да се предвидат и да се пресметаат сите непредвидени случаи) и потенцијалот за *опортунизам* („барање личен интерес со измама“) е проблематична комбинација за стандардни економски организациски форми со кои треба да се справуваат (Williamson, 1975) и без сомнение придонесува за објаснување на некои од невообичаените институции кои се јавуваат на здравствените пазари, како што се медицинската етика и саморегулаторните тела. Таа, исто така, го поттикнува *потенцијалот* за многу дебатиранiot феномен во здравствената економија: „побарувачка индуцирана од понудувачи“.

Совршена агенција. Пред да започне да се дискутира може или не може да се утврди дали здравствените работници „поттикнуваат“ побарувачка или ја експлоатираат нивната улога како агенти, корисно е да се разгледа што точно може да очекуваме од

лекарот кој работи како „совршен” агент. Какви треба да бидат целите на лекарот кој дејствува како совршен агент во препорачувањето и обезбедувањето здравствени услуги? Можните кандидати треба:

- да го максимизираат здравствениот статус на пациентот;
- да ја максимизираат корисноста на пациентот;
- да го максимизираат здравствениот статус или корисноста на целото општество.

Недостигот од јасност е изразен во една поширока дебата за улогата на лекарите во општеството што проникнува многу повеќе од учебниците за здравствена економија. Првата опција, максимизирање на здравствениот статус на пациентот, го ограничува докторот во неговата соодветна професионална сфера. На пример, за да бидат ефикасни, лекарите би требало да ги принудат пациентите да се откажат од пушењето, а не само да се осигураат дека се добро информирани за ризиците. Втората опција, максимизирање на корисноста на пациентот, може да сугерира дека главната улога на лекарите треба да биде да обезбедат информации за пациентите и, колку што е можно, да ги остават пациентите сами да донесуваат одлуки. Ова се чини дека е во согласност со многу актуелни идеи. Поголема е веројатноста дека забелешките за оваа дефиниција на улогата се однесуваат на пациентите кои не сакаат (или, во наши услови, губење на корисноста од тоа) да донесуваат судбински одлуки, отколку да тврдат дека пациентите, за возврат, може да ја максимизираат погрешната работа (на пример, да дадат недоволна тежина на здравствениот статус). Третата опција, максимизирање на здравствениот статус или корисноста на целото општество, одговара на зголемената свест за неизбежноста на рационализирање на здравствените пазари - свесноста дека обезбедувањето услуга на еден пациент може да повлече негирање на друг пациент. Ставовите кон оваа цел веројатно ќе бидат зависни од здравствениот систем. Лекарите вработени приватно од страна на пациентот имаат многу појасна обврска кон тој индивидуален пациент, а сите рационални импликации за другите се барем индиректни и не можат да се појават, ако тоа е едноставно прашање на тој пациент кој одлучува да потроши помалку од сопствените ресурси на други добра. Лекарите вработени во јавниот систем се потенцијално агенти и на државата и на индивидуалниот пациент. Некои здравствени системи ја наметнуваат оваа улога на лекарите многу повеќе од другите. Ако лековите се во многу краток промет, лекарот не може, освен да ги смета оние што му се дадени на еден пациент, а не дадени на друг - можеби еден час подоцна во истата клиника. Во помалку ограничени околности, буџетските ограничувања можат да функционираат на

ниво на болницата, што барем подразбира употреба на ресурсите од страна на еден доктор во болницата на почетокот на годината, што може да значи дека се недостапни за пациентот на друг лекар на крајот на годината. Во други ситуации, последиците од „одредување на линијата” на одлуките на еден доктор може да се разберат само во апстракт – засегнат е непознат пациент во друг дел од системот, кој може да има корист од буџетскиот суфицит на крајот на годината. Ова го остава дури и лекарот со најдобри намери во незавидна положба во обидот да ја разјасни сопствената улога. Исто така, ги остава здравствените економисти со некои тешкотии со кои можеби е полесно да се живее. Ако не можеме јасно да ја дефинираме „совршената агенција”, се наоѓаме во тешка позиција кога станува збор за идентификување на отстапувањата од тој стандард.

Побарувачка индуцирана од понудувачот. Побарувачката индуцирана од понудувачот (SID) се однесува на специфичен тип несовершенство на агенцијата и подразбира дека за да ги промовира сопствените интереси, лекарот препорачува грижа која не би ја препорачал совршениот агент. Затоа, идејата подразбира дефиниција за совршена агенција и идентификација на мотивацијата. Несоодветниот совет, мотивиран од несовршени информации, на пример, обично не се смета за побарувачка индуцирана од понудувачот. Загриженоста за побарувачката индуцирана од понудувачот може да се следи до раните придонеси кон литературата за здравствената економика, до најпознатиот Ремеров закон: „изградениот кревет е исполнет кревет” (Roemer, 1961). Корелациите помеѓу понудата и користењето не се тешки за воспоставување низ здравствените услуги, но не се само по себе докази за причинско дејство. Пациентите може да ги преминат границите до каде што услугите се побројни, болниците и докторите можат да изберат да се лоцираат во области каде побарувачката е висока, неисполнетите барања може да бидат високи, каде што се обезбедуваат помалку услуги, пазарите едноставно можат да најдат рамнотежа.

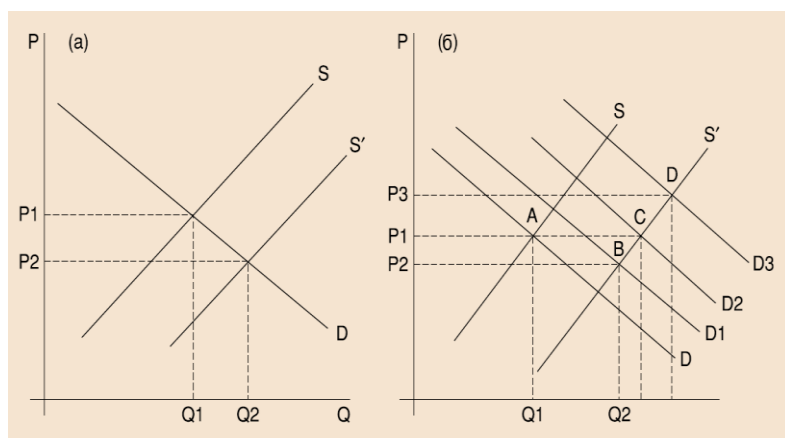
Објаснувањето дека побарувачката е индуцирана каде што понудата го надминува нивото што инаку би го постигнало, бара посилен тест. Побарувачката индуцирана од понудувачот подразбира промена на кривата на побарувачка. Лекарот кој има цел да охрабри повеќе пациенти да посетат операција со намалување на нејзините надоместоци (со други зборови има цел да произведе движење долж кривата на побарувачка), дејствува само како што може да дејствува и кој било друг понудувач на добра. Доколку максимизацијата на профитот е негова цел, може да ги изедначи маргиналниот приход и маргиналниот трошоци при поставувањето на неговата цена, без да се каже дека има „индуцирана” побарувачка. Проблемот со обидот да се набљудува промената на кривата

е што самите криви на побарувачка не можат да се набљудуваат, туку можат само точките на рамнотежа. Ова го отежнува правењето разлика помеѓу нормалната побарувачка на пазарот и движењата на понудата, како и однесувањето на пазарот што подразбира дека понудувачите ја поместиле кривата на побарувачка.

На Слика 2.15 се гледа дека еден од начините да барате побарувачка индуцирана од понудувачот е да го следите она што се случува на пазарот на здравствени услуги кога се зголемува понудата на доктори. На стандарден пазар, би очекувале промената на кривата на понудата да резултира со нова рамнотежа со пониска цена за посета и поголем број посети на лекар (слика 2.15a).

Меѓутоа, ако докторите можат да ја префрлат кривата на побарувачка, тие ќе можат да се заштитат и од пониски трошоци. Тие можат да го направат тоа делумно, со поместување на кривата на побарувачка D во $D1$; целосно, со поместување на кривата на побарувачка во $D2$; или дури може да ја поместат кривата на побарувачка до $D3$, во кој случај би се зголемиле надоместоците (Слика 2.15 б). Сепак, набљудувачот може само да ги набљудува точката A и алтернативните точки B , C и D , но не и целата крива на побарувачка.

Слика 2.15 Потешкотии во идентификувањето на поттикнување на понудувачите: (а) без поттикнување, (б) со поттикнување



Извор: Mc.Pake, B., (1993) 'User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature', *Social Science and Medicine*, Vol.36, No.11, p.405.

Ако се набљудуваат точките A и B , моделот е во согласност со нормалното пазарно однесување на Слика 7.1a: надоместоците за посета се намалени и бројот на посети е зголемен. Само ако се набљудува точка од лево од точката C , како што е D , јасно е дека пазарот не е „нормален“: зголемена е понудата со лекари, но и надоместоците според посета. Барањето ситуации во кои движењето од A до D се чини дека е предизвикано од

зголемување на понудата на лекари е познато како „тест за надоместок за поттикнување”, припишан на Рајнхарт (Reinhardt, 1978). Треба да се напомене дека тестот е повеќе специфичен отколку чувствителен: многу случаи во кои побарувачката е индуцирана, ќе паднат на тестот, но кога ќе го поминат тестот има барем нешто чудно за пазарот, а поттикнувањето е силен кандидат за да се даде објаснување.

Не треба да постои изненадување кога ќе се заклучи дека доказите за поттикнување се мешаат и дека повеќето критичари на оваа литература заклучуваат дека побарувачката од понудувачот е нејасна хипотеза (McGuire et al., 1988). Асиметрија на информации и несовршено посредништво-можеби проблемот не треба да биде толку комплициран, бидејќи ова се обиди да се докажат промените на побарувачката. Многу работи зависат од изворот на нашата загриженост. Повеќето од нас веројатно веруваат дека медицинските совети треба да се дадат врз основа на најдобрите достапни научни докази и во последниве години неволно може да се прифати дека контролата на трошоците или разумните буџетски граници подразбираат рационализација и потреба за користење критериуми за ефикасност на трошоците, наместо само докази за ефикасност. Во системите за јавно здравје, овој фокус на побарувачката наместо на потребата, исто така може да изгледа чудно. Од било која перспектива, ние не сакаме нашите лекари да бидат под влијание на мотивот на профит кога ни даваат совет. Доволно е јасно од многу помалку сложени студии, дека лекарите се луѓе и не се идеални. Сè што треба да се тестира е дали се менуваат советите или интервенциите кога се менуваат економските награди поврзани со различни видови совети и интервенции. Постои изобилство докази, од многу различни делови на светот, дека токму тоа се случува. Кога се користи надоместок за „надоместок за услугата“, се обезбедуваат повеќе услуги отколку кога се користат системи на надоместок кои се наплатуваат по поединечен случај или за поединечен пациент. Сето ова значи дека имаме ситуација на „несовршена агенција”.

Медицинската наука е непрецизна, но ова не е извор на проблемот или барем не целиот извор. Кога советите одговараат на економски стимулации, лекарите не можат цело време да ја применуваат најдобрата претпоставка за најдобриот можен третман. Можеби неизвесноста е експлоатирана да се игра безбедно кога стимулациите се поставени за да се наградуваат повисоките нивоа на активност. Лекарите може да нарачаат повеќе дијагностички тестови со мала веројатност за важни наоди или да работат сега кога политиката „чекај и види" има низок ризик од влошување на проблемот. Може да се одбере спротивното и да се преземат мали ризици кога стимулациите се потпираат на друг начин. Правилните одлуки тешко се

идентификуваат, но јасно е дека ако се вмешаат економските стимулации, најдобрите претпоставки, размислувањето за тргување со ризик-интервенција која пациентот ја претпочита, ефикасноста и трошоците не се единствените причини во процесот на донесување на одлуките, (Murphy, 1994). Ова не е и толку лошо. Признавањето на несовршената агенција им дава на креаторите на политиката важни можности со цел да влијаат врз однесувањето на лекарите, особено кога лекарите ја идентификуваат нивната улога во однос на првите две дефиниции за „совршена агенција” (засегната само со индивидуалниот пациент), а креаторите на политиката се загрижени да донесат влијание во име на општеството, како целина. Истите докази што се однесуваат на методот на надоместок за однесувањето на лекарите покажуваат колку е моќен инструментот кој го овозможува системот за надомест за да бара подобрувања во економичноста на препорачаниот и обезбеден третман. Малкумина креатори на здравствената политика сега ја игнорираат оваа можност. Иако, повторно би можело да се нагласи дека здравствените услуги можеби не се толку „посебни” како што се мисли дека се. На крајот на краиштата, со целата пластичност во објаснувањето, бананата може да се бара и заради нејзините ефекти кои го поттикнуваат здравствениот статус. Во таа смисла, целото ова е исто толку важно како за бананите, така и за здравствената заштита. Дискусијата се насочува за повеќето здравствени професионалци во однос на многу од нивните должности. Терминот „лекар” се користи во целиот текст, како поедноставување и затоа што најголемото внимание е посветено на улогата на лекарот. Карактеристика на здравствените пазари е неизвесноста во врска со дијагнозите, достапните третмани и ефикасноста на овие третмани (Arrow, 1963). Некои неизвесности се неупростливи, каде што ниту лекарот ниту пациентот не можат со сигурност да знаат какви ќе бидат последиците (Pauly, 1978). Ова води кон проблемот на незадоволена потреба. Сепак, голем дел од неизвесноста е еднострана: потрошувачот нема медицинска обука и знаење за да направи информиран избор.

Информацијата сама по себе е економско добро. Добивањето информации, на пример, преку ангажирање во истражување на потрошувачите за да се споредат цените и квалитетот на алтернативните даватели на здравствени услуги или да се проверат релативните трошоци и ефикасноста на алтернативните третмани, е вредно ако придобивките ги надминуваат трошоците. Кога трошоците за добивање информации се премногу високи, ако информациите се високо специјализирани или тешко достапни, или ако веројатните придобивки се премали, потрошувачите можат да изберат да бидат рационално неуки и да делегираат одлуки до доставувачот на услугите. Обично,

контактот на пациентот со докторот е кога лекарот му кажува на пациентот што треба да направи (McGuire, 2001). Овој однос помеѓу докторот и пациентот често се презентира како проблем директор - агент. Лекарот е агентот кој дејствува во име на директорот, кој е пациентот, при донесување одлуки за тоа која здравствена заштита треба да ја купи. Доколку лекарите ги донеле овие одлуки на начин целосно во согласност со претпочитањата на пациентите, непогодени од последиците за себе, тие би дејствувале како совршени агенти, суштински, донесувајќи одлуки за здравствена заштита што би ги направиле пациентите кога би имале пристап до истата информација.

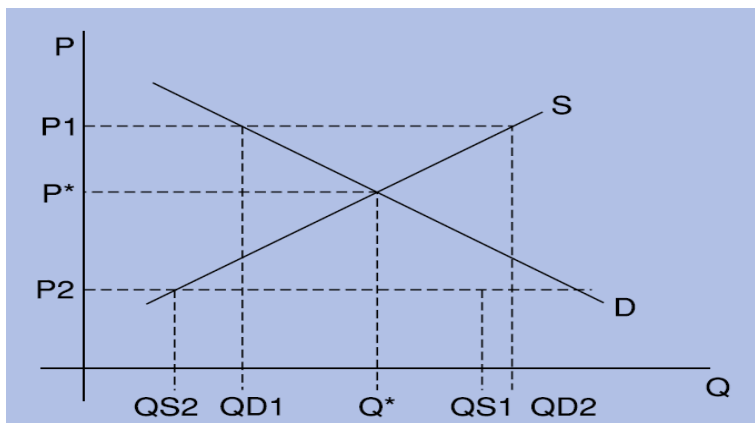
Поголемиот дел од економската литература се фокусира врз можноста лекарите или да не можат, или да не сакаат да дејствуваат како совршени агенти. Поточно, хипотезата за побарувачката индуцирана од понудувачот (SID) (Evans, 1984) тврди дека лекарите се ангажираат во некоја убедлива активност за промена на кривата на побарувања на пациентите во зависност од сопствениот интерес на лекарите (McGuire, 2001). Постои широка теоретска и емпириска литература за оваа тема. Раните студии се фокусирале врз тестирање на ефектите од зголемената достапност на лекарите врз корисноста на здравствената заштита. Проблемот со оваа литература е што многу од наодите може да бидат конзистентни со неиндукцискиот модел на определување на корисноста (Morris et al., 2007). Во принцип, се чини дека не постои начин на кој набљудуваните движења на цените и количините може да се покажат како поттик. Се разбира, ова исто така значи дека нема податоци за да се побие. Сепак, некои наоди се јасни: сеопфатениот преглед на литературата покажува дека лекарите реагираат на финансиски стимулации и тие, изгледа, дека влијаат на побарувачката и тоа делумно го прават како одговор на личниот интерес (McGuire, 2001). Дури и со ова истражување, дефинитивното разбирање на побарувачката индуцирана од понудувачот останува неостварливо. За да потврдиме дали пациентите се предизвикани да бараат повеќе услуги отколку што навистина сакаат, ќе треба да знаеме колку би побарале доколку биле добро информирани како лекар. Ниту една таква студија не била спроведена (Rice, 1998).

2.9 МОДЕЛИ НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (ПОНУДА И ПОБАРУВАЧКА И РАМНОТЕЖА - ЕКВИЛИБРИУМ)

Претходно е разгледувано она што се случува зад кривата на побарувачка со тврдењето дека, иако здравјето честопати се „разликува“ од овошје или телефонски повици, повеќето од разликите не се единствени само за здравјето. Постојат добри

причини, и теоретски и практични, кои укажуваат на тоа дека може да се очекуваат надолни опаѓачки криви на побарувачката на здравствените пазари. На пример, кога цените на здравствените услуги се наплаќаат или се имплицитни (на пример, во оддалеченоста и времето на чекање), очекувано е дека ќе бидат побарани помалку здравствени услуги, колку и да се зголемуваат цените. Исто така, нормално е очекувањето, добавувачите на здравствени услуги - како што се снабдувачите на лекови или на вештини и труд - да понудуваат повеќе, бидејќи цената се зголемува *ceteris paribus* (иако се забележуваат важни исклучоци). Таму кадешто има надолу наклонети криви на побарувачка и нагоре наклонети криви на понудата, одредувањето на цената, излезот и распределбата на производството и потрошувачката во принцип треба да биде јасна. Слика 2.16 го илустрира очекуваниот процес. Кривите на побарувачката и понудата се сечат во нивоата „еквilibrium“ (P^*) и излез (Q^*). Се очекува притисоците од кривите на побарувачката и понудата да доведат до поместување на цената кон P^*Q^* . Размислувањата одат кон тоа што би се случило по секоја цена, далеку од оваа точка. На P_1 , над P^* , побарувачката е QD_1 , помала од понудата QS_1 , понудувачите имаат вишок добра од кои сакаат да се ослободат и ќе мора да ја намалат цената за да го сторат тоа. Во P_2 , под P^* , побарувачката е QD_2 повисока од понудата на QS_2 . Резултатот е недостиг од стоки, а понудувачите можат да ги зголемат цените и да го продадат она што го сакаат. Цената може да биде стабилна само во точката на рамнотежа (еквilibrium). Во рамнотежата, потрошувачката се распределува на оние кои сакаат да ја платат оваа цена или повеќе (оние чии барања се илустрирани лево од кривата на побарувачка) и производство на оние кои се подготвени да понудат по оваа цена или помалку (чија подготвеност е илустрирана лево од кривата на понудата).

Слика 2.16 Интеракција на побарувачката и понудата



Извор: Milgrom, P. and Roberts, J., (1992) *Economics, Organization and Management*, Prentice Hall, London, p.256

Ова е многу едноставен модел и не ја опфаќа комплексноста на многу реални пазари, вклучувајќи го и здравството. Сепак, идејата е со огромна моќ да се генерираат првичните очекувања кои влијаат врз сите пазари, па честопати се реализираат дури и на здравствените пазари. На пример, укажува на тоа дека ако побарувачката за стоматолошки услуги се зголемува, *ceteris paribus*, цените на стоматолошките услуги, најверојатно, ќе се зголемат или дека ако бројот на медицинските дипломци расте побрзо од побарувачката за медицински услуги, новите дипломци веројатно ќе се најдат себеси во ситуација да прифаќаат работни места со понизок пакет за наградување отколку порано. Овие видови предвидувања честопати имаат основа.

Совршен модел на пазарот. Екстремна низа поедноставени претпоставки лежи зад концептот на „совршен“ пазар. Најдобро е да се размислува за „совршениот“ пазар, како што би се размислувало за совршен квадрат при изучување геометрија. Не се наоѓа во природата, но е многу корисна алатка за да се разберат облиците што постојат. Ако сакате да се пресмета површината на сложена форма, корисно е да се разберат принципите на пресметување на површината на плоштадот. Слично на тоа, ако сакате да се разбере работата на сложените здравствени пазари, најдобро е да се разбере функционирањето на совршениот пазар кој, покрај тоа што е „совршен“ во неговите импликации за ефикасност (како што ќе видиме), исто така е „совршен“ и во неговата едноставност, како квадрат. Со сигурност може да се каже дека не постои совршен пазар, иако можеби ќе се воочи ваквото укажување на некои други пазари кои се многу блиску.

Прво, мора да се повлече чекор наназад и да се размислува подалеку за она што се случува зад кривата на побарувачка и понуда. Анализата на кривата на индиферентност упатува дека цената ја одредува стапката по која поединецот може да тргува со доброто за кое станува збор и со другите добра што ги вреднува. Во моментот кога буџетското ограничување е тангентно на кривата на индиферентност, маргиналната стапка на замена на едно добро за друго (наклонот на кривата на индиферентност) на поединецот е еднаква на односот на цената (наклонот на буџетското ограничување). Цената тогаш ја доловува вредноста за поединецот на последната единица на купеното добро („маргинална вредност“), во однос на она што се смета за алтернативно добро. (Кога сите избори се направени, вредноста на последниот потрошен процент мора да биде еднаква за секое купено добро - под претпоставка дека може да се направи независна одлука за секој цент.) Парите ги претставуваат поединечните вредности на сите други добра и знаењето за тоа како се менува побарувачката како што се менуваат

цените, укажува за тоа колку поединците кои го сочинуваат пазарот, го вреднуваат секое поединечно добро на маргината. Доколку впечатокот е дека овој начин е премногу комплициран и конфузен, поедноставен начин за да се дојде до истиот заклучок е да се користи кривата на побарувачката на поединецот. Која и да е цената, поединецот што ја максимизира корисноста ќе ги купи оние единици на доброто за кои неговите вредности на корисност се повисоки од цената и ќе престане да купува во точката кога неговите вредности паѓаат под цената. На маргината, тој ја изедначува својата вредност со цената. Кривата на побарувачката на поединецот ја мери неговата вредност на секоја дополнителна единица на доброто - или неговата маргинална вредност. На пазарно ниво, сите поединци ја прават истата проценка. Следи дека кривите на побарувачка се моќни алатки за да покажат како поединците го ценат доброто што го купуваат и ја покажуваат вкупната маргинална вредност или маргиналната корисност на доброто на тој пазар. На страната на понудата, видовме дека типичните краткорочни функции на трошоци се очекува да ги заземат облиците во „U-форма“, како одраз на „намалувањето на маргиналните приходи“. Онаму каде што фирмата е „носител на цени“ (не е доволно моќна да ја контролира цената, туку мора да ја прифати цената што ја дава пазарот), кривата на понудата на компанијата може да се изведе од кривата на маргиналните трошоци. Вкупниот приход е еднаков на цената помножена со продадената количина. Со други зборови, тоа се приходите на компанијата пред да бидат земени предвид нејзините трошоци. Во услови, кога се земаат предвид цените, дадената цена укажува и на просечниот приход и на маргиналниот приход што се генерира со продажба на уште една единица на излез. Додека приходите што се добиваат од производство и продажба на уште една единица на излез се поголеми од трошоците за производство на таа единица, компанијата за максимизирање на добивката ќе ја произведе единицата. Доколку маргиналниот приход е помал од маргиналниот трошок, фирмата за максимизирање на добивката нема да произведе друга единица. Таквите компании ќе одберат да ги постават нивоата на производство во точката во која маргиналните приходи се еднакви на маргиналните трошоци. Со други зборови, кривата на понудата може да се следи по делот од кривата на маргинални трошоци што е наклонета нагоре и лежи над кривата на просечните трошоци.

Во продолжение се дадени претпоставките на совршениот модел на конкуренција (Ryan, Hughes, 1997):

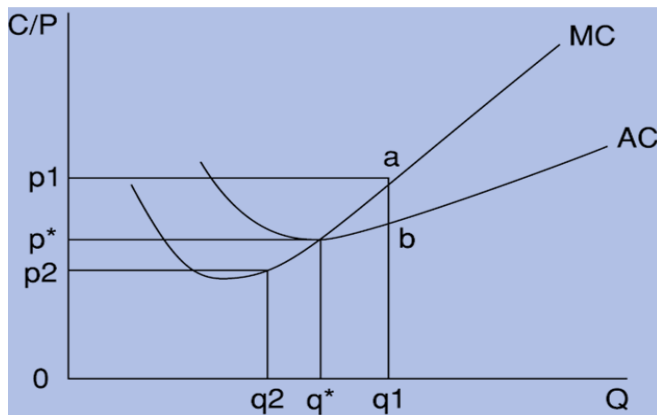
- криви на маргинални трошоци во форма на буквата U на краток рок (исто така, и на долг рок, види подолу);

- фирми кои го максимизираат профитот;
- без бариери за влез или излез од пазарот;
- совршена мобилност на факторите за производство;
- производот што се продава мора да биде „хомоген“ (потрошувачите не можат да разликуваат помеѓу производите на различни понудувачи);
- голем број купувачи и продавачи;
- совршено познавање на условите на пазарот во деловите за купувачите и продавачите;
- отсуство на владина интервенција.

Компанијата која работи во оваа средина има совршено знаење и затоа ги знае своите криви на трошоци и постоечката цена на пазарот. Како што е објаснето погоре, компанијата ќе одлучи да произведе таму каде цената е еднаква на маргиналните трошоци. Потрошувачите имаат совршено знаење, купуваат хомоген производ (идентичен во секој поглед, вклучувајќи го и олеснувањето на пристапот до секој понудувач) и ќе го купи од кој било понудувач, до тој степен што ќе ја изедначат цената и маргиналната вредност. Не постои можност поединечен понудувач да продава добра по повисоки цени од цената што преовладува - потрошувачите сите ќе го напуштат и ќе одат кај други понудувачи. Не постои можност за предност со намалување на цените, бидејќи компанијата може да ја продаде посакуваната количина по преовладувачката цена. Овие претпоставки произведуваат еден вид однесување, односно таканаречено „земање на цените“. Пазарот може само да достигне рамнотежа преку влез и излез на купувачи и продавачи во и од него, како одговор на ценовните движења (кои се генерирани од пазарот, независно од индивидуалните купувачи и продавачи). Сликата 2.17 го опишува процесот на постигнување рамнотежа од перспектива на која било „ефикасна“ (во техничка и економска смисла) компанија на овој пазар. Фирмите очекуваат да направат „нормален“ профит кој може да се смета како минимален поврат на капиталот потребен за поттикнување на претприемачот да остане на пазарот. Овој „нормален“ профит обично се смета за дел од цената на капиталот, вклучен во кривите на трошоци. Профитот над нормалниот профит се прави на секоја единица на производство за која цената (еднаква на маргиналните приходи) ја надминува маргиналната цена. На пример, во p_1 фирмата ќе одлучи да произведе во q_1 , повеќе од нормален профит се прави на секоја единица на производство помеѓу q^* и q_1 .

Наднормалната добивка може да се мери со растојание ab по единица, што е разликата помеѓу цената (исто така еднаква на просечниот приход) и просечните трошоци.

Слика 2.17 Фирма под совршена конкуренција



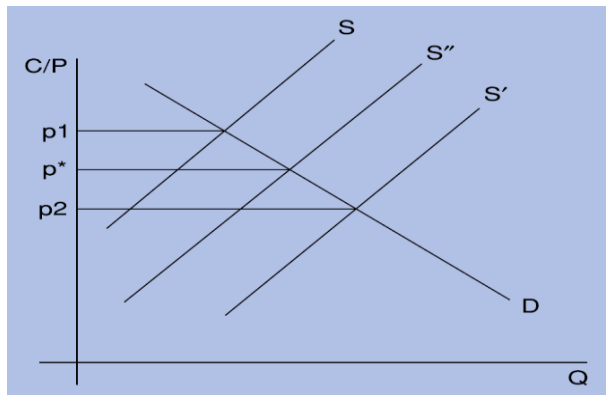
Извор: Muurinen, J. M., (1986) *Modelling non-profit firms in medicine*, Blackwell, Oxford, p.154.

Достапноста на овој ненормален профит привлекува нови фирми на пазарот и ја менува кривата на понудата на пазарот од S во S' (Слика 2.18). Ова предизвикува надолен притисок врз цената, што значи нова рамнотежа на p_2 . Ефикасната компанија ќе одлучи да произведе во q_2 (Слика 2.17), но сега прави загуба. Овие загуби ги тераат компаниите надвор од пазарот, менувајќи ја кривата на понудата на пазарот повторно назад кон лево. Рамнотежата е имплицирана во S'' и p^* (Слика 2.18), каде што p^* е еднаква на минималната точка на кривата на просечната цена на ефикасната фирма (Слика 2.18). Во таа точка, сите неефикасни фирми се отстранети од бизнисот и можат да останат само ефикасните, кои заработуваат само нормален профит. На овој тип пазар исполнети се повеќе услови за ефикасност (Williams, 1991), и тоа:

- *Алокативна ефикасност.* Продуктивната активност е доделена на оние производи кои потрошувачите ги вреднуваат повеќе од нивната цена (маргиналниот трошок е изедначен со маргиналната вредност).
- *Техничка ефикасност.* Технички неефикасните фирми имаат криви на трошоци над оние на ефикасната фирма, во примерот, се отстранети од бизнисот. Сите останати мора да работат по изоквантите (не погоре).
- *Економска ефикасност.* Економски неефикасните фирми имаат криви на трошоци над оние на ефикасната фирма во примерот и се отстранети од бизнисот. Сите останати мора да ја изедначат маргиналната стапка на замена на инпути во производниот процес со ценовните стапки на тие инпути.
- *Ефикасност на размер.* Производството е поделено помеѓу фирмите на таков начин што секој го произведува тој дел од вкупното производство во согласност

со работењето на минималната точка на кривата на просечен краткорочен трошок (Trigg, Bosanquet, 1992).

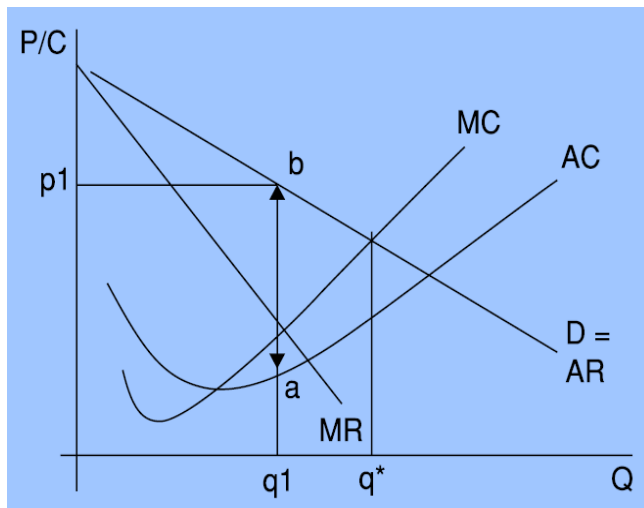
Слика 2.18 Индустијата под совршена конкуренција



Извор: Rosenblatt, R. A., Hart, L. G., Baldwin, L. M., Chan, L. and Scheweiss, R. (1998) 'The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care?' *Journal of the American Medical Association* Vol.279, No. 17, p.70.

Монополистички модел на пазарот. На спротивната крајност на совршената конкуренција е монополот, кој се карактеризира со само еден продавач и поставување цени. Според совршениот модел на конкуренција, фирмата, како земач на цени, ефикасно се соочува со совршено еластичната крива на побарувачка: малото зголемување на цените може да предизвика побарувачката да падне на нула. Во монопол, кривата на побарувачката на фирмата и кривата на побарувачката на пазарот се исти. Во случај на монопол, не постои крива на понуда бидејќи понудувачот ја диктира цената и ги поставува цените и производството заедно. Исто така, не постои разлика помеѓу фирмата и пазарот - фирмата е пазар. Одлуката на профитабилниот монополист е графички прикажана на Слика 2.19. Ако сите единици на доброто произведени од монополистот се продаваат по истата цена (претпоставка на овој модел), цената е еднаква на просечниот приход. Маргиналниот приход може да се извлече од кривата на побарувачка, но секогаш е помал од просечниот приход, бидејќи со цел да се продаде уште една единица од доброто, монополот мора да ја намали цената што се наплаќа за сите продадени единици. Исто како и фирмата со совршена конкуренција, монополистот го максимизира профитот каде што маргиналниот приход е еднаков на маргиналниот трошок, а цените и производите се еднакви на p_1q_1 . Сепак, ова резултира со ненормален профит (просечната ненормална добивка може да се мери со растојанието помеѓу средниот приход и просечната цена на избраното ниво на производство). Во споредба со совршено конкурентскиот исход, монополистичкото излезно производство може да се смета за „неефикасно“.

Слика 2.19 Монопол



Извор: Rice, R. G., (1966) 'Analysis of the hospital as an economic organism', *The Modern Hospital*, Vol.106, No.4, p.69.

Технички или економски неефикасен монопол нема да биде отстранет од бизнисот. Максимизацијата на добивката подразбира пребарување на најефикасните начини за вршење на работите, но неуспехот да се постигне ефикасност обично нема да биде катастрофален за монополистот. Алокативната ефикасност не е постигната: единиците на излез помеѓу q_1 и q^* не се произведуваат, иако маргиналните трошоци за тоа се помали од маргиналната корисност поставена од потрошувачите на дополнителните единици. Монополистот може да работи на минималната точка на кривата на просечен трошок на краток рок, но само ако тоа се совпадне со нивото на излез поврзано со изедначување на маргиналните приходи и маргиналните трошоци.

2.10 МЕЃУСЕБЕН ОДНОС НА РАЗЛИЧНИТЕ МОДЕЛИ И СЕГМЕНТИ НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Речиси секоја претпоставка на моделот на совршен пазар е редок или непостоечки феномен. Во некои аспекти, самите модели помагаат во објаснувањето зошто тоа треба да биде така. Фирмите сакаат да направат „ненормална добивка“. Хомогените производи се редок феномен токму поради тоа што во интерес на производителите е да бараат да се разликува нивниот лек од сите други. Понудувачите се договараат со цел да избегнат преземање на цените. Информациите се љубоморно чувани, а не слободно споделени и се создаваат бариери против слободното движење на пазарите во кои се заработени ненормални профити од оние што имаат корист. Кои се Вашите очекувања од ставот на

медицинските здруженија за зголемување на бројот на студенти по медицина? Ниту еден понудувач не сака да работи на совршен пазар и да заработи само нормален профит, па затоа понудувачите бараат генијални начини да се „понапред во играта“ и повеќе наликуваат на монополисти. Во нивната способност да фрлат светлина врз овие феномени, моделите веќе ја откриваат својата способност да работат како аналитички алатки - наместо да ја опишуваат реалноста.

Сепак, некои пазари многу повеќе изгледаат како совршени, а други многу повеќе монополистички. Во рамките на здравствениот сектор, пазарот за хирургија може да се заклучи дека е помалку совршен од пазарот за лекови без рецепт. Здравствените економисти заклучуваат дека: фармацевтските производи на мало вклучуваат многу купувачи и мали фирми кои се натпреваруваат едни со други, додека многу хируршки зафати се одвиваат само во неколку болници кои понекогаш се монополи на локално ниво; дека по повеќето проценки полесно е да се стане фармацевт од хирург (и на тој начин да се влезе на пазарот); дека фармацевтските производи се похомогени (на пример, можете да купите генерички аспирин или одредени брендови на аспирин во која било аптекарска продавница), отколку хируршките операции кои се прилагодени на индивидуалните потрошувачи и така натаму.

Ако совршените пазари се совршено ефикасни, дали е точно дека неколку продавачи се помалку ефикасни од многу продавачи на пазарот? Дали е вистина дека обидите на Владата да интервенира на пазарите се погрешни? Таквите идеи изгледа дека се контрадикторни со здравиот разум на здравствените пазари каде владината интервенција е популарна и интуитивно корисна и поттикнува „слободен влез“ во медицинските услуги - дозволувајќи им на сите да се занимаваат со медицина или да работат како медицински сестри, без оглед на нивната обука - се чини дека се лудо смели. За среќа, ваквите идеи се контрадикторни и со економската теорија (Trigg, and Bosanquet 1992). Лесно може да се падне во стапицата на претпоставката дека совршените пазари се ефикасни, а монополот е неефикасен, дека посвршните пазари се поефикасни од помалку совршените пазари и секаков потег да се наметнат мерки кои го приближуваат пазарот до низа услови за совршени пазари мора да ја зголемат ефикасноста. Ова води кон голема збрка со оглед на целта на совршениот модел на пазарот. Да повториме, тоа не е обид да се опише реалноста, а сам по себе не е способен за да функционира како по рецепт. „Теоријата на вториот најдобар“ обезбедува пат низ оваа комплицирана ситуација. Мошне едноставно, Теоријата на вториот најдобар вели дека кога некогаш постои една несовршеност на пазарот, воведувањето втора

несовршеност може да ја зголеми, а не да ја намали ефикасноста. Штом знаењето веќе не е совршено, на пример, ако потрошувачите не можат да проценат кои лекари се компетентни, а кои не, може да ја зголемат ефикасноста со ограничување на влегувањето на пазарот само на оние кои постигнале минимално ниво на компетентност. Ако постојат економии со обем кои се исцрпени само во контекст на неколку големи производители, ова може да биде поефикасно од многу мали фирми. Следи дека условите за совршени пазари немаат нормативни импликации.

Пред да се натрупаат разните конфузии, подеднакво е важно да се истакне дека теоријата на вториот најдобар не значи дека отстапувањето од пазарната совршеност нужно ќе ја зголеми ефикасноста. Совршената владина интервенција е ретка како и совршениот пазар. Исто толку е важно да се биде свесен за „неуспехот на владата”, како за „неуспех на пазарот”. Моделот е алатка за анализа која не може да произведе рецепт за политика сама по себе. Не постои краток преглед на проучувањето на реалните услови на специфичен пазар и проценка на можностите за зголемување на ефикасноста (и други цели на здравствената политика) во тоа светло.

На долг рок се применува истата логика - ненормалниот профит ќе биде достапен доколку цената не падне на минималната точка на кривата на просечни трошоци на долг рок во облик на буквата U, а фирмите ќе влезат или ќе ја напуштат индустријата соодветно. Ако економиите на обем се исцрпени на нивоа на излез што е во согласност со доволно голем број продавачи за да се обезбеди земањето на цените, моделот продолжува да работи. Сепак, економиите на обем обично се претпоставува дека се исцрпени при повисоки нивоа на производство од ова и дека се еден од факторите кои го објаснуваат постоењето на пазари што се карактеризираат со еден или неколку продавачи. Ако е така, може да се претпостави дека совршената конкуренција подразбира отсуство на економии од обем на долг рок.

ГЛАВА III

СТРАТЕГИИ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

- 3.1 Дефиниција на стратегиските промени
- 3.2 Оценка на екстерното опкружување
- 3.3 Процес на воведување на стратегиските промени во здравствената заштита
- 3.4 Однос на стратегиските промен и организациски раст на пазарите за здравствена заштита

ГЛАВА III СТРАТЕГИИ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

3.1. ДЕФИНИЦИЈА НА СТРАТЕГИСКИТЕ ПРОМЕНИ

Развојот на стратегискиот менаџмент започна откако поголемиот дел од деловниот сектор го усвои долгорочното планирање. Долгорочното планирање е развиено во 1950-тите години во многу организации бидејќи оперативните буџети тешко се подготвуваат без некоја идеја за идни продажби и тек на средствата.

По Втората светска војна се развиваат економиите и се забрзува побарувачката за многу производи и услуги. Долгорочните прогнози за побарувачката овозможуваат менаџерите да развијат детален маркетинг и дистрибуција, производство, човечки ресурси и финансиски планови за нивните растечки организации. Целта на долгорочното планирање е да се предвиди големината на побарувачката за производите и услугите на организацијата за некое определено време во иднина и да се утврди каде ќе се појави таа побарувачка. Многу организации го користеа долгорочното планирање за да го утврдат проширувањето на капацитетите, прогнозите за вработување, капиталните потреби, итн.

Како што бизнисите стануваат понестабилни, долгорочното планирање беше заменето со стратегиско планирање, бидејќи претпоставката што лежи во основата на долгорочното планирање е дека организацијата ќе продолжи да ги произведува своите сегашни производи и услуги. Така, усогласувањето на производствениот капацитет за побарувачката е критично прашање.

Сепак, претпоставката во основата на стратегиското планирање е дека се случуваат многу економски, социјални, политички, технолошки и конкурентни промени заради кои раководството на организацијата мора периодично да проценува дали треба воопшто и да ги нудат своите сегашни производи и услуги, дали би требало да започнат да нудат поинакви производи и услуги, или дали треба да работат и да промовираат на пазарот на суштински поинаков начин.

Иако за стратегиите (кои генерално се долгорочни по природа) е вообичаено потребно значително време за нивно спроведување, временскиот распон не е главниот фокус на стратегиското планирање. Всушност, стратегиското планирање, поддржано со управување на стратегијата, го компримира времето. Конкурентните промени, кои би требало да се развивале со генерации, се случуваат во краток период од само неколку години (Ginter, Swayne, 2006). Во една анкета на виши раководители, 80 проценти од испитаниците укажале дека продуктивниот живот на нивните стратегии се скратува, а

75 проценти веруваат дека нивниот главен конкурент ќе биде различен во рок од пет години (David, 1995). Затоа, препорачливо е да се користат термините „долг рок” и „краток рок” за да се опише времето што ќе биде потребно за да се постигне стратегијата, наместо да се укажува на видот на планирање.

Независно дали станува збор за политички или воен контекст, концептот на стратегија има долга историја. На пример, основните принципи на стратегијата беа дискутирани од Сун Цу, Хомер, Еврипид и многу други поранешни стратегии и мислителци. Англискиот збор стратегија – strategy доаѓа од грчкиот збор *stratēgōs* со значење „генерал“, кој од друга страна доаѓа од корени кои значат „армија“ и „водење“. Грчкиот глагол *stratēgēō* значи „планирање победа над непријателот преку ефикасно користење на ресурсите“ (Ernes, Williams, 1972). Многу од поимите што вообичаено се користат во врска со стратегијата – цели, стратегија, мисија, предности, слабости – се развиени од страна на војската. 1960-тите и 1970-тите години беа децении на големо стратегиско планирање во деловните организации. Водечките компании како што е, на пример, Ценерал Електрик, не беа ангажирани само во стратегиското планирање, туку и активно ги промовираа своите заслуги во бизнис печатот. Процесот им овозможи на овие фирми да имаат посистематски пристап кон управувањето со деловните единици и да го прошират хоризонтот за планирање и буџетирање надвор од традиционалниот 12-месечен оперативен период. Покрај тоа, деловните менаџери дознаваат дека само финансиско планирање не е соодветна рамка (Kante, 2002). Во 1980-тите, концептот на стратегиско планирање беше проширен до стратегиски менаџмент. Оваа еволуција ја потврди не само важноста на динамиката во опкружувањето и дека организациите можеби ќе мора целосно да се преиспитаат, туку и дека континуираното управување и проценка на стратегијата се клучни за успехот. Така, стратегискиот менаџмент беше воспоставен како пристап или филозофија за управување со сложени претпријатија и на него не треба да се гледа како на минлив каприц.

Димензии на стратегискиот менаџмент. Постојат многу начини да се размислува за стратегиски менаџмент во организациите. Всушност, Хенри Минцберг (Mintzberg, 1995) идентификуваше десет различни школи на мислење во врска со организациската стратегија. Три од овие пристапи беа нормативни и аналитички, и тоа:

- училиштето за дизајн,
- училиштето за планирање, и
- училиштето за позиционирање.

Шесте школи на мислата беа описни и појавни: претприемничкото училиште, когнитивното училиште, училиштето за учење, политичкото училиште, училиштето за култура и училиштето за опкружувањето. Последното, училиштето на мислата, школото за конфигурација, ги специфицира фазите и редоследот на процесот и се обидува да ги стави наодите од другите училишта во контекст.

Трите фази на стратемскиот менаџмент - стратемскио размислување, стратемскио планирање и управување со стратемскиот моментум - ќе обезбедат многу придобивки за здравствените организации. Меѓутоа, бидејќи стратемскиот менаџмент е филозофија или начин на управување со една организација, нејзините придобивки не се секогаш мерливи. Генерално, стратемскиот менаџмент (Norton2002):

- ја поврзува организацијата со заедничко чувство на цел и заеднички вредности;
- во многу случаи го подобрува финансиското работење;
- ја обезбедува организацијата со јасен концепт за себе, специфични цели и насоки, како и конзистентност во донесувањето одлуки;
- им помага на менаџерите да ја разберат сегашноста, да размислуваат за иднината и да ги препознаат сигналите што укажуваат на промена;
- бара здравствените менаџери да комуницираат и вертикално и хоризонтално;
- ја подобрува целокупната координација во рамките на здравствената организацијата, и
- поттикнува иновации и промени во рамките на здравствената организацијата за да ги задоволи потребите на динамичните ситуации.

Стратемскиот менаџмент е единствена перспектива која бара од сите во организацијата да престанат да размислуваат исклучиво во однос на внатрешните функции и оперативните одговорности. Тој инсистира на тоа дека секој го прифаќа она што може да биде фундаментално нов став - надворешна ориентација и загриженост за големата слика. Во основа е оптимистички во тоа што ги интегрира „она што е“ со „тоа што може да биде“. Книгата на Џим Колинс (Jim Collins), „Добро кон одлично“, во здравствените организации е многу клучна за овие сегменти и дава една поинаква слика која ја конкретизира спецификата на здравствените установи. Здравствените раководители бараат сеопфатен пристап кон стратемскиот менаџмент за насочување на нивните организации, преку промени во општествените и здравствените индустрии кои ќе се појават во иднина. Концептите, активностите и методите за стратемски менаџмент

претставени во овој текст ќе се покажат како корисни во справувањето со овие промени. Покрај тоа, внатрешните, немерливите придобивки од стратегискиот менаџмент ќе им помогнат на организациите за здравствена заштита во подобро интегрирање на функционалните области за стратешки да ги искористат ограничените ресурси и да ги задоволат различните публики кои ги услужуваат. Стратегискиот менаџмент е возбудливата иднина на ефикасно раковоство на здравствена заштита.

3.2 ОЦЕНКА НА ЕКСТЕРНОТО ОПКРУЖУВАЊЕ

Пред многу години, испораката на здравствената заштита претставува релативно едноставен однос на капацитетите, лекарите и пациентите кои работат заедно. Владата и бизнисот стоеле на работ, со многу мало влијание. Денес, мноштво интереси се директно или индиректно вклучени во доставувањето на здравствената заштита. На пример, сегментот за услуги за профит драстично се зголемува: компаниите во приватниот сектор во голема мера се одговорни за развој и испорака на лекови, медицински материјали и многу технички иновации. И владините агенции регулираат голем дел од реалната испорака на здравствени услуги. Како резултат на тоа, во нивната потрага по конкурентна предност, организациите инвестираат повеќе време и пари во собирањето и организирањето информации за светот во кој работат (Dane, Prat 2007). Конечно, стратегиското размислување е насочено кон позиционирање на организацијата најефикасно во рамките на менувањето на нејзиното надворешно опкружување. Питер Дракер (Drucker, 2001) пишува: „Најважната задача на водачот на една организација е да ја предвиди кризата. Можеби не да ја спречи, туку да ја предвиди. Да се почека додека ударите на кризата не почнат да слабеат. Треба да ја направи организацијата способна да ја предвиди бурата, да ја преживее и, всушност, да биде пред неа. Затоа, за да бидат успешни, лидерите на здравствената организација мора да имаат разбирање за надворешното опкружување во кое работат. Тие мора да предвидат и да одговорат на значајните промени што се одвиваат во тоа опкружување. Стратегиското размислување и вградувањето на тоа размислување во стратегиските планови за организацијата, сега е поважно од кога било.

Футуристот Џоел Баркер сугерира дека „во време на турбуленција, способноста за предвидување драматично ги подобрува вашите шанси за успех. Доброто предвидување е резултат на добро стратешко истражување”(Barker, 1995). Организациите кои не успеваат да ги предвидат промените, кои ги игнорираат надворешните сили или им се

спротивставуваат на промените, ќе се најдат надвор од допирот со потребите на пазарот, особено поради застарените технологии, неефикасните системи за испорака и застареното управување. Институциите кои ги предвидуваат и ги препознаваат значајните надворешни сили и соодветно ги модифицираат нивните стратегии и работење ќе напредуваат.

Предизвици за здравствените организации (Hart and Sharma 2000):

Еден од најголемите предизвици за здравствените организации е идентификување на промените кои најверојатно ќе се случат и потоа планирање за таа иднина. Интервјуата со здравствените работници и прегледот на литературата за здравствена заштита укажуваат на тоа дека здравствените организации ќе мора да се справат со промените во некои или во сите од следниве области: законодавни/политички, економски, социјални/демографски, технолошки и конкурентни.

Долгогодишното искуство во бизнис секторот развило серија прашања со кои може да се утврди дали една организација има потреба од анализа на опкружувањето. Прашањата се подеднакво релевантни и за здравствените организации, тие се однесуваат на тоа (Mesch, 1997):

- Дали надворешното опкружување влијае на процесите на алокација на капиталот и на донесување на одлуките?
- Дали претходните стратешки планови биле одбиени поради неочекувани промени во опкружувањето?
- Дали имало непријатно изненадување во надворешното опкружување?
- Дали расте конкуренцијата?
- Дали организацијата или индустријата стануваат се повеќе маркетинг ориентирани?
- Се чини ли дека повеќе и различни видови на надворешни сили влијаат врз одлуките, и дека постои поголема интеракција меѓу нив?
- Дали раководството е незадоволно од минатите прогнози и напори за планирање?

Овие прашања се однесуваат на опкружувањето на општата и здравствената индустрија, како и на услужната област. Одговарање со "да" на кое било од прашањата сугерира дека раководството треба да размисли за некој вид анализа на опкружувањето. Одговарање со "да" на пет или повеќе од прашањата укажува на тоа дека анализата на опкружувањето е императив. Во денешното динамично опкружување повеќето менаџери во здравството најверојатно ќе одговорат со "да" на повеќе од едно од овие прашања и затоа треба да

спроведуваат анализи на опкружувањата - да се оценуваат трендовите, настаните и проблемите во општото опкружување, опкружувањето на здравствената индустрија и на услужната област.

Надворешната анализа на опкружувањето се обидува да ги идентификува, агрегира и интерпретира проблемите со опкружувањето, како и да обезбеди информации од анализата на внатрешното опкружување и развојот на раководните стратегии. Затоа, анализата на опкружувањето има цел да ги отстрани многуте изненадувања во надворешното опкружување. Организациите нема да си дозволат да бидат изненадени. Елиминацијата на изненадувањата е соодветна цел, бидејќи дури и во периоди на динамична, брза трансформација, има многу повеќе елементи кои не се менуваат отколку нови работи кои се појавуваат (Golder, 2002).

Стратегиските менаџери кои практикуваат анализа на опкружувањето се толку „блиски” кон околината што кога временската промена станува видлива за другите, тие веќе ги имаат откриено сигналите за промена и веќе ја имаат истражено важноста на промените. Овие менаџери често се нарекуваат визионери, сепак, визијата честопати е резултат на нивната *стратегиска свест* - внимателно откривање и толкување на суптилните сигнали за промена. Ваквите стратегиски менаџери можат да ги елиминираат „предвидливите изненадувања” за организацијата - изненадувања што не треба да постојат. Овие менаџери можат да избегнат катастрофи со тоа што го препознаваат проблемот, го прават приоритет за организацијата и ги мобилизираат ресурсите потребни за да се справат со него.

Недостатокот на предвидување и планирање успех понекогаш е резултат на насочување на процесите внатрешно кон ефикасност, а не надворешно кон ефективност. Ваквите системи за планирање не го земаат предвид растечкиот број и разновидноста на влијанијата врз опкружувањето. Раното идентификување на надворешните промени преку анализа на опкружувањето во голема мера ќе ги подобри напорите за планирање во здравствените организации.

Иако целокупната намера на анализата на опкружувањето е да ја позиционира организацијата во рамките на својата околина, може да се идентификуваат повеќе специфични цели. Специфични цели на анализата на опкружувањето се (Cady, 2011):

- да ги идентификува и анализира тековните важни прашања и промени кои ќе влијаат на организацијата;

- да ги открие и анализира раните или слабите сигнали за новите проблеми и промени кои ќе влијаат на организацијата;
- да се шпекулира за можните идни прашања и промени кои ќе имаат значително влијание врз организацијата;
- да ги класифицира и начува прашањата и промените генерирани од надворешни организации;
- да обезбеди организирани информации за развојот на внатрешната анализа на организацијата, мисијата, визијата, вредностите, целите и стратегијата; и
- да се поттикне понатамошно стратегиско размислување низ целата организација.

Освен идентификацијата на тековните проблеми, анализата на опкружувањето се обидува да открие рани или слаби сигнали во надворешното опкружување што може да го претстави идното прашање. Понекогаш врз основа на малку тешки податоци, менаџерите се обидуваат да ги идентификуваат обрасците кои сугерираат нови прашања кои ќе бидат значајни за организацијата. Ваквите прашања, ако продолжат или всушност се случуваат, може да претставуваат значајни предизвици. Раната идентификација помага во развојот на стратегијата.

Стратегиските менаџери мора да одат подалеку од она што е познато и да шпекулираат за природата на индустријата, како и организацијата, во иднина. Овој процес честопати го поттикнува креативното размислување за сегашните и идните производи и услуги на организацијата. Ваквите шпекулации се вредни во формулирањето на водечката визија и развојот на мисијата и стратегијата. Списокот на еволуирачките надворешни проблеми на почетокот на ова поглавје обезбедуваат некои од новите и шпекулативни сили што стратегиските менаџери ќе почнат да ги инкорпорираат во нивното размислување денес. Постои изобилство на податоци во надворешното опкружување. За да бидат значајни, менаџерите мора да ги идентификуваат изворите, како и да ги соберат и да ги класифицираат податоците во информации. Откако ќе бидат класифицирани, важните прашања што ќе влијаат врз организацијата може да се идентификуваат и оценат. Овој процес ги поттикнува менаџерите да ги разгледуваат промените во опкружувањето како надворешни прашања кои можат да влијаат врз организацијата. Кога стратегиските менаџери - врвните менаџери, средните менаџери и надзорниците на првата линија, низ целата организација размислуваат за односот на организацијата кон нејзиното опкружување, многу веројатни се иновациите како и високото ниво на услугите. Стратегиското размислување

во рамките на една организација ја поттикнува адаптивбилноста, а оние организации кои најдобро се адаптираат на крајот ќе ги заменат останатите.

Анализата на опкружувањето е важна за разбирање на надворешното опкружување, но не обезбедува гаранции за успех. Процесот има некои практични ограничувања кои организацијата мора да ги препознае. Овие ограничувања го вклучуваат следново:

- Дека анализата на опкружувањето не може да ја предвиди иднината.
- Дека менаџерите не можат да видат сè. Понекогаш релевантни и навремени информации е тешко или невозможно да се добијат.
- Дека може да има доцнење помеѓу појавата на надворешни настани и способноста на менаџментот да ги интерпретираат.
- Дека понекогаш постои општа неспособност од страна на организацијата да реагира доволно брзо за да го искористи предноста од откриениот проблем.
- Дека, често, утврдените убедувања на менаџерите понекогаш ги инхибираат од откривање проблеми или рационално нивно толкување, (Kouze, 2007).

Дури и најсеопфатните и добро организирани процеси на анализа на опкружувањето нема да ги детектираат сите промени што се случуваат. Понекогаш се случуваат настани што се значајни за организацијата, но им претходеа неколку, ако имало, сигнали. Или, пак, сигналите може да бидат премногу слаби за да бидат препознаени. Можеби најголемиот ограничувачки фактор во анализата на надворешното опкружување се претходно прифатените верувања на менаџментот. Во многу случаи, она во што лидерите веќе веруваат за индустријата, важните фактори на конкуренција или социјалните прашања ја спречуваат нивната способност да ги согледаат или да ги прифатат сигналите за промена. Поради верувањата на менаџерите, сигналите кои не се во согласност со она што тие веруваат може да бидат игнорирани. Она што индивидуата всушност го доживува е детерминирано од парадигмите (начини на размислување и верувања). И сите податоци што постојат во реалниот свет, кои не се вклопуваат во парадигмата, тешко ќе поминат низ филтрите на поединецот - тој или таа едноставно нема да ги видат. Како што експертот за креативност Едвард Де Боно објаснува: „Ние не можеме целосно да ги искористиме информациите и искуствата што ни се достапни и се затворени во стари структури, стари модели, стари концепти и стари перцепции”. (De Bono, 2006). И покрај долгите и гласни сигнали за промена, во некои случаи организациите не се менуваат сè додека не биде предочна.

Организациите и поединците создаваат промени. Здравствените работници треба да станат свесни за промените што се случуваат надвор од нивната организација, тие

мора да имаат разбирање за видовите организации кои создаваат промени и природата на промените. Слика 3.1 го илустрира концептот на надворешното опкружување за здравствените организации. Сите видови организации и независни поединци генерираат важни прашања - и последователно се менуваат - во општото опкружување. На пример, истражувачка фирма која развива опрема за обработка на слики може да воведо нова технологија која може да се користи од различни други организации во многу различни индустрии како болници (магнетна резонанца) и производство (роботика). Членовите на општото опкружување може да бидат широко класифицирани на различни начини, во зависност од потребите на стратегискиот менаџмент на организацијата која го анализира опкружувањето. Следните групи организации и поединци го сочинуваат поширокиот контекст на општото опкружување (Alan, 2017): владини институции, деловни организации, образовни институции, верски институции, истражувачки организации и фондации, и поединци и потрошувачи.

Слика. 3.1 Надворешното опкружување на здравствената организација



Извор: See Alan M., Zuckerman, (2007) "Creating a Vision for the Twenty-First Century Health Care Organization," *Journal of Healthcare Management*, Vol.45, No.5 pp. 294–306.

Организациите и поединците во општото опкружување, дејствувајќи сами или во соработка со други, иницираат и поттикнуваат промени во општеството на ниво на „макро-опкружување“. Овие организации и поединци генерираат законодавни/политички, економски, социјални/демографски, технолошки и конкурентни промени

кои на долг рок ќе влијаат на многу различни индустрии (вклучувајќи ја и здравствената заштита) и може дури и директно да влијаат на одделни организации. Затоа, надворешните организации кои се ангажирани во сопствените процеси и ги спроведуваат сопствените мисии и стратешки цели ќе влијаат на други индустрии, организации и поединци.

Во општото опкружување, промените обично влијаат врз голем број различни сектори на економијата (индустриски средини). На пример, усвојувањето на законот за лекови на рецепт за време на претседателството на Џорџ В. Буш, влијаеше на различни организации, како и поединци, вклучувајќи осигурителни компании, организации што ги претставуваат постарите лица и пензионери. Слично на тоа, иницијативите за рана реформа на здравствената заштита на администрацијата на Обама, резултираа со усвојување на Законот за прифатлива здравствена заштита, но неговата имплементација беше распространета во текот на неколку години и ги засегна речиси сите институции во општото опкружување, а не само здравствените организации.

Самата организација може да биде директно засегната од законодавната/политичката, економската, социјалната/демографската, технолошката и конкурентската промена иницирана и негувана од организации во општото опкружување. Свкупно, овие промени претставуваат општа насока на општествени промени кои можат да влијаат врз успехот или неуспехот на секоја организација. Затоа, организацијата вклучена во стратешкиот менаџмент мора да се обиде да ги среди главните промени што се создаваат во надворешното окружување и да ги детектираат тие промени. Промената на ставовите на потрошувачите и очекувањата во врска со здравствената заштита е пример за општествена промена што може да влијае на успехот или неуспехот на здравствените организации. Демографските промени се нешто повеќе предвидливи и сè поголемиот број постари лица ќе влијаат на секој аспект на опкружувањето, како и на здравствената заштита. Типично, бидејќи информациите се акумулираат и се оценуваат од страна на организацијата, ќе бидат сумирани како прашања на опкружувањето кои влијаат на индустријата или организацијата. Идентификацијата и евалуацијата на проблемите во општото опкружување се важни, бидејќи прашањата ќе ги забрзаат или забават промените што се случуваат во рамките на индустријата, но сепак можат и директно да влијаат врз организацијата. Организациите и поединците во рамките на *опкружувањето на здравствената заштита* развиваат и применуваат нови технологии, се справуваат со менување на социјалните и демографските прашања, решаваат законодавни и политички промени, се

натпреваруваат со други здравствени организации и учествуваат во економијата на здравствената заштита. Затоа, стратегиските менаџери треба да го разгледаат опкружувањето на здравствената заштита со цел да ја разберат природата на сите овие прашања и промени. Фокусирањето на вниманието на главните области на промени ги олеснува раната идентификација и анализата на прашањата за опкружувањето специфични за индустријата и трендовите кои ќе влијаат на организацијата.

Широкиот спектар од здравствени организации ја отежнува категоризацијата. Сепак, системот на здравствена заштита генерално може да се групира во пет сегменти, (Peter, 1999):

- Организации кои ги регулираат примарните и секундарните даватели на услуги;
- Организации кои обезбедуваат здравствени услуги (*примарни даватели на услуги*);
- Организации кои обезбедуваат ресурси за системот на здравствена заштита (*секундарни даватели на услуги*);
- Организации кои ги претставуваат примарните и секундарните даватели на услуги; и
- Поединци вклучени во здравствената заштита и пациентите (корисници на здравствените услуги).

Слика 3.2 ги наведува типовите организации и поединци во рамките на секој сегмент и дава примери. Категориите на здравствените организации кои се наведени во секој од сегментите на здравствена заштита не се замислени да бидат сеопфатни, туку да обезбедат појдовна точка за разбирање на широката разноликост и сложеноста на индустријата.

Слика 3.2 Организации во опкружувањето на здравствената заштита

Организации кои ги регулираат примарните и секундарните даватели на услуги
Државни регулаторни агенции: <ul style="list-style-type: none">• Министерство за јавно здравство• Државна агенција за здравствено планирање• Доброволни регулаторни групи: Заедничка комисија за акредитација на здравствени организации• Други акредитирани агенции:• Совет за едукација за јавно здравје
Примарни даватели на услуги (организации кои обезбедуваат здравствени услуги): <ul style="list-style-type: none">• Болници• Волонтерски

- Влада
- Во сопственост на инвеститор
- Државни служби за јавно здравство
- Објекти за долгорочна нега
- Објекти за квалификувана медицинска нега
- Објекти за интермедијарна нега
- Институции за амбулантска нега (на пример, Центри за амбулантска нега)
- Хосписи (на пример, Hospice Care & Palliative Care, Inc.)
- Лекарски канцеларии
- Здравствени установи за домашна нега

Секундарни даватели на услуги (Организации кои обезбедуваат ресурси):

Образовни институции:

- Медицински училишта
- Училишта за јавно здравје
- Училишта за медицински сестри
- Програми на здравствената администрација
- Организации кои плаќаат за нега (плаќачи трети лица):
- Влада
- Осигурителни компании
- Компании
- Социјални организации (на пример, Ротари клубови)
- Компании за снабдување со фармацевтски и медицински производи:
- Дистрибутери на лекови
- Медицински и истражувачки компании
- Компании за медицински производи
- Поединци и пациенти (потрошувачи)
- Независни лекари
- Медицински сестри
- Професионалци кои не се лекари
- Непрофесионалци
- Пациенти и групи потрошувачи

Извор: Адаптирано од Beaufort B. Longest Jr., (1990), *Management Practices for the Health Professional*, 4th edn, Norwalk, CT.

Постојат различни пристапи за спроведување анализа на опкружувањето. Без оглед на пристапот, четири основни процеси се заеднички за напорите за анализа на опкружувањето: (1) скенирање за да се идентификуваат сигналите за промена на опкружувањето, (2) следење на идентификуваните проблеми, (3) прогнозирање на идната насока на прашањата, и (4) оценување на организациските импликации на прашањата, (Slocum 2007).

Како што е наведено, надворешното опкружување е составено од голем број организации и поединци во општото опкружување и опкружувањето на здравствената заштита. Некои од организациите и поединците во надворешното опкружување имаат

малку директна вклученост во индустријата за здравствена заштита, додека други се директно вклучени. Разликата не е секогаш јасна. Овие организации и поединци, преку нивно нормално работење и активности, генерираат промени кои можат да бидат важни за иднината на другите организации. Промените во општото опкружување секогаш се „пробиваат“ во околината на здравствената заштита.

Сл.3.3Карта на стратегиско размислување за процесот на анализа на опкружувањето

Скенирање
Погледнете ги надворешните информации опкружувањето
Организирајте ги информациите во саканите категории
Идентификувајте ги прашањата во секоја категорија
↓
Набљудување
Наведете ги изворите на податоци (организации, поединци или публикации)
Додајте ги во базата на податоци за опкружувањето
Потврдете или побијте ги прашањата (трендови, случувања, дилеми и можност за настани)
Одредете ја стапката на промена во рамки на прашањата
↓
Прогнозирање
Проширете ги трендовите, случувањата, дилемите или појавата на настанот
Идентификувајте меѓусебни односи меѓу прашањата и категориите на опкружувањето
Развијте алтернативни проекции
↓
Проценување
Проценете го значењето на проширените (прогноzirани) прашања за организацијата
Идентификувајте ги силите кои мора да се земат предвид при формулирањето на визијата, мисијата, внатрешната анализа и стратегискиот план

Извор: Jarnagin ,C. and Slocum J., (2007), “Creating Corporate Cultures through Mythopoetic Leadership”, *Organizational Dynamics*, Vol. 36, No. 3, pp. 288–295.

На пример, здравствената заштита честопати напредува рамо до рамо со технологијата, како што е случајот со конвергенцијата на технологијата за обработка на слики и биотехнологијата - овозможена од напредната информатичка технологија за здравствена заштита - која ветува радикално да ја промени дијагнозата и третманот за многу хронични заболувања.Процесот на скенирање на опкружувањето делува како "прозорец" за овие организации. Овие организации и поединци генерираат стратегиски прашања кои можат да ја обликуваат целата здравствена индустрија или да имаат

директно влијание врз некоја здравствена организација. Менаџерите вклучени во скенирањето на околината вршат три функции. Тие(Coombs,2007):

- ги гледаат податоците за надворешното опкружување;
- го организираат надворешни информации во неколку посакувани категории; и
- ги идентификуваат прашањата во рамките на секоја категорија.

Стратегиските прашања се трендови, случувања, дилеми и можни настани кои влијаат врз организацијата и нејзината позиција во рамките на нејзиното опкружување. Стратегиските прашања често се лошо структурирани и двосмислени и бараат напор за толкување (прогнозирање и проценка). Често, во обид да се идентификуваат важни надворешни прашања, се користат општи ознаки како што се можности или закани за класификација на проблемите. Сепак, користењето на овие ознаки ги води стратезите да размислуваат во смисла на потенцијални стратегии за решавање на проблемот, а не влијанието на ова прашање. Затоа, во оваа фаза на стратегиско планирање, корисно е да се избегне користењето на термините можности/закани, позитивно/негативно, добивка/загуба, или се контролира/не се контролира, и наместо тоа да се разгледаат последиците од самото прашање. Стратегиите може да се разработат подоцна, откако водачите ќе имаат подобро разбирање за надворешните прашања, како и за внатрешните ресурси, компетенции и способности. Функцијата за *скенирање* служи како "прозорец" на организацијата или "леќа" кон надворешниот свет. Функцијата за скенирање е процес на посматрање, голем број надворешни организации или во општото опкружување или во опкружувањето на здравствената заштита, во потрага по тековните и новите трендови или прашања. Во процесот на скенирање, планерите се фокусираат на податоците генерирани од надворешни организации и поединци и ги обработуваат и организираат во значајни категории. Како резултат на тоа, прашањата пронајдени во надворешното опкружување се организираат преку процесот на скенирање. Пред овој процес на толкување, прашањата се разновидни, неорганизирани, спорадични, мешани и недефинирани. Процесот на скенирање ги категоризира, организира, акумулира и до одреден степен ги евалуира прашањата.

Категории на информации. За ефикасно следење и понатамошно анализирање на прашањата, тие треба да се организираат во логички категории. Категориите не се само помош во следењето, туку ја олеснуваат и последователната проценка на прашањата. Категориите што најмногу се користат за класифицирање на прашања се законодавни/политички, економски, социјални/демографски, технолошки и

конкурентни. Прашањата, се разбира, не се инхерентно технолошки, социјални и сл. Меѓутоа, користењето на овој пристап им помага на менаџерите да ја разберат природата на проблемите, да ги соберат информациите и да ги организираат. Преку процесот на агрегација и организација може да се идентификуваат моделите и да се акумулираат докази за некое прашање.

Извори на информации. Постојат различни извори на информации за опкружувањето. Иако организациите создаваат промени, често е тешко да се следат директно. Сепак, различни секундарни извори (објавени информации) се лесно достапни. Во суштина, луѓето и публикациите надвор и внатре во организацијата служат како леќа на надворешниот свет. Вообичаено, во рамките на организацијата, постојат различни експерти кои се запознаени со надворешни прашања и кои можат да бидат најдобри извори на такви информации. Покрај тоа, многу организации собираат податоци за пациентите и потрошувачите и се претплаќаат на архивска индустрија, технички извештаи и бази на податоци. Надвор од здравствената организација, пациентите, лекарите, медицинските сестри, добавувачите, трети лица-обврзници, фармацевтски претставници и менаџирани компании за грижа може да се сметаат за важни директни извори. Индиректни извори главно се весници и списанија, интернет, телевизија, библиотеки и јавни и приватни бази на податоци.

Скенирањето на опкружувањето е можеби најважниот дел од анализата на опкружувањето, бидејќи тоа претставува основа за другите процеси. Во активноста на скенирање, наведени се прашања и промени и идентификувани се извори. Од овој почеток ќе биде изградена база на податоци за донесување одлуки. Од клучно значење е менаџерите да го разберат размислувањето кое води до развој и избор на стратешки и тактички прашања од оние идентификувани во процесот на скенирање. Затоа е поволно ако, колку што е можно повеќе менаџери учествуваат во скенирањето. Важен аспект на скенирањето на опкружувањето е тоа што го фокусира вниманието на лидерите на она што лежи надвор од организацијата и им овозможува да создадат организација која може да се адаптира и да учи од тоа опкружување.

Функцијата на *набљудување* е следење на прашања идентификувани во процесот на скенирање. Набљудувањето остварува четири важни функции (Friedman and Goes, 2000):

- Истражува и идентификува дополнителни извори на информации за специфични прашања утврдени во процесот на скенирање кои беа определени дека се важни или потенцијално важни за организацијата.

- Додава во базата на податоци за опкружувањето.
- Се обидува да ги потврди или да ги побие проблемите (трендови, случувања, дилеми и можност за настани).
- Се обидува да ја утврди стапката на промена во рамките на прашањата.

Процесот на набљудување ги истражува изворите на информации добиени во процесот на скенирање и се обидува да ја идентификува организацијата или организациите кои создаваат промени и изворите кои известуваат за промените. Откако ќе се идентификуваат организациите кои создаваат промени и публикации, или други извори на информации кои известуваат за промените, посебно внимание треба да им се посвети на овие извори. Функцијата на следење има многу потесен фокус отколку скенирањето. Целта е да се акумулира базата на податоци околу идентификуваното прашање. Базата на податоци ќе се користи за да се потврди или да се отфрли трендот, развојот, дилемата или можноста за настан и да се утврди стапката на промени што се случуваат во рамките на опкружувањето.

Прогнозирањето на промените во опкружувањето е процес на проширување на трендовите, развоите, дилемите и настаните кои организацијата ги следи. Понатаму, прогнозирањето разгледува како скриените струи во сегашниот сигнал можат да се променат во правецот на организациите и општествата. Така, примарната цел на прогнозирањето е да се идентификува цел опсег на можности. Затоа, функцијата за прогнозирање се обидува да одговори на прашањето: „Ако овие трендови продолжат или ако прашањата се забрзаат над нивната сегашна стапка, или ако настане овој настан, како ќе ‘изгледаат’ прашањата и трендовите во иднина? Три процеси се вклучени во функцијата за прогнозирање (Coleman, 1978):

- Проширување на прашањата (трендови, случувања, дилеми или појавувања на некој настан).
- Идентификување на меѓусебните односи меѓу прашањата и категориите на опкружувањето.
- Развивање алтернативни проекции.

Стратегиското размислување, стратегиското планирање и управувањето со стратегискиот моментум треба да бидат насочени кон најефикасно позиционирање на здравствената организација во рамките на нејзиното променливо опкружување. Анализата на опкружувањето е фрагмент од делот за ситуациона анализа за стратегиско

размислување. Заклучоците постигнати во анализата на опкружувањето ќе влијаат врз раководните стратегии и внатрешната анализа.

Анализата на опкружувањето (Schwartz,1995), во голема мера е стратегиско размислување и стратегиско планирање и се состои од разбирање на проблемите во надворешната средина за да се утврдат последиците од тие прашања за организацијата. Анализата на опкружувањето бара стратегиски менаџери кои се ориентирани надворешно, кои бараат начини за радикално менување на „статус-кво“ состојбата, создавање нешто сосема ново, односно револуција на процесите. Тие бараат можности да го прават она што никогаш претходно не било направено или да се прават познати работи на нов начин. Затоа, фундаменталната природа на стратегискиот менаџмент бара свест и разбирање на надворешните сили. Стратегиските менаџери го поттикнуваат усвојувањето нови идеи во системот, одржуваат приемчивост на нови начини на работа и се изложуваат на пошироки погледи. Анализата на опкружувањето може да ја отстрани заштитната обвивка во која организациите често се запечатуваат.

Ефикасна анализа на опкружувањето се јавува преку стратегиско размислување, (Ginter, 2006). Методите за проценка на општото опкружување и здравствената околина, се фокусираат врз методите за анализа со цел да се оцени областа на услуги и конкурентите во неа. Информациите во врска со опкружувањето, иако се во изобилство, ретко се очигледни импликации.

Стратегиските менаџери мора да ги интерпретираат податоците што ги добиваат. Впрочем, фактите не зборуваат сами за себе; човек мора да ги разбере фактите, а не само да ги добива,(Burns,1999).*Оценувањето* на промените во опкружувањето е процес кој во голема мера не може да се измери и затоа се оценува. Процесот на оценување вклучува проценка на значењето на проширеното (прогнозирано) прашање за организацијата; идентификување на прашањата кои мора да се земат предвид при внатрешната анализа; развој на визијата и мисијата; и формулирање на стратегискиот план. Сепак, дури и кога се изложени на идентични прашања, различни менаџери нивното значење може да го протолкуваат сосема поинаку. Толкувањата се резултат на различни фактори, вклучувајќи перцепции, вредности, минати искуства и контекст. Стратегиските одлуки се прават во контекст на менување на финансиските, социјалните, политичките, техничките сили и силите на опкружувањето - разбирањето на контекстот во кој една организација функционира е фундаментално. Разбирањето на контекстот се нарекува ”создавање смисла” (sensemaking), термин кој го измисли организацискиот психолог Карл Вик(Weick,1988). Стратегиските лидери кои имаат чувство знаат како брзо да ја

доловуват комплексноста на околината и да им го објаснат тоа на другите со едноставни термини. Ова објаснување помага да се осигура дека секој работи од истата мапа, што прави да е полесно да се дискутира и планира патувањето.

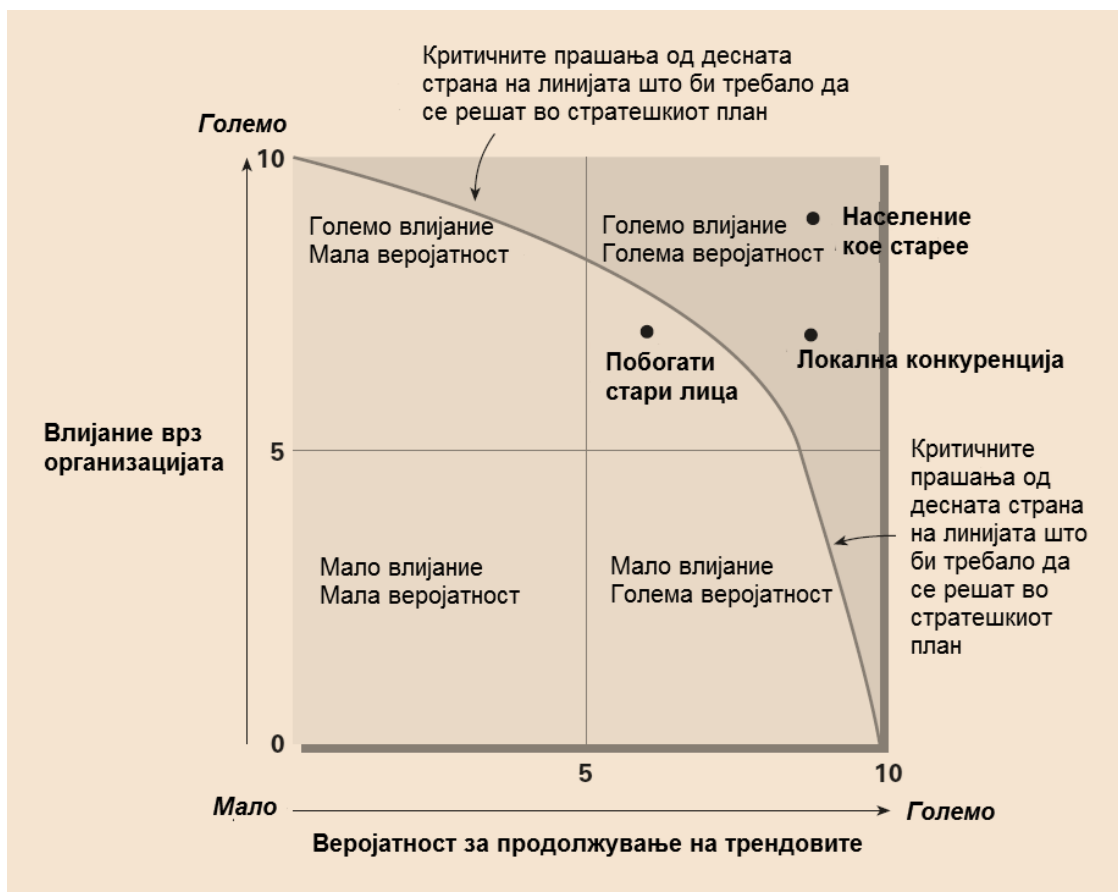
Процесот на оценување не е егзактна наука, а здравото човечко расудување и креативноста можат да бидат техники на дното од линијата за создавање смисла - процес без многу структура. Основниот предизвик е да се создаде смисла од нејасни, двосмислени и неповрзани податоци. Стратегиските лидери треба да внесат значење во податоците; тие мора да направат врски меѓу неусогласените податоци, така што ќе се создадат сигнали за идни настани. Создавањето смисла вклучува акти на перцепција и интуиција. Потребен е капацитет за суспендирање на верувања, предрасуди и проценки кои можат да ги попречат врските помеѓу двосмислените и неповрзаните податоци.

Неколку различни рамки и техники на стратегиско размислување може да се користат за испитување на општото опкружување и опкружувањето на здравствената заштита. Овие рамки, кои се неформални и генерално не премногу софистицирани, се различно опишани како "оценувачки", "шпекулативни" или "претпоставени". Всушност, анализата на опкружувањето во голема мера е индивидуален напор и е насочена кон интереси специфични за поединецот. Понатаму, анализата на опкружувањето обично не е ограничена само на една од алатките и техниките за анализа на опкружувањето.

Идентификацијата и екстраполацијата на прашањата е работа на идентификување на прашањата, а потоа, од постојните податоци, предвидување на важноста на прашањето и веројатноста дека тоа и понатаму ќе остане прашање. Можеби поради својата релативна едноставност, идентификацијата и екстраполацијата на прашањата е широко практикуван метод на анализа. За жал, прашањата во однос на опкружувањето се ретко претставени како уреден збир на мерливи податоци; наместо тоа, прашањата за опкружувањето се лошо структурирани и претпоставени. Така, во многу случаи, идентификацијата и екстраполацијата на прашањата во анализата на опкружувањето е прашање на постигнување консензус за постоење на прашање и шпекулирање за веројатноста за негово продолжување. Потоа може да се нацрта графиконот прикажан во Слика 3.4. Претпоставка е дека прашањата од десната страна на кривата линија во прилогот имаат значително влијание (големо влијание) врз организацијата и веројатно ќе продолжат или ќе се појават (голема веројатност) и треба да се решат во стратешкиот план. Овој приказ е корисен за организирање на податоците за опкружувањето и обезбедување појдовна точка за шпекулирање на насоката и стапката на промена за идентификуваните трендови. Екстраполацијата на трендовите, на прашањата поврзани

со опкружувањето бара широко познавање на надворешното опкружување (прашањата) и голема доза на здраво расудување. Сепак, создавањето смисла е динамичен предизвик.

Слика 3.4 Графикон на трендови/прашања на опкружувањето



Извор: Price Waterhouse and Coopers (2013), *Medical Cost Trend: Behind the Numbers 2013*, PWC Health research institute

Стручното мислење често се користи за идентификување, следење, прогнозирање и оценување на трендовите на опкружувањето. Стручните лица играат клучна улога во обликувањето и проширувањето на размислувањето на водачите. Водачите во здравствената заштита можат да ги искористат овие мислења за да го стимулираат нивното стратешко размислување и да започнат со развој на стратегии за човечки ресурси. За понатамошно фокусирање на размислувањето на водачите и генерирање на дополнителни перспективи во врска со прашањата во надворешното опкружување, постојат неколку формални техники за анализа на животната средина базирани на експертиза. Овие рамки за стратешко размислување помагаат да ги привлечат и синтетизираат мислењата и најдобрите процени на експерти во различни области.

3.3 ПРОЦЕС НА ВОВЕДУВАЊЕ СТРАТЕГИСКИ ПРОМЕНИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Во рамките на внимателното размислување на поддржувачите на овие различни пристапи кон стратегискиот менаџмент, безбедно е да се претпостави дека не постои еден најдобар начин да се размислува или да се научи за правење стратегија во сложени организации. *Аналитичките или рационалните пристапи* кон стратегискиот менаџмент се потпираат врз развојот на логичка низа чекори или процеси (линеарно размислување). Појавните модели, од друга страна, се потпираат врз интуитивно размислување, лидерство и учење и се сметаат за дел од управувањето.

Двата пристапа се валидни и корисни во објаснувањето на стратегијата на организацијата. Сепак, ниту аналитичкиот пристап ниту појавниот поглед самиот по себе, не се доволни. Дејвид К. Херст објаснува: „Клучното прашање не е кој од овие пристапи на дејствување е правилен, па дури ниту кој е подобар, туку кога и под кои околности тие се корисни за да се разбере што треба да направат менаџерите. Современиот организациски живот се карактеризира со осцилации помеѓу периодите на смиреност, кога се чини дека потенцијалната рационалност функционира, и периоди на превирања, кога изгледа како ништо да не функционира. Во некои случаи е можна анализа; во други случаи, можни се само искуствата на теренот“.(Herst, 1999). Како резултат на тоа, потребни се и двата пристапа. Многу е тешко да се иницира и да се одржи организациска активност без некој однапред утврден логички план. Сепак, во динамична средина, каква што е здравствената заштита, менаџерите мора да очекуваат да учат и да воспоставуваат нови насоки додека напредуваат. Аналитичкиот пристап е сличен на карта, додека појавниот модел е сличен на компас. И двата може да се користат за насочување на менаџерот до дестинацијата. *Картите* се подобри во познатите светови - световите кои биле претходно мапирани. *Компасите* се корисни кога лидерите не се сигурни каде се наоѓаат и имаат само општо чувство за насока. Менаџерите можат да го користат аналитичкиот пристап за развивање стратегија (карта) најдобро што можат од нивното разбирање на надворешното опкружување и интерпретирањена способностите на организацијата. Откако ќе почнат да ја следат стратегијата, може да се појават нови разбирања и стратегии, а старите карти (планови) мора да се модифицираат. Професорката од Харвард, Розабет Мос Кантер, заклучила од нејзиното истражување дека организациите кои го задаваат темпото „не чекале да

дејствуваат додека немаат совршено замислен план. Наместо тоа, тие го креираат нивниот план со дејствување“ . (Kanter 2010) Според тоа, менаџерите мора да останат флексибилни и да одговорат на новите реалности - тие мора да учат. Сепак, насоката не смее да биде случајна или избрана на среќа. Таа мора да биде водена од некоја форма на стратегиска смисла - интуитивно, претприемачко чувство за „обликот на иднината” што ја надминува обичната логика. Концептот на компасот дава уникатна комбинација на размислување, перформанси, анализа и интуиција. Неопходен е некој тип на модел што обезбедува насоки или упатувања за стратегиските менаџери, но сепак вклучува учење и промена. Ако кон креирањето стратегија може да се пристапи на дисциплиниран начин, тогаш ќе се зголеми веројатноста за нејзино успешно спроведување. Модел или карта за тоа како може да се развие стратегијата ќе им помогне на организациите да ги видат своите стратегии на кохезивен, интегриран и систематски начин. Без модел или карта, менаџерите ризикуваат да станат сосема некохерентни, збунети во перцепцијата и збунети во практиката. (Fleisher, Bensoussan, 2004).

Картите за стратегиско размислување ќе започнат со патување за да развијат сеопфатна стратегија за организацијата, но сепак не можат да ги предвидат сите непредвидени ситуации. Менаџерите ќе научат многу за нивните стратегиски планови додека ги менаџираат. Затоа, стратегиските менаџери ќе мора да размислуваат, анализираат, користат интуиција и одново да ја смислуваат стратегијата додека се во ôд. Како што забележал физичарот Дејвид Бом, целта на науката не е „акумулација на знаење“, туку создавање „ментални карти“ кои ја водат и ја обликуваат нашата перцепција и дејствување,(Bом, 1982). Моделот или картата што ги зема предвид и аналитичките и појавните ставови за стратегискиот менаџмент, се прикажани на Сл.3.5. Оваа карта за стратегиско размислување служи како општ модел за стратегиски менаџери за здравствена заштита, ги илустрира меѓусебните односи и ги организира главните компоненти и при тоа обезбедува рамка за голем дел од дискусијата во оваа книга.

Како што е илустрирано со Сл. 3.5 стратегискиот менаџмент има три елементи (Peter, 1994):

- стратегиско размислување,
- стратегиско планирање, и
- управување со стратегискиот моментум.

Овие активности се меѓусебно зависни, активностите во секој елемент влијаат врз и се засегнати од другите елементи.

Слика 3.5 Карта на стратегиско размислување на стратегискиот менаџмент



Извор: Senge, Peter M., Charlotte Roberts, Richard B. Ross, Bryan J. Smith, and Art Kleiner, (1994), *The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building A Learning Organization*, Currency Doubleday, New York p. 90.

Стратегиските менаџери мора да станат стратегиски мислители со способност да го оценуваат менувањето на опкружувањето, да ги анализираат податоците, да ги преиспитуваат претпоставките и да развиваат нови идеи. Дополнително, тие мора да бидат способни да развијат и да документираат план за акција преку стратегиско планирање. Стратегиското планирање е процес на донесување одлуки и документација со кои се креира стратегиски план.

Откако ќе се развие стратегискиот план, стратегиските менаџери мора да управуваат со стратегискиот моментум на организацијата. Како што стратегиските менаџери се обидуваат да го спроведат стратегискиот план, тие го оценуваат неговиот успех, дознаваат повеќе за тоа што функционира и вклучуваат ново стратегиско размислување. Како што е покажано со стрелките на Сл. 3.5, секој елемент од моделот може да иницира преиспитување на друг елемент. На пример, планирањето на имплементацијата може да обезбеди нови информации кои бараат уште еден поглед врз

формулирањето стратегија. Слично на тоа, управувањето со стратегскиот моментум може да обезбеди нови согледувања за планирање на имплементација, формулација на стратегија или *анализа на ситуацијата*. Разликата меѓу термините стратегско размислување, стратегско планирање и управување со стратегскиот моментум е важна и сите три активности мора да се појават во навистина стратегски управувани организации. Затоа, секоја фаза од моделот е подетално истражена (Kleiner, Peter, 1994).

Првата фаза, прикажана во Сл. 3.5 е стратегско размислување и е основна интелектуална активност која лежи во основата на стратегскиот менаџмент. Беше забележано дека лидерите, слични на големите спортисти, истовремено мора да ја играат играта и да ја набљудуваат како целина. Заглавен во сложена ситуација, лидерот мора да се издигне над неа за да ја разбере. Држењето растојание може да биде единствениот начин да се види целата слика. Оваа вештина е слична на напуштањето на теренот за играње и одење во кабините за новинарите за да се набљудува играта и да се види нејзиниот поширок контекст. Така, стратегските менаџери мора да бидат способни да ја задржат перспективата и да ја видат големата слика - да не се изгубат во акцијата. Но, за да ја разберат вистинската слика, не смеат да одат само во кабините за да ја набљудуваат „играта“, туку исто така мора да постои и „глува соба“ за периодично да размислуваат за неа, да ја разберат и можеби да ја сменат стратегијата или играчите. Стратегското размислување е индивидуален интелектуален процес, начин на размислување или метод на интелектуална анализа кој ги тера луѓето да се позиционираат како лидери и да ја видат „големата слика“. Визијата и чувството за иднината се својствени делови на стратегското размислување. Стратегските мислителите постојано ја откриваат иднината - создавајќи прозорци во утрешниот свет. Кузес и Поснево „Лидерски предизвик“ имаат посочено: „Сите претпријатија или проекти, големи или мали, почнуваат во очите на умот; тие почнуваат со фантазија и со верување дека она што е само слика некогаш може да стане реалност“ (Kouzes, Posne, 1991). Стратегските мислителите се осврнуваат на минатото, ја разбираат сегашноста и замислуваат уште подобра иднина. Стратегското размислување бара начин на размислување или интелектуален процес кој прифаќа промени, ги анализира причините и исходите на промените и се обидува да ја насочи иднината на организацијата да ги искористи тие промени. Поконкретно, стратегското размислување:

- ја признава реалноста на промените,
- ги испитува тековните претпоставки и активности,

- се изградува врз разбирање на системите,
- предвидува можна иднина,
- генерира нови идеи, и
- го разгледува организациското усогласување со надворешното опкружување.

Стратегиското размислување генерира идеи за иднината на една организација и начини да се направат порелевантни - повеќе во склад со светот. Стратегиското размислување ги проценува променливите потреби на засегнатите страни на организацијата и променливите технолошки, социјални и демографски, економски, законодавни/политички и конкурентни барања на својот свет. Стратегиските мислителите секогаш се прашуваат: „Што правиме сега, а што би требало да престанеме да правиме?“ „Што не правиме сега, а би требало да почнеме да правиме?“ и „Што правиме сега, што би требало да продолжиме да правиме, но можеби на еден фундаментално поинаков начин?“ За стратегискиот мислител, овие прашања се применливи на сè што прави организацијата - нејзините производи и услуги, внатрешните процеси, политики и процедури, стратегии, итн. Успешните стратегии често бараат да се биде она што не сте биле, да размислувате како што не сте размислувале и да постапувате како што не сте делувале (Fombru 1997). Стратегиските мислителите ги испитуваат претпоставките, ги разбираат системите и нивните меѓусебни односи и развиваат алтернативни сценарија за иднината. Стратегиските мислителите предвидуваат надворешни технолошки, социјални и демографски промени, како и критични промени во законодавните и политичките арени. Стратегиското размислување е изразено лидерска активност и сосема поинаква од она што го прават експертите од предметот. На пример, стратегиските мислителите се специјализираат во односите и контекстот, додека експертските мислителите се специјализирани за добро дефинирани дисциплини и функции. Стратегиските мислителите дејствуваат на интуиција и „внатрешно чувство“ кога податоците се нецелосни - се фокусираат врз акција и напредуваат онаму каде што експертите обрнуваат ригорозно внимание на знаење, докази и податоци - се фокусираат врз разбирање.

Секој е стратегиски мислител-обезбедува основа за стратегиски менаџмент. Сепак, стратегиското размислување не е само задача на извршниот директор, на здравствениот службеник или на врвниот администратор на организацијата. За да биде стратегискиот менаџмент успешен, сите мора да бидат охрабрени да размислуваат стратегиски – да размислуваат како лидер. Лидерството е изведувачка уметност - збирка практики и

однесување - не е позиција. Секој, дури и вработените со најниска плата, треба да се охрабруваат да размислуваат стратегиски и да размислат како да го измислат повторно она што тој или таа го прави. На пример, разбирањето дека сликата на старечки дом е заснована врз перцепцијата на корисниците за чистотата, може да ги мотивира старателите да размислуваат стратешки и да го „измислат“ одново начинот на чистењето на старечкиот дом. Стратегиското размислување е поддржано од континуирано управување со стратегијата и документирано преку периодичниот процес на стратегиско планирање (Fombru 1997).

Стратегиското планирање е следната активност во општиот модел на стратегиски менаџмент илустриран со сликата 3.5. Стратегиското планирање е периодичен процес на развивање множество чекори за една организација да ги оствари својата мисија и визија, користејќи стратегиско размислување. Затоа, периодично, стратегиските мислители се собираат за да постигнат консензус за посакуваната иднина на организацијата и да развијат правила за одлучување за постигнување на таа иднина. Резултатот од процесот на стратегиското планирање е план или стратегија. Поконкретно, стратегиското планирање (Ginter, 2013):

- обезбедува секвенцијален, чекор-по-чекор процес за креирање стратегија;
- вклучува периодични групни сесии на стратегиски размислувања (brainstorming);
- бара податоци/информации, но вклучува консензус и став;
- воспоставува организациски фокус;
- го олеснува доследното донесување одлуки;
- постигнува консензус за тоа што е потребно за организацијата да се вклопи во надворешното опкружување; и
- резултира со документиран стратегиски план.

Процесот на стратегиско планирање дефинира каде оди организацијата (понекогаш каде не оди) и обезбедува фокус. Планот поставува насоки за организацијата и - преку заедничко разбирање на визијата и широките стратешки цели - дава образец за сите во организацијата да донесуваат доследни одлуки кои ќе ја придвижуваат организацијата кон својата замислена иднина.

Стратегиското планирање, во голем дел, е активност за донесување одлуки. Иако овие одлуки честопати се поддржани од голем број мерливи податоци, стратегиските одлуки се суштински просудувања. Бидејќи стратегиските одлуки не можат секогаш да се квантифицираат, раководителите мора да се потпрат на „информирана проценка“ во

донесувањето на овој вид одлука. Како и во нашиот сопствен живот, генерално, колку е поважна одлуката, толку помалку е мерлива и толку повеќе ќе мораме да се потпираме на мислењата на другите и на нашата најдобра проценка. На пример, нашите најважни лични одлуки - каде да одиме на факултет, дали да стапиме во брак или не, каде да живееме и сл. - се претежно информирани проценки. Слично на тоа, најважните организациски одлуки, како што се влегување на пазарот, воведување нова услуга или стекнување конкурент, иако се базираат на информации и анализи, се суштински проценки. Конзистентноста на одлуките е клучна за стратегијата: кога една организација покажува конзистентно однесување, таа има стратегија. Стратегијата е збир од насоки или план што организацијата ги избира за да обезбеди конзистентност на одлуки и да се премести од каде што е денес до саканата состојба некаде во иднина. Тоа е патоказот за таа иднина. Развивањето на патната карта (стратегиски план) бара анализа на ситуацијата, формулација на стратегијата и планирање на спроведувањето на стратегијата. Анализата и разбирањето на ситуацијата се остваруваат со три одделни активности на стратегискоразмислување (Ginter, 2013):

- (1) надворешна анализа на опкружувањето;
- (2) внатрешна анализа на опкружувањето; и
- (3) развој или рафинирање на управувачките стратегии на организацијата.

Интеракцијата и резултатите од овие активности претставуваат основа за развој на стратегијата. Овие три меѓусебно поврзани активности ја водат стратегијата. Силите во надворешното опкружување сугерираат на тоа „што организацијата *би требало* да прави”. Односно, успехот е прашање да се биде ефикасен во опкружувањето - да се прави „вистинската” работа. Стратегијата дополнително се зголемува од внатрешните ресурси, компетенции и способности на организацијата и претставува „што организацијата *може* да направи”. Конечно, стратегијата е водена од заедничка мисија, заедничка визија и заедничко множество организациски вредности и цели- управувачки стратегии.

Управувачките стратегии се резултат на значително размислување и анализа од страна на највисокото раководство и укажуваат на „она што организацијата *сака* да прави”. Заедно, овие сили се суштински придонес во формулирањето на стратегијата. Тие не се сосема различни и одделени, тие се преклопуваат, комуницираат и влијаат една на друга; односно, се мапи за стратешко размислување, за испитување на надворешното опкружување на општата и здравствената заштита. Анализата на конкурентите во областа на услугите е многу важна, но исто така и нужна да се согледа внатрешното

опкружување и обезбедување мапи за стратешко размислување, со цел проценка на силните и слабите страни на организацијата и создавање конкурентска предност. Додека ситуационската анализа вклучува голем дел од стратегиското размислување: собирање, класифицирање и разбирање на информациите, *формулирањето стратегија* вклучува донесување одлуки кои ги користат информациите за да креираат план. Оттука, *формулирањето стратегија* вклучува раководни, адаптивни, пазарни и стратешки одлуки за конкуренција и, вообичаено, овие одлуки се донесуваат во сесиите за стратегиско планирање. Откако ќе се формулира стратегијата за организацијата (вклучително, адаптивна, пазарна и конкурентна), се развиваат планови за имплементација кои ја остваруваат организациската стратегија. Овие планови за имплементација се составени од стратегии развиени во клучните области кои создаваат вредност за една организација – активности за испорака на услуги и поддршка - и обично се дискутираат како дел од стратегиското планирање. Мора да се развијат стратегии кои најдобро ќе ги испорачаат производите или услугите на клиентите преку активности пред давање на услугата, активности за време на услугата, и активности по давање на услугата. Покрај стратегиите за испорака на услуги, мора да се развијат и стратегии за областите за поддршка на додадена вредност, како што се културата, структурата и стратешките ресурси на организацијата.

Групен процес на клучни играчи. Извршниот директор може да развие стратегија. Посебен оддел за планирање може да развие стратегија. Сепак, ваквите пристапи наидуваат на проблеми во текот на имплементацијата, бидејќи не постои заедничка „сопственост“ на планот или задачите поврзани со него. Затоа, стратегиското планирање на организациите е типично групен процес. Тоа вклучува голем број клучни учесници кои работат заедно за да развијат стратегија. Иако стратегиското планирање обезбедува структура за размислување за стратешките прашања, ефикасното стратегиско планирање, исто така, бара размена на идеи, споделување перспективи, развивање нови согледувања, критичка анализа, како и дискусија. Напорите за стратегиско планирање ќе бидат намалени без многу провокативно размислување и дијалог ориентирани кон иднината (Askerman, 2000). Не е можно сите организации да бидат полноправни учесници во процесот на стратегиско планирање. Донесувањето одлуки е долготрајно, ако секој мора да има право на збор, никогаш не може да се постигне консензус. Неколку клучни играчи - високиот кадар, највисокото раководство или тим за лидерство - се потребни за да обезбедат избалансирани и информирани гледишта. Честопати се вклучени и претставници на важни функционални области. Ефикасен лидер ќе вклучи

различни поединци со различно потекло и перспективи за да обезбеди инпут во процесот. Некои учесници може да бидат бунтовници и да ја поттикнат групата за нови начини. Ако секој е однапред програмиран да се согласува со лидерот, учеството не ни е потребно - но ниту еден план не ќе може да се реализира. Клучот за успешното стратегиско планирање е да постои групен процес кој се повторува. Постоенето периодично структуриран процес иницира преиспитување, дискусија и документација за сите претпоставки. Менаџерите без планирање на процесот, не може да стигнат до него. Без процес, идеите не се дискутираат, не се постигнуваат заклучоци, не се донесуваат одлуки, не се усвојуваат стратегии, а стратегиското размислување не е документирано. Природата на групата и процесот честопати се клучни за успехот.

Управување со стратегискиот моментум. Понекогаш се креира стратегиски план, но ништо вистински не се менува, стратегискиот момент се губи, а плановите никогаш не се имплементираат. Како што следната година одминува, повторно е време за отстапување од годишното стратегиско планирање и така циклусот се повторува. Овој пример е едно стратегиско планирање без управување со стратегискиот моментум. Алан Вајс во неговата 'дрска' книга, *Нашите императори немаат облека*, објаснува дека во овие ситуации проблемот е во тоа што: "Стратегијата најчесто се смета за годишна вежба во најдобар случај, настан кој создава „производ“, а не процес кој ќе се користи за всушност да го води бизнисот." (Weiss, 1996.)

Третиот елемент на стратегискиот менаџмент прикажан во Сл. 3.5, *Управување со стратегискиот моментум*, се однесува на секојдневните активности за управување со стратегијата за да се постигнат стратегиските цели на организацијата. Откако ќе се развијат плановите, тие мора активно да се менаџираат и да се имплементираат за да се одржи динамиката на стратегијата. Стратегиското размислување и периодичното планирање никогаш не треба да престанат; тие стануваат вкоренети во културата и филозофијата на стратешки управувана организација. Управувањето со стратегискиот моментум (Ginter, 2013):

- е вистинската работа за остварување специфични цели,
- се однесува на процесите на донесување одлуки и нивните последици,
- обезбедува стил и култура,
- ги оценува перформансите на стратегијата,
- е процес на учење , и
- се потпира и иницира ново стратегиско размислување и ново периодично стратегиско планирање.

За многу организации, стратегиското планирање е најлесниот дел од стратегискиот менаџмент и процесот на планирање добива најголемо внимание. Сепак, плановите мора да се спроведат за да се создаде моментум и да се реализира стратегиската намера. Лошата имплементација или недостатокот на имплементација направиле многу стратегиски планови да бидат безвредни. Иако стратегискиот план и неговото основното стратегиско размислување мора да се сметаат за важни, тие се распаѓаат без спроведување и без насоките за донесување одлуки предвидени за менаџерите на сите нивоа во организацијата. Ако стратегијата не е активно управувана, таа нема да се случи. Во исто време, менаџерите честопати треба да реагираат на непредвидени случувања и нови конкурентски притисоци. Ваквите промени во околината може да бидат суптилни, друг пат може да бидат дисконтинуирани и исклучително подривачки. Кога се случуваат надворешни промени, се појавуваат нови можности и се раѓаат нови компетенции, додека други умираат или се претставени како несуществени. Неизбежно, основните правила на натпреварување и преживување ќе се променат. Управувањето со стратегискиот моментум, всушност, е тоа како организацијата конструктивно управува со промените, како ја оценува стратегијата и како ја „преизмислува“ или обновува организацијата. Како што посочува Хенри Минцберг ...клучот за управување со стратегија е способноста да се откриваат модели кои произлегуваат и да им се помогне да се оформат (Mintzberg, 2012). Различните карактеристики на околината и различните организациски форми бараат нови и различни начини на дефинирање на стратегијата (Ackerman, 2000). Стратегијата може да биде интуитивен, претприемачки, политички, културен процес или процес на учење. Во овие случаи, картите се со ограничена вредност. Менаџерите мора да создадат и да откријат иднина која се одвива, користејќи ја нивната способност да учат заедно во групи и да комуницираат политички на спонтан, самоорганизиран начин. Сепак, учењето е тешко во организациите. Учењето бара ангажирање, совладување непознати идеи и усвојување нови однесувања. Ангажираното учење бара извршните директори да го делат лидерството, да се соочат со суровата вистина и да учат лично. Тоа од нив бара фундаментално да го променат начинот на кој управуваат. Потребно е управување со стратегискиот моментум.

Јасно, рационалните стратегии не секогаш функционираат како што е планирано (*нереализирана стратегија*). Во други случаи, една организација може да заврши со стратегија која била сосема неочекувана, како резултат на тоа што била „збришана од настани“ (*појавна стратегија*). Лидерството, визијата и „чувството за нашиот пат“

(учење) често обезбедуваат општа насока без вистинско чувство на конкретни цели или долгорочни резултати. Сосем е можно стратегијата да може да се развие и последователно да се реализира. Сепак, мораме да бидеме доволно реални да сфатиме дека кога се занимаваме со стратешкиот менаџмент, теоретскиот идеал (развиена, а потоа реализирана стратегија) не мора и, веројатно, е дека и нема се да оди по планотслучи. Многу работи можат да се сменат. За реализирање на стратегијата треба да се развијат можности, за брза реакција и незјино реформулирање. Тие можности вклучуваат,(DePree, 2007):

- Преформулирање на стратегијата за време на имплементацијата, бидејќи организацијата добива нови информации и ги внесува тие информации назад во процесот на формулирање, со што намерите се модифицираат по пат.
- Надворешното опкружување е во период на флукс, а стратезите не можат точно да ги предвидат условите. Затоа организацијата може да се најде себеси да не е во состојба соодветно да реагира на моќен надворешен моментум.
- Организациите во надворешното опкружување кои ги спроведуваат сопствените стратегии може да ја блокираат стратешката иницијатива, принудувајќи го активирањето на стратегија за непредвидени ситуации или период на „опипување“.

Очигледно, здравствените организации формулираат стратегии и ги реализираат во различен степен. На пример, како дел од намерната стратегија за проширување на нивниот пазар, подобрување на услугата за заедницата и задржување на упатуваните пациенти, многу болници во заедницата почнаа да нудат „срцеви услуги“, како што се катетеризација и операција на отворено срце. Како резултат на тоа, некои од овие болници имаат изградено пазарен удел и зголемена профитабилност. Други болници во заедницата не поминале добро. Нивните менаџери имале нереални очекувања во врска со профитабилноста на срцевите услуги и одреден број потребни процедури. Голем обем е од клучно значење за срцевите услуги, бидејќи им овозможува на болницата да нарача залихи на големо и обезбедува лекарско искуство кое произведува подобри исходи и пократко времетраење на престој. Покрај тоа, некои раководители на болниците во заедницата погрешно го процениле нивото на надомест од Medicare, со што довеле до дополнително стегање на профитабилноста. Стратегиите на оние болници во заедницата кои го напуштиле пазарот за кардиолошки услуги не беа реализирани. Сепак, другите болници во заедницата се чинеше дека се движат во целосен опсег на срцевите услуги,

без експлицитна стратегија за тоа. Во обид да ги задржат пациентите и да го подобрат својот имиџ, овие болници започнаа со нудење ограничени услуги за срце, но наскоро сфатија дека не спроведуваат доволно процедури за да бидат „светска класа“. Тие додадоа услуги, опрема и капацитети за да се создаде потребниот обем, и без, навистина да имаат намера на почетокот, завршија со појавни стратегии кои резултираа со значителен удел на пазарот во срцевите услуги.

Секој мора да управува со стратегискиот моментум. Како и со стратегиското размислување, секој игра улога во управувањето со стратегискиот моментум. Секој во организацијата треба да работи за стратегијата и да разбере како нивната работа придонесува кон постигнување на стратешките цели. (DePree, 2007): „Лидерите се обврзани да обезбедат и одржат динамика“. Единствената легитимна работа во една организација е работа која придонесува за остварување на стратешкиот план. Иако организациите можат да постигнат супериорни резултати за краток временски период, потребно е да се оркестрира менаџментот, како и раководството, за да се одржат овие способности подолготрајно во иднината.

Проблемите со кои се соочуваат организациите се толку сложени што им пркосат на едноставните решенија. Разбирањето на природата на здравствената заштита, односот на организацијата кон тоа опкружување и честопати конфликтните интереси на внатрешните функционални оддели, бараат широка концептуална парадигма. Сепак, тешко е да се сфатат толку многу сложени и важни врски. Стратегиските менаџери утврдија општа теорија на системи или пристап на системи за да бидат корисна перспектива за организирање стратегиско размислување. Еден систем може да се дефинира како „перцепирана целина чиешто елементи 'се дружат', бидејќи тие постојано влијаат едни врз други со текот на времето и работат кон заедничка цел“. (Hamel and Prahalal, 1996). Едноставно, системот е збир на меѓусебно поврзани елементи. Секој елемент се поврзува со секој друг елемент, директно или индиректно и не постои подмножество елементи кое не е поврзано со било кое друго подмножество. Понатаму, системот мора да има единство на намената во остварувањето на своите цели, функции или саканите резултати. Разбирањето на сложената целина преку пристап со системи (Prahalal, 1993):

- помага во идентификувањето и разбирањето на „големата слика“;
- ја олеснува идентификацијата на главните компоненти;

- помага да се идентификуваат важни односи и да се обезбеди правилна перспектива;
- се избегнува прекумерното внимание на еден дел;
- овозможува решение од широк опсег;
- поттикнува интеграција; и
- обезбедува основа за редизајн.

Употребата на *пристапот со системи* бара стратегиските менаџери да ја дефинираат организацијата во широка смисла и да ги идентификуваат важните променливи и меѓусебните односи што ќе влијаат врз одлуките. Со дефинирање на системите, стратегиските менаџери можат да ја видат „големата слика” во правилна перспектива и да избегнат да посветуваат премногу внимание на релативно мали аспекти на вкупниот систем. Пристапот со системи дозволува стратегиските менаџери да се концентрираат на оние аспекти на проблемот што најмногу заслужуваат внимание и им овозможува пофокусиран обид при решавање. Како што укажа Питер Сенге, пристапите со системи ни помагаат да го видиме вкупниот систем и како поефикасно и поинтелигентно да ги менуваме деловите во системот, (Senge, 1987).

Препознавајќи ја важноста на системската рамка, менаџерите за здравствена заштита најчесто се повикуваат на „системот на здравствена заштита” или „системот за испорака на здравствена заштита” и се стремат да развијат логички внатрешни организациски системи за справување со околината. На сличен начин, стратегиските менаџери за здравствена заштита мора да користат системи за помош во стратегиското размислување за надворешното опкружување. Заедницата и регионот може да се сметаат како интегриран систем при што секој дел од системот (потсистем) обезбедува уникатен меѓусебно зависен придонес.

Нивото и ориентацијата на стратегијата. Ќе биде потребна перспектива со системи за да се определи нивото на стратегијата и односот на стратегијата со другите активности на стратегискиот менаџмент. Затоа, организациското ниво и ориентацијата треба внимателно да се разгледаат и да се специфицираат пред да се започне со стратегиското планирање. На пример, може да се развијат стратегии за големи, сложени организации или мали, добро фокусирани единици. Опсегот на стратегиските одлуки што се разгледуваат во овие две организации е сосема поинаков, но и двете можат да имаат корист од стратегискиот менаџмент. Јасна спецификација на „нивото” на размислување ќе го определи видот и опсегот на одлуката што треба да се донесе во

стратегиското планирање. На пример, голем интегриран систем за здравствена заштита може да развие стратегија за повеќе нивоа - ниво на корпорација, ниво на сектори, ниво на организации и ниво на организациски единици. Како што е илустрирано со Сл. 3.6, кога се земаат заедно овие стратегиски перспективи создаваат хиерархија на стратегии кои мора да бидат конзистентни и да се поддржуваат една со друга. Секоја стратегија обезбедува „средства“ за постигнување на „краевите“ на следното повисоко ниво. Така, нивото на единици обезбедува средства за остварување на краевите на нивото на организации. Нивото на организации, од своја страна, обезбедува средства за остварување на краевите на нивото на сектори. Конечно, нивото на сектори е средство за краевите утврдени на ниво на корпорација. Како што е илустрирано на Сл. 3.6, дел од контекстот за стратегија со понизок ред е обезбеден од стратегиското планирање на стратегии од повисок ред.

Тринити Хелт (Trinity Health) е десетти најголем здравствен систем и четврти најголем католички здравствен систем во САД и претставува пример на здравственаорганизација која би требало да развие стратегија за сите четири организациски нивоа. Од почетокот на 2013 година, Trinity имал средства повеќе од 11,3 милијарди долари, приходи од 9 милијарди долари, и се состоеше од 49 болници за акутна нега, 432 амбулантски објекти, 33 установи за долгорочна нега и бројни програми за здравствена нега и хоспис, во десет сојузни држави на САД. Јасно е дека би требало да се развијат стратегии за нивото на корпорација - Тринити Хелт, за секоја голема поделба како што е здравствениот систем Сеинт Џосеф Мерси (Saint Joseph Mercy), за секоја посебна организација во рамките на секторот, како што е болницата Сеинт Џосеф Мерси Селајн Хоспитал (Saint Joseph Mercy Saline Hospital), и во рамките на разните единици (клинички операции).

Слика 3.6 Врските помеѓу нивоата на стратескиот менаџмент



Извор: Mintzberg, H., (1989) *Mintzberg on Management*, PressAnt, New York, p. 41.

Стратегиите на ниво на корпорација (Mintzberg 1989) се однесуваат на прашањето: „Во каков бизнис би требало да бидеме вклучени?“ Ваквите стратегии земаат предвид повеќекратни, понекогаш неповрзани пазари и обично се базираат врз враќање на инвестицијата, удел на пазарот или потенцијален удел на пазарот и системска интеграција. На пример, за Тринити Хелт (Trinity Health), јасно е дека корпоративската перспектива е важна. Прашањето за тоа „Во каков бизнис би требало да бидеме вклучени?“ резултираше со неколку полуавтономни „бизниси“ кои работат на голем број различни пазари, вклучувајќи ги болниците, амбулантските објекти, долготрајната нега, домашно здравје и хоспис. Клучните стратески прашања може да вклучуваат, „Кои други видови бизниси Trinity треба да ги земе предвид?“ На пример, дали велнес-центрите или центрите за ментално здравје ќе бидат соодветен стратешки потег?

Стратегиите на ниво на сектор се пофокусирани и даваат насока за еден тип бизнис. Стратегиите на сектори најчесто се занимаваат со позиционирање на секторот за да се натпреварува. Овие полуавтономни организации често се нарекуваат стратешки деловни

единици или стратешки услужни единици. Затоа, стратегиските менаџери за овие единици најмногу се занимаваат со одреден сет на конкуренти и добро дефинирани пазари (области на услуги).

За Trinity Health мора да се развијат стратегии за секторот болници, секторот амбулантски објекти, секторот долготрајна нега и сл. За секторот болници, клучните стратегиски прашања може да вклучуваат: „Колкав број болници е оптимален?“ Или „На кои пазари треба да влезе Тринити со нова болница?“ Оваа перспектива се однесува на еден тип на бизнис и неговите пазари. Затоа, сосема е различно од корпорациската перспектива за тоа во кои бизниси треба да биде вклучена Тринити.

Стратегија на ниво на организација. Во рамките на сектор, индивидуалните организациски единици можат да развијат стратегии. Овие *стратегии на ниво на организација* вообичаено се однесуваат на една организација која се натпреварува во одредена област на добро дефинирана услуга. На пример, секоја болница во секторот болници на Trinity може да развие стратешки план за решавање на сопствените конкретни пазарни услови. Клучните стратешки прашања за ова ниво на стратегија може да вклучуваат: „Каква комбинација на болнички услуги е најсоодветна за овој пазар?“ и „Кои стратегии користат конкурентите за зголемување на уделот на пазарот?“

Стратегиите на ниво на единици ги поддржуваат организациските стратегии преку остварување специфични цели. Оперативните стратегии на единиците може да се развиваат во рамките на одделенијата на една организација како што се клинички операции, маркетинг, финансирање, информациски системи, човечки ресурси и така натаму. Стратегиите на единиците се однесуваат на две прашања. Прво, тие се наменети да ги интегрираат разните субфункционални активности. Второ, тие се дизајнирани да ги поврзуваат различните полиња на функционална област со какви било промени во околината на функционална област (Zahra and Chaples, 1998) Покрај тоа, стратегиите за поврзување се насочени кон интегрирање на самите функции и создавање внатрешни способности преку функции (на пример, програми за квалитет или промена на културата на организацијата).

Хиерархија на стратегијата-Стратегискиот менаџмент може да се користи независно на било кое организациско ниво. Сепак, тој е многу поефикасен ако постои поддршка од врвот и стратегиите се интегрирани од едно на друго ниво. За некои организации, се разбира, не постои корпорациско ниво или ниво на сектори, како што е самостојна болница во заедницата или независна организација за долгорочна нега. За овие организации прашањето за обемот и перспективата и интеграцијата на стратегијата е

многу поедноставно. На крајот, стратегиското одлучување за здравствените организации е одговорност од највисокото раководство. Главниот извршен директор е стратегиски менаџер со прееминентна одговорност за позиционирање на организацијата за иднината. Лидерот мора да биде способен да инспирира, да организира и да спроведува ефикасна потрага по визија и да ја одржува дури и кога се потребни жртви. (39) Како резултат на тоа, лидерот мора да има способност да идентификува што треба да се направи денес, а што може да почека. Тие постојано одредуваат приоритети; свесни дека војните се губат со премногу фронтови. Тие ги знаат клучните пораки за комуницирање од ден на ден, од публика до публика (Zahra and Chaples, 1998). Ако извршниот директор не го разбира целосно или ако не го поддржува верно стратегискиот менаџмент, тој нема да се случи.

Во минатото, развојот на стратегијата беше првенствено кадровска активност. Персоналот за планирање ќе ја креираше стратегијата и ќе го доставеше на одобрување до највисокото раководство. Овој процес резултираше со планови кои честопати беа нереални, не ги земаа целосно предвид реалноста и ресурсите на одделите или одделенијата и го одвојуваа планирањето од раководството. Во текот на изминатите две децении, многу големи формални служби за планирање се распуштија, бидејќи организациите дознаа дека развојот на стратегијата не може да се одвива во релативна изолација. Затоа, развојот на стратегијата стана одговорност на клучните менаџери. Координацијата и олеснувањето на стратегиското планирање обично може да се означат како одговорност на еден клучен менаџер (често извршен директор), но целиот лидерски тим е одговорен за развојот на стратегијата и за нејзиното управување. Образложението на овој пристап е дека никој не е повеќе во контакт со надворешното опкружување (регулатива, технологија, конкуренција, општествени промени и сл.) од менаџерите, кои секој ден мора да се справат со тоа и да доведат до промена. Раководниот тим мора да ја координира целокупната стратегија на организацијата и да го олесни стратегиското размислување низ целата организација. Како резултат на тоа, клучните врвни менаџери на организацијата делуваат како продолжување на извршниот директор за да обезбедат дека ќе се спроведе организиран и употребен процес на планирање, (Porter, 1980).

3.4 ОДНОС НА СТРАТЕГИСКИТЕ ПРОМЕНИ И ОРГАНИЗАЦИСКИОТ РАСТ НА ПАЗАРТЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Концептите на стратегиски менаџмент се применуваат во здравствените организации само во последните 30 до 35 години. Претходно, индивидуалните

здравствени организации имаа малку стимуланти за применување на стратегискиот менаџмент, бидејќи обично беа независни, самостојни, непрофитни институции и надоместокот на здравствените услуги беа врз база на трошок-плус. Во многу аспекти, здравствената заштита стана комплексен бизнис, користејќи многу од истите процеси и голем дел од истиот јазик, како и најсофистицираните деловни корпорации. Се разбира, во доцните 1980-ти и 1990-тите, здравствените организации имаа многу што да научат од стратегиски менаџираните бизниси. Како резултат на тоа, многу од методите за менаџмент усвоени од страна на здравствените организации, јавни и приватни, првично беа развиени во деловниот сектор.

Иако вредностите и практиките на профитните деловни претпријатија во приватниот сектор се застапувани како соодветен модел на управување со здравствените организации, се поставува легитимно прашање во врска со соодветноста на претпоставката дека деловните практики секогаш може да бидат релевантни за здравствената индустрија. Секако, не сите „големи идеи“ го испорачаа она што беше ветоено, дури и во деловното работење. Се истакнува дека (Cool and Dierickx 1993):

- Некои стратегиски алтернативи достапни за нездравствените организации можеби не се реални за многу здравствени организации.
- Здравствените организации имаат единствени култури кои влијаат врз стилот и учеството во стратегиското планирање.
- Здравствената заштита отсекогаш била предмет на значителна надворешна контрола.
- Општеството и неговите вредности поставуваат посебни барања за здравствените организации.

Сепак, стратегискиот менаџмент, особено кога е прилагоден на здравствената заштита, изгледа дека ги обезбедува потребните процеси за здравствените организации за да се справат со огромните промени што се случуваат. Со текот на времето овие деловни пристапи се повеќе се менуваат за да одговараат на единствените аспекти на здравствените организации.

- Стратегиски менаџмент наспроти планирање на здравствената политика

Во САД постои и продолжува да постои значително планирање (политика) на здравството. Напорите во планирањето на здравството се иницирани или од страна на државата или од локалната власт, а здравствените политики што произлегуваат од тоа се спроведуваат преку законодавството или преку приватни или невладини агенции.

Многу од овие напори за планирање се специфични за болести, односно, тоа се категорични пристапи насочени кон специфични здравствени проблеми (на пример, работата на Националната асоцијација за туберкулоза која го поттикна развојот на програми за превенција и третман на туберкулоза во државната и локалната власт).

Како резултат на тоа, се дизајнирани различни државни и федерални здравствени планирања или политички иницијативи за (David and Deerpouse,2000):

- (1) да го подобрат квалитетот на грижата и да ги намалат медицинските грешки;
- (2) да овозможат обезбедување или контрола на пристапот до грижата, и
- (3) да содржат трошоци.

Напорите за планирање на здравството не се стратегиски менаџмент. Здравственото планирање е спроведување на локалната, државната и федералната здравствена политика и влијае врз различни здравствени организации. Целта на *здравствената политика* е да обезбеди контекст за развој на здравствената инфраструктура како целина. Спротивно на тоа, стратегискиот менаџмент е карактеристичен за организацијата. Стратегискиот менаџмент им помага на поединечните организации да одговорат на државната и федералната политика и напорите за планирање, како и на разни други надворешни сили. Стратегискиот менаџмент, сепак, не треба да се смета како техника која ќе обезбеди „брзо подобрување“ за организација која има фундаментални проблеми. Брзите поправки за организациите се ретки, често пати се потребни години за успешно интегрирање на стратегискиот менаџмент во вредностите и културата на една организација. Ако стратегискиот менаџмент се смета за техника или трик, тој е осуден на пропаст. Слично на тоа, стратегискиот менаџмент не е само стратегиско планирање или годишно повлекување, каде што раководството на една организација се состанува да зборува за клучните прашања, само за да се врати во „бизнис како и обично“. Иако повлекувањето може да биде ефикасно во насока на пренасочување на управувањето и генерирање нови размислувања, стратегискиот менаџмент мора да биде усвоен како филозофија на раководење и управување со организацијата. Стратегискиот менаџмент не е процес на комплетирање на документацијата. Доколку стратегискиот менаџмент достигне точка во која станува едноставно процес на пополнување бескрајни формулари, исполнување рокови, цртање карти на пресвртници или промена на датумите на минатогодишните цели и планови, тоа не е стратегиски менаџмент. Ефикасниот стратегиски менаџмент бара малку „папирологија“. Тоа е став, а не низа документи. Слично на тоа, стратегискиот менаџмент не треба да се иницира само за да се задоволат барањата на регулаторното

тело или барањата на агенцијата за акредитирање за „план”. Во овие ситуации, нема обврска од страна на клучните лидери, од нив не се очекува учество во организацијата, а планот може или не мора да се спроведе (Galse, 2006). Стратегиското управување не е процес на едноставно проширување на тековните активности на организацијата во иднина. Не се базира само врз прогноза на сегашните трендови. Стратегиското управување се обидува да ги идентификува прашањата што ќе бидат важни во иднина. Стратегиските менаџери за здравствена заштита не треба едноставно да го поставуваат прашањето: „Како ќе ја обезбедиме оваа услуга во иднина?“ Наместо тоа, тие треба да поставуваат прашања како што се „Дали треба да ја обезбедиме оваа услуга во иднина?“ „Кои нови услуги ќе бидат потребни?“ „Кои услуги ги нудиме сега, а кои повеќе не се потребни?“

Методот Делфи е популарен, практичен и корисен пристап за анализа на податоците за опкружувањето. Методот Делфи може да се користи за да се идентификуваат и да се проучат тековните и новите трендови во секоја категорија на опкружувањето (технолошки, социјални/демографски, економски и сл.). Поспецифично, методот Делфи е развој, евалуација и синтеза на поединечни гледни точки преку систематско барање и споредување на индивидуалните проценки за одредена тема. Во првиот круг, на поединците им се поставуваат прашања за нивното мислење во врска со избраната тема. Мислењата се сумираат и потоа им се враќаат назад на учесниците за развивање на нови проценки во врска со темата. По неколку круга на барање и резимирање, се формулира синтеза на мислење. Традиционалниот метод Делфи претрпе големи промени во контекст на анализа на опкружувањето. Најистакнатите карактеристики на ревидираниот метод Делфи се: да ги идентификува признаените стручњаци од областа на интерес; да бараат соработка и да им испраќаат резимеа (врз основа на пребарана литература); и да спроведува лични интервјуа со секој стручњак врз основа на структуриран прашалник, Корпорација (RAND, 1960).

За разлика од традиционалните методи на Делфи, нема дополнителни повратни информации или повторени кругови на испитување. Главната предност е што е полесно да се регрутираат признати стручњаци, бидејќи тие не треба да посветат толку многу од своето време. Методот Делфи е особено корисен кога здравствените работници сакаат да разберат специфичен проблем за опкружувањето. На пример, студијата Делфи била дизајнирана да ја дефинира улогата и одговорностите на специјалисти за спортска медицина во Обединетото Кралство. Прашалникот бил испратен до случаен примерок од 300 членови на Британската асоцијација за спорт и медицина на вежбање. Првичниот

прашалник содржел 300 атрибути и им дозволувал на учесниците да ги модификуваат своите одговори врз основа на повратните информации од другите учесници. Студијата беше препознаена како прв систематски обид за дефинирање на улогата и одговорностите на специјалистот за спортска медицина и заклучи дека спортската медицина е развиена специјалност во Обединетото Кралство. Неодамна, методите и експертите од други дисциплини се применуваат на прашањата поврзани со здравствената заштита, како што е прогнозирањето на заразни болести.

Техника на номинална група, бреинсторминг (brainstorming) и фокус-групи. Техниката на номинална група (NGT), бреинсторминг и фокус-групи се интерактивни техники за групна идентификација и решавање проблеми. Во техниката на номинална група, се свикнува група за да се реши проблемот, како што е влијанието на консолидацијата во здравствената индустрија или влијанието на стареењето на населението во болничките установи. Секој поединец независно генерира писмена листа на идеи во однос на прашањето. По периодот на генерирање идеи, членовите на групата еден по еден ги кажуваат своите идеи на групата. Типично, секоја нова идеја се запишува на голема табла за сите да ги разгледаат. Членовите се охрабруваат да ги надградат идеите на другите во групата. Откако ќе се наведат сите идеи, групата дискутира за нив. По дискусијата членовите гласаат тајно или ги рангираат идеите. По гласањето, продолжува понатамошната дискусија и групното генерирање идеи. Типично, дополнителното гласање продолжува додека не се постигне разумен консензус. (Bryce and Dyer, 2007).

Бреинсторминг група се свикнува со цел да се разбере проблемот, да се процени влијанието на одредено прашање врз организацијата, или да се генерираат стратешки алтернативи. Во овој процес, членовите презентираат идеи и им е дозволено да ги разјаснат со кратки објаснувања. Секоја идеја се снима, но евалуација обично не е дозволена. Намерата на бреинсторминг е да генерира нови идеи или нови начини на размислување. Членовите се охрабруваат да ги презентираат сите идеи што им се појавуваат, дури и очигледно ризични или невозможни идеи. Таквиот процес често ја стимулира креативноста и предизвикува нови пристапи кои не се толку ризични, луди или невозможни како прва мисла.

Техниката на номинална група (NGT) и бреинсторминг може да се користат за да се разбере и да се одговори на зголемената конкуренција за амбулантска хирургија. Центарот за амбулантска хирургија е брзорастечки тренд, а болниците се многу загрижени за влијанието што овој раст би можело да го има врз нивниот краен резултат.

Во 1980 година, на пример, само 15 проценти од сите операции беа извршени на амбулантска основа. Денес, повеќе од 75 проценти се амбулантни. Болничките операции кој бараат едnodневен или подолг престој сега претставуваат само околу 18 до 20 проценти од профитот на болничката хирургија, а процентот се намалува секоја година. Најпопуларните амбулантски области се гастроентерологијата, ортопедијата, гинекологијата, офталмологијата, како и педијатрија, ЕНТ и општата хирургија. Сепак, сè повеќе постојат знаци дека следни можат да бидат ангиопластиката, периферната васкуларна хирургија и нискоризичните коронарни интервенции, како што се пејсмејкерите и срцевите дефибрилатори. Овие промени и изгледите за уште поголеми промени нудат можност за менаџерите во болниците да вработат бреинсторминг групи за планирање за иднината. Некои од главните неизвесности кои можат да се решат од страна на групите го вклучуваат. Бреинсторм групите би можеле да обезбедат сериозни увиди за тоа како сакаат лекарите да продолжат да ги извршуваат своите процедури во болниците и да се одвратат од инвестиции во амбулантски објекти кои би можеле да обезбедат 25 отсто враќање на вложениот капитал. Покрај тоа, амбулантските операции се полесни за лекарите да планираат без влошување на споделувањето на оперативните простории со болничките служби и службите за итни случаи. Бреинсторм групите, исто така, би можеле да се искористат за проекција на идната насока на болничкото надоместување. Иако двата фактори претставуваат голема неизвесност, информираните групи би можеле да бидат многу корисни во подготовките за поконкурентна здравствена заштита.

Слично како и процесот на бреинсторминг, фокус-групите опфаќаат 10 до 15 клучни поединци за развој, проценка и донесување заклучоци во врска со прашањата поврзани со опкружувањето. Фокус-групите даваат можност менаџментот да разговара за особено важни организациски прашања со квалификувани лица. Болниците и големите групни практики користеа фокус-групи на пациенти за подобро разбирање на перцепираните јаки и слаби страни на организацијата од гледиште на пациентот. На пример, Џонс Хопкинс размислувал за воспоставување интегриран систем за испорака под едно кровно име. Фокус-групите од лекари, сегашни и минати пациенти, не-пациенти и други, ги убедија да ги променат плановите. Фокус-групите можат да обезбедат нови сознанија за разбирање на проблемите и да предложат нови алтернативи за нивно решавање, (Норкунс, 1995).

Дијалектичкото испитување е аргументација на "точка и контрапункт". Германскиот филозоф од 19 век, Хегел, сугерирал дека најсигурниот пат до вистината е

употребата на дијалектичкиот процес - интелектуална размена во која тезата е спротивставена на антитеза. Според овој принцип, вистината произлегува од потрагата по синтеза на очигледно контрадикторни ставови.

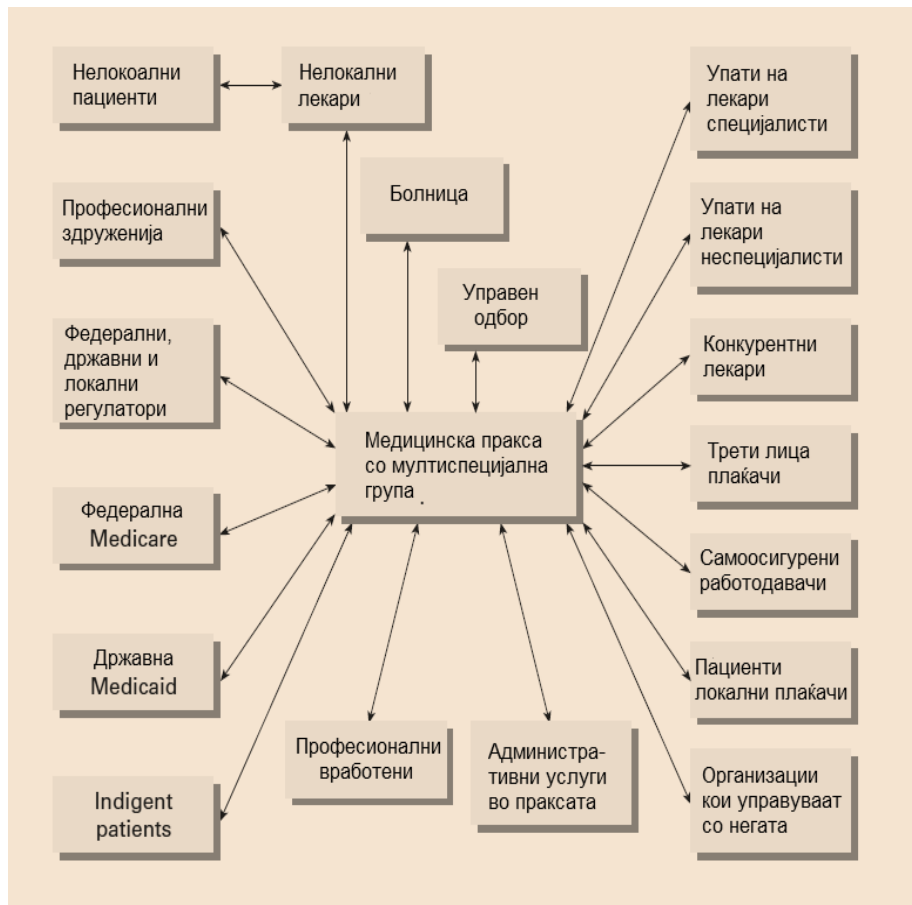
Поконкретно, во анализата на опкружувањето, дијалектичкото испитување е развој, евалуација и синтеза на конфликтни точки на гледање (прашања на опкружувањето) преку посебна формулација и рафинирање на секоја точка на гледање. На пример, една група може да тврди дека трошоците за здравствена заштита ќе се намалуваат помеѓу 2014 и 2020 година поради Законот за заштита на пациентите и Законот за одговорна грижа. Друга група може да претстави случај дека трендот на зголемување на трошоците за здравствена заштита ќе продолжи (антитеза) поради неуспехот на болницата, високата цена на новата технологија, недостатокот на даватели на примарна здравствена заштита и така натаму. Дебатата за ова прашање ќе ги открие главните фактори кои влијаат на трошоците за здравствена заштита и импликациите за иднината. Секој давател на здравствена заштита може да ја искористи оваа техника со назначување групи за дебата за одредени надворешни прашања. Групите прават презентации и расправаат за конфликтни гледишта за опкружувањето. По дебатата, групите се обидуваат да формираат синтеза на идеи во врска со веројатната иднина. *Анализата на засегнатите страни* се заснова на верувањето дека постои реципрочна врска помеѓу една организација и одредени други организации, групи и поединци. Тие се наведени како засегнати страни: односно, организации, групи и поединци кои имаат интерес или ”удел” во успехот на организацијата. Примери за можни засегнати страни во здравствената заштита, прикажани како ”карта на засегнатите страни”, се прикажани во Слика 3.7. Засегнатите страни може да се категоризираат како внатрешни, посредни и надворешни. Внатрешни засегнати страни се оние кои работат првенствено во границите на организацијата, како што се раководителите и другите вработени. Посредните засегнати страни се оние кои функционираат и внатрешно и надворешно, како што се медицинскиот персонал и корпоративните службеници на матичната компанија. Надворешни засегнати страни работат надвор од организацијата и вклучуваат такви субјекти како снабдувачи, плаќачи на трети лица, конкуренти, регулаторни агенции, медиуми, локалната заедница, итн., (Alexander, 2000). Таквите засегнати страни се нарекуваат ”организациски екосистем” - организации кои влијаат и се засегнати од создавањето и испораката на производот или услугата на организацијата. Дел од анализата на засегнатите страни е систематски да ги идентификува организациите со кои нивната иднина е најтесно испреплетена и да ги утврди зависностите кои се најкритични.

Некои од овие засегнати страни се речиси секогаш моќни или влијателни. Други се влијателни само во однос на одредени прашања. Сепак, другите имаат малку влијание или моќ. Доколку засегнатите страни можат да се идентификуваат и да се оценат, тогаш ”силите” што влијаат врз организацијата може да се определат. Потребите и желбите на овие составни единици може драматично да влијаат врз стратегијата на една организација. Обично, менаџерите имаат тенденција да го фокусираат вниманието на познати, истакнати или моќни засегнати страни за да помогнат во заштитата на постоечките конкурентни предности.

Сепак, постои сè поголем доказ дека и ”маргиналните” засегнати страни се важни, особено за развој на нови начини на размислување. Стјуарт Харт (Hart) и Санџај Шарма (Hart, Sharma, 2003) сугерираат дека „знаењето кое е потребно за да се создаде конкурентна имагинација и да се управува со дисторзивните промени сè повеќе лежи надвор од организацијата, на периферијата” на воспоставената мрежа на засегнати страни на организацијата. Затоа, стратегиските мислителите мора да бидат отворени за маргиналните идеи и нетрадиционалното размислување развиено од страна на маргиналните играчи. Во почетокот, овие засегнати страни може да изгледаат како сиромашни, слаби, изолирани, нелегитимни или радикални. (Hart, Sharma, 2003). Во реалноста, тие можат да бидат силни испорачатели на промени.

Популарноста на анализата на сценаријата во голема мера се должи на неможноста на други, потрајни квантитативни методи за прогнозирање за да се предвидат и инкорпорираат големи промени во опкружувањето и да се обезбеди контекст за стратегиско размислување. Сценаријата ја избегнуваат потребата за предвидувања од една точка, овозможувајќи им на корисниците да истражуваат неколку алтернативни иднини. Анализата на сценарија е алтернатива на конвенционалното предвидување кое е подобро прилагодено за средина со бројни неизвесности или непроменливи - каде што не постои карта.

Слика 3.7 Карта на голема мултиспецијална група



Извор: Center for Medicare & Medicaid Services, <http://www.cms.gov> (accessed June 23, 2012).

Сценарио е кохерентна приказна за иднината, користејќи го денешниот свет како почетна точка. Врз основа на податоците акумулирани во процесите на скенирање и следење, се развива сценарио или наратив што ја опишува претпоставената иднина. Целта на сценаријата и идните студии е да се опише временска точка во иднина како низа временски рамки или временски периоди. Пишувањето сценарио честопати бара великодушни претпоставки. Неколку насоки укажуваат на тоа што да се вклучи во сценариото. Во повеќето случаи треба да се наведат неколку веродостојни сценарија. Премногу честа грешка е која се прави е да се замисли само едно сценарио како „вистинска слика за иднината”. Повеќето органи на власт се залагаат за развој на повеќе сценарија. Сепак, за да се избегне носителите на одлуки да се фокусираат само на ”најверојатното” или ”највозможното” сценарио, секое сценарио треба да добие посебно тематско име, така што сите ќе изгледаат подеднакво веројатни.

Повеќекратните сценарија овозможуваат иднината да биде претставена со различни причинско-последични односи, различни клучни настани и нивните последици,

различни променливи и различни претпоставки. Клучното прашање е: „Ако овој настан во опкружувањето се случи (или не се случи), каков ќе биде ефектот врз организацијата?“ Користењето повеќекратни сценарија беше особено корисно бидејќи организациите го земаа веројатното влијание на легислативата за реформа на здравствената заштита врз нивните организации.

Целта на анализата на општите опкружувања и опкружувањата на здравствените заштити е да се идентификуваат и да се разберат значајните промени во надворешното опкружување. Сл. 3.8 го сумира примарниот фокус, предностите и недостатоците на секоја рамка за стратешко размислување. Приодот избран за оценување на општите опкружувања и опкружувањата на здравствените заштити ќе зависи од фактори како што се големината на организацијата, разновидноста на производите и услугите, и сложеноста и големината на пазарите (области на услуги). Организации кои се релативно мали, немаат многу разновидност и имаат добро дефинирани области на услуги, може да се одлучат за едноставна рамка за стратешко размислување што може да се спроведува интерно, како што се идентификација и екстраполација на трендови, интерна техника на номинална група или бреинсторминг, или анализа на засегнатите страни. Таквите организации може да вклучуваат независни болници, здравствени установи, рурални и општи болници, големи групни практики, установи за долгорочна нега, хосписи и општински одделенија за јавно здравје. Здравствените организации кои се големи, имаат различни производи и услуги, и имаат лошо дефинирани области на услуги, може да сакаат да користат рамка на стратешко размислување која се базира на знаењето на широк спектар на стручни лица. Како резултат на тоа, кај овие организации е поголема веројатноста да се постават Делфи панели и надворешни номинални групи или бреинсторм сесии. Покрај тоа, овие организации можат да имаат ресурси да спроведат дијалектика во врска со прашањата за опкружувањето и да се вклучат во пишување сценарио.

Таквите пристапи вобичаено бараат повеќе време, прилично се скапи и бараат обемна координација. Организациите кои ги користат овие методи можат да вклучуваат национални и регионални профитни синцири за здравствена заштита, регионални системи за здравствена заштита, големи федерации и сојузи, и државни јавни здравствени служби.

Слика 3.8 Примарен фокус, предности и недостатоци на техниките на опкружувањето

Техника	Примарен фокус	Предности	Недостатоци
Едноставна идентификација и екстраполација на тренд	Скенирање Следење Прогнозирање Оценување	Едноставна Логична Лесна за комуникација	Потребни се многу податоци. Ограничена на постоечки трендови Не може да поттикне креативно размислување
Метод Делфи	Скенирање Следење Прогнозирање Оценување	Употреба на стручњаци на терен Ги избегнува проблемите со заплашување Елиминира предрасуди на менаџментот	Членовите се физички дисперзирани Нема директна интеракција меѓу учесниците Може да потрае подолго време додека заврши
Техника на номинална група	Скенирање Следење Прогнозирање Оценување	Сите имаат ист статус и овластувања Широко учество Обезбедува репрезентација Елиминира предрасуди на менаџментот	Структурата може да ја ограничи креативноста Одзема време
Бреинсторминг	Прогнозирање Оценување	Ја поттикнува креативноста Развива многу идеи, алтернативи Поттикнува комуникација	Не постои процес за носење одлуки Понекогаш излегува од патот
Фокус-групи	Прогнозирање Оценување	Користи стручњаци Интеракција менаџмент/стручњаци Нови гледишта	Наоѓање стручни Нема конкретна структура за носење заклучоци
Дијалектичко испитување	Прогнозирање Оценување	Покрива многу потпрашања и фактори Се постигнуваат заклучоци за прашањата Се базира врз анализа	Не обезбедува множество процедури за одлучување што е важно Зема во предвид само по еден проблем Одзема време
Анализа на засегнати страни	Скенирање Следење	Зема во предвид големи независни групи и поединци Обезбедува да бидат земени во предвид големи потреби и желби на надворешните организации	Новите прашања кои се генерирани од други организации може да не бидат земени во предвид Не ги зема во предвид поопширните прашања од општото опкружување
Пишување сценарио	Прогнозирање Оценување	Портретира алтернативни иднини Зема во предвид интерно важни надворешни променливи Дава целосна слика за иднината	Бара великодушни претпоставки Секогаш постои прашање што да се вклучи Тешко за пишување

Извор: Center for Medicare & Medicaid Services, <http://www.cms.gov> (accessed June 23, 2013).

Конечно, рамката за стратегиско размислување избрана за анализа на опкружувањето може да зависи првенствено од стилот и претпочитањата на управата. Доколку се користи правилно, било која од рамките може да биде моќна алатка за идентификување,

следење, прогнозирање и оценка на прашањата во општото опкружување и опкружувањето на здравствената заштита.

Стратегискиот план делумно се базира на анализа на надворешното опкружување. Првично, оваа анализа ги обезбедува основните верувања или претпоставки што ги има менаџментот во врска со разни прашања во надворешната средина. Откако стратегиското управување ќе се усвои како оперативна филозофија на управување, стратегиското размислување, стратегиското планирање и управувањето со стратегискиот моментум бара честа потврда на стратегиските претпоставки за да се утврди дали се промениле прашањата во надворешното опкружување и до кој степен. Продолженото стратегиско размислување е од витално значење за одржување на стратегискиот моментум.

Картата за стратегиско размислување претставена во Слика 3.9 обезбедува серија прашања дизајнирани да детектираат сигнали за нови перспективи во врска со овие претпоставки. Прашањата ги испитуваат менаџерското разбирање за надворешното опкружување и ефикасноста на стратегијата. Одборот на директори, стратегиските менаџери или други може да ги искористат овие прашања како почетна точка за да ги исполнат претпоставките кои се во основата на стратегијата. Ваквите прашања за стратегиско размислување може да укажат на појава на нови надворешни можности или закани кои ќе влијаат на организацијата и може да сугерираат области каде што ќе бидат потребни дополнителни информации за идните напори за планирање. Тековни, точни информации може да значат опстанок за многу здравствени организации. Прашањата во врска со надворешното опкружување може да покажат дека групната практика многу малку знае за ставовите на нејзините главни составни делови (засегнати страни) или за постоењето на нови технологии или социјални трендови. Потврдувањето (или поништувањето) на стратегиските претпоставки повторно го поттикнува стратегиското размислување и обезбедува основа за истражување дали да се промени стратегијата.

Менаџерите на здравствената заштита мора да бидат способни да ги разберат и да ги анализираат општите опкружувања и опкружувањата на индустријата на здравствената заштита. За да бидат успешни, организациите мора да бидат ефективно позиционирани во рамките на нивното опкружување.

Организациите кои се вклучени во распределбата на капиталот, кои доживуваат неочекувани промени во животната средина или изненадувања од различни видовинадворешни сили, кои се соочуваат со зголемена конкуренција, стануваат сè повеќе ориентирани кон маркетингот или се соочуваат со незадоволство од нивните

сегашни резултати од планирањето, треба да се вклучат во анализата на опкружувањето. Целта на анализата на опкружувањето е да се класифицираат и да се организираат општите прашања и промени, и прашањата и промените на здравствената индустрија генерирани надвор од организацијата. Во процесот, организацијата се обидува да открие и да ги анализира тековните, новите и најверојатните идни прашања. Собраните информации се користат за внатрешна анализа, развој на визијата и мисијата и формулација на стратегијата за организацијата.

Покрај тоа, процесот треба да поттикне стратегиско размислување низ целата организација. Иако придобивките од анализата на опкружувањето се јасни, постојат неколку ограничувања. Анализата на опкружувањето не може да ја предвиди иднината, ниту пак менаџерите се надеваат дека ќе ги откријат сите промени. Освен тоа, потребните информации можеби ќе биде невозможно да се добијат или тешко ќе се интерпретираат, или организацијата нема да може да одговори доволно брзо. Најзначајните ограничувања можат да бидат претпоставените верувања на менаџерите за опкружувањето. Надворешното опкружување вклучува организации и поединци во општото опкружување (владини институции и агенции, деловни компании, образовни институции, истражувачки организации и фондации, како и поединци и потрошувачи), како и организации и поединци во опкружувањето на здравствената заштита (организациите кои регулираат, примарните даватели на услуги, секундарните даватели на услуги, организации кои ги претставуваат давателите на услуги и поединци и пациенти). Организациите и поединците во општото опкружување и опкружувањето на здравствената заштита создаваат промени кои можат да бидат важни за здравствените организации. Типично, таквата промена се класифицира како законодавна/политичка, економска, социјална/демографска, технолошка или конкурентна. Таквиот систем на класификација помага во собирање информации во врска со прашањата и во одредувањето на нивното влијание. Изворите за прашања поврзани со опкружувањето се наоѓаат внатре и надвор од организацијата и се директни, како и индиректни.

Чекорите во анализата на опкружувањето вклучуваат скенирање за да се идентификуваат сигналите за промена на опкружувањето, следење на идентификуваните проблеми, прогнозирање на идната насока на прашања и проценка на организациските импликации. Скенирањето е процес на гледање и организирање на надворешни информации во обид да се откријат релевантни прашања кои ќе влијаат на организацијата.

Слика 3.9 Прашања на стратегиското размислување за потврда на стратегиските претпоставки

- Дали перформансите на организацијата биле негативно засегнати од неочекувани или нови трендови или проблеми во општото опкружување?
- Дали перформансите на организацијата биле негативно засегнати од неочекувани или нови трендови или проблеми во опкружувањето на здравствената заштита?
- Дали се појавија нови можности како резултат на новите трендови, прашања или настани во надворешното опкружување?
- Дали стратегијата е прифатлива за главните засегнати страни?
- Дали има нови технолошки достигнувања кои ќе влијаат врз организацијата?
- Дали имало социјални или демографски промени кои влијаат на пазарот или стратегијата? Промени во етничкиот микс? Јазични бариери? Семејна структура?
- Дали се измени законодавното / политичкото опкружување?
- Дали постојат нови, локални, државни или федерални регулативи или закони кои се воведуваат, расправаат или прифаќаат, што ќе влијае на работењето или на ефикасноста?
- Дали има нови економски проблеми?
- Дали новите конкуренти надвор од индустријата сметаат дека влегуваат или всушност влегуваат во области поврзани со здравството?
- Дали стратегијата е предмет на одговор на владата?
- Дали стратегијата е во согласност со моралните и етичките кодекси на однесување на општеството?

Извор: Адаптирано од Beaufort B. Longest Jr., (1990), *Management Practices for the Health Professional*, 4th edn, Norwalk, CT.

Следењето е процес на барање дополнителни информации за да се потврди или да се оспори проблемот (тренд, развој, дилема или веројатност за настанување на некој настан). Прогнозирањето е процес на проширување на прашањата, идентификување на нивните меѓусебни односи и развивање алтернативни проекции. Конечно, оценувањето е процес на оценување на значењето на прашањата. Информациите добиени од надворешната анализа на опкружувањето влијаат врз внатрешната анализа, развојот на визијата и мисијата и формулирањето на стратегијата за организацијата.

Постојат неколку рамки за стратешко размислување за спроведување скенирање, следење, прогнозирање и оценување на процесите. Овие методи вклучуваат едноставна идентификација и проширување на прашањата, покана на стручно мислење, дијалектичко истражување, анализа на засегнатите страни и пишување сценарија. Конечно, како дел од раководењето со стратегискиот импулс, периодично треба да се изврши евалуација на стратешките претпоставки (надворешни прашања).

ГЛАВА IV

МЕТОДИ И ПРИСТАПИ НА ОРГАНИЗАЦИСКИ ПРОМЕНИ

4.1 Методи и пристапи кои водат кон промени

- 4.1.1 Рационализација
- 4.1.2 Реорганизација
- 4.1.3 Реструктурирање
- 4.1.4 Реинжењеринг

4.2 Бенчмаркинг

- 4.2.1 Со кого да се споредува?
- 4.2.2 Примена на Бенчмаркинг
- 4.2.3 Употреба на Бенчмаркинг

4.3 Процена и мерење на перформансите

- 4.3.1 Менаџмент на перформанси
- 4.3.2 Индикатори за мерење
- 4.3.3 SWOT анализа
- 4.3.4 Квалитет на здравствена заштита
 - 4.3.4.1 Потреба од квалитетот на здравствена заштита
 - 4.3.4.2 Примена на квалитетот на здравствена заштита

4.4 Пристапи во здравствената заштита

- 4.4.1 Дали можеме за истите средства да добиеме поголема вредност?
- 4.4.2 Дали можеме со промена на постапката да добиеме иста корист со помалку средства?

ГЛАВА IV МЕТОДИ И ПРИСТАПИ НА ОРГАНИЗАЦИСКИ ПРОМЕНИ

4.1. МЕТОДИ И ПРИСТАПИ КОИ ВОДАТ КОН ПРОМЕНИ ВО ОРГАНИЗАЦИИТЕ ЗА ПОДОБРА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Промена е збор кој денес се слуша на секое место и во различни околности. Се употребува кај промена на местата, на мислењата, ставовите, вредностите, па и кај организационите промени. Таа отсекогаш била и сèуште е важен дел од животот. Треба да се истакне дека потреба од промена секогаш постои, но секогаш само за промена кон подобро.

Промените во организациите/установите секогаш зависат од два фактора (Barnitt, 1993): Фактори од надворешноопкружување – во врска со способноста на организацијата да ја оствари *надворешната мисија – задоволување на барањата и потребите на населението за здравствена заштита.* Фактори од внатрешното опкружување – во врска со исполнувањето на *внатрешната мисија- развој на установите.*

Треба да се нагласи дека потребите за промени се неопходни, посебно промените кои водат кон подобро, но често доведуваат до непријатни, болни ситуации, особено ако бараат радикално реструктурирање.

Методи и пристапи кои водат кон промена на работата во организациите/установите-постојат различни методолошки пристапи во рамките на организацијата кои водат кон промени, трансформација, реорганизација и реинженеринг. Промените во организациите можат да бидат (Micovic, 2008):

- промени во структурата (изработка на нов план, нацрт итн.);
- промени во технологијата (нова опрема, нови работни операции);
- промени во луѓето (вештини и ставови).

4.1.1 Рационализација

Рационализацијата е процес на локација на постоечките ресурси меѓу потенцијалните корисници. Во системот на слободен пазар, цената е механизам за алокација и рационализација на ресурсите. Во регулираните економии, рационализацијата се постигнува по пат на различни механизми, како на пример, врз основа на принципот – кој прв стигне, тој прв добива. *Рационализацијата во*

здравствената заштита е еден видалокација на средствата на здравствената заштита, било да се работи за мали средства, било да се работи за намалување на големите трошоци. Здравствената заштита може да биде имплицитно или експлицитно рационализирана. Имплицитната рационализација се однесува на ситуациите во кои здравствената заштита е алоцирана врз основа на недефинирани принципи или механизми на пазарот. Експлицитната рационализација се однесува на ситуациите во кои здравствената заштита е алоцирана врз основа на воспоставени принципи. Се смета дека здравствената заштита во САД е повеќе имплицитно отколку експлицитно рационализирана. Во модерниот свет рационализацијата се врши секогаш и на сите нивоа од животот, од човечките тела, преку потрошувачката (храна, лекови), по пат на комерцијализација, дури до рационалниот авторитет кој е неопходен.

4.1.2 Реорганизација

Реорганизацијата претставува стратешки прифатлив, најнормален и најчест облик на промена во една организација. При реорганизација, како и при другите пристапи на организационите промени, секогаш треба да се имаат предвид тешкотиите во тој процес, кој најдобро ги опишал Курт Левин (Kotler, Philip, 2001): „Ако сакаш да ја дознаеш организацијата, обиди се да ја промениш”. Реорганизација значи повторно нешто да организираш, односно да извршиш неопходни промени во постоечката организација. Најчеста реорганизација на една компанија, се врши тогаш кога повеќе пати се појавуваат некои проблеми (посебно финансиски) што ја смалуваат вредноста и значењето на организацијата, па е неопходно да се унапреди работата, дури и ако е потребно повторно да се организира работата од почеток. Реформите во здравствениот систем, здравствената заштита, обично се следени со реорганизација на целиот здравствен систем или еден негов дел, на здравствените служби или на начинот на финансирање на здравствената заштита.

4.1.3. Реструктурирање

Реструктурирањето претставува корпоративен менаџерски термин за прераспделувањето на ресурсите со кои располага организацијата со цел да се зголеми ефикасноста при функционирањето и профитабилноста. Реструктурирањето најчесто се

врши во организации кои што лошо функционираат или кога станува збор за преземање на организацијата од страна на некоја друга организација.

Двете главни карактеристики претставуваат *затворање на деловите од организацијата кои не се профитабилни* со што би се поправила финансиската ситуација; и *намалување на работната сила* проследена со соодветни барања за зголемување на стручноста и вештините. Другите карактеристики на реструктурирањето (Roemer, 1991) подразбираат: промена на менаџерот на корпорацијата, затворање на непотребните оддели, реорганизација на функциите, како и рефинансирање на долгот.

4.1.4. Реинженеринг

Реинженерингот може да се дефинира како фундаментално преиспитување и радикално редизајнирање на работните процеси за да се постигне драматично подобрување во клучните мерила на перформансите, како што се трошоците, квалитетот на услугите и брзината (Evan, William G., 1993). Заради унапредување на работата, на функционирањето и на перформансите, реинженерингот започнал да се применува кон крајот на XX-от век. Така, на пример, во болницата Кингстон (Cosgrove D.M. 80th) во Лондон, 1991 година, со цел унапредување на ефикасноста и ефективноста на работата на болницата, направено е следново (Porter. Michael E. 1947):

- Направен е Бизнис план;
- Составен е Инвестиционен елаборат;
- Одреден е експертски консултантски тим;
- Формиран е реинженеринг тим во болницата;
- Предложен е висок степен на самостојност во работата, но и одговорноста, и
- Во центарот на внимание се ставени пациентите, односно, подобрата грижа за нив.

4.2 БЕНЧМАРКИНГ

Бенчмаркинг (benchmarking, Шуклев, Б.2006) е споредување на организацијата или делови од службата со друга организација или служба. Бенчмаркинг (Benchmarking) претставува *континуиран процес на мерење (на производите, услугите и праксата) и споредување со праксата со другите, најчесто најдобрите.* Факултетот за народно здравје во Бостон смета дека „Benchmarking-от е техника за учење од другите

успешни каде еден тим се обидува да направи напредок”(Tasic,2002). Вежбите за Бенчмаркинг може да вклучат или цела организација, или дел од неа, но секогаш бараат вклучување на повеќе од една организација. Намерата е да ги споредуваат сопствените операции наспроти конкурентите и да генерира нов склоп на идеи со кои би се подобриле процесите, сите под знакот на веројатноста. Бенчмаркингот треба да продуцира пристапи кои ќе водат кон намалување на трошоците, зголемување на профитот, зголемување на задоволството кај клиентите, со начелото за зајакнување на лојалноста. Бенчмаркингот, едноставно кажано, е иницијатива за квалитетно работење кое на долг рок би дало одлични резултати (Petty, 1998). Првенствено, мора да бидат назначени ентузијастите, односно “шампионите”, овозможувајќи им доволно овластувања и ресурси за да се изберат вистинските луѓе- на пример, менаџерите кои се директно вклучени во резултатите. Важно е да се обезбеди ефективна координација и комуникација на информациите обезбедени од партнерите за бенчмаркинг, вклучувајќи обезбедување на реципрочни информации. Меѓудругото, важно е одговорните да се концентрираат кон набљудување, опишување и толкување на процесите од конкурентите. Од друга страна, нужно е да не става фокусот премногу на она што во моментот се прави. Бенчмаркинг нуди можност да ги идентификува потенцијалните идни практики и иновативни откритија. Сепак, не смее да се игнорираат организациските разлики и нивното влијание врз компаративните перформанси, како и непреносливите елементи, како што се вештините на вработените, знаењето и организационата структура. Паметно е да се избегнува дефанзивноста во врска со какви било негативни прашања откриени од процесот. Целта на бенчмаркинг е да се зајакне и да се постигне подобрување, а не да се обвини (Fifer, 1989). Може да се користат неколку различни видови Бенчмаркинг (Boxwell, Robert , 1994):

- **Внатрешниот бенчмаркинг** споредува една оперативна единица или функција со друга во рамките на истата индустрија.
- **Функционални бенчмаркинг** (исто така познат како оперативен или генерички бенчмаркинг) ги споредува внатрешните функции со оние на најдобрите надворешни практичари, без оглед на областа во која работат.
- **Конкурентното бенчмаркинг** собира информации за директни конкуренти преку соодветни техники.

- **Стратешките бенчмаркинг** е еден вид конкурентска компатибилност насочена конкретно на стратешките акции и организациските промени.

Развојот на бенчмаркинг е најтесно поврзан со Хегох, кој ја вовеле практиката во 1983 година. Програмите за бенчмаркинг опфаќаат четири чекори:

- Идентификација и / или калибрација на јазот во изведбата
- Појаснување на стратешкото влијание на реперниот процес
- Идентификација и имплементација на подобрувања во процесот или стратешки промени
- Одржување на стимул за континуирано подобрување.

Бенчмаркинг може да им помогне на организациите да покажат дека: целите на успешност може да се постигнат, забрзување и управување со промените, како и да се овозможи подобрување на процесот. Исто така, може да им помогне да го задржат фокусот на надворешното опкружување и да генерираат разбирање за перформансите од висока класа. Прашања кои треба да се разгледаат при спроведувањето на бенчмаркинг се:

- Кои активности или процеси ќе ги мериме?
- Можеме ли да идентификуваме соодветен партнер со најдобри стандарди во класата?
- Како ќе ги надминеме проблемите со доверливоста?

Доколку навистина сака да ги унапреди и подобри своите перформанси, организацијата треба да се запраша:

- Зошто другите работат подобро?
- Како другите работат подобро?
- Што можеме да научиме?
- Како можеме да ги достигнеме?
- Како можеме да станеме најдобри во нашиот сектор?

За да може да се изврши овој процес на споредување, потребна е адекватна база на податоци која треба да овозможи да (Evan, William, 1993):

- Се идентификува процесот или активноста;
- Се одредат финансиските и нефинансиските мерки на процесот;

- Се избераат организациите со кои ќе се врши споредувањето;
- Се измерат разликите во перформансите;
- Се направи програма за намалување на разликите, и
- Да се примени програмата.

4.2.1. Со кого да се споредува?

Првото прашање на кое треба да се одговори е *со кого може да се спореди нашата организација?* Очигледно е дека има доста организации кои во своите земји немаат „конкуренија“, тогаш треба да се бараат вистинските организации со кои ќе се врши споредбата. Според тоа, организациите со кои може да се изврши споредбата може да бидат (Varnum, H., 1993):

- ✓ организации кои во своите земји создаваат ист производ и даваат исти услуги;
- ✓ организации кои во своите земји имаат слични производи и даваат слични услуги;
- ✓ исти или слични организации во другите земји;
- ✓ организации кои овозможуваат индиректно слични производи и услуги и
- ✓ други организации кои работат успешно.

4.2.2 Примена на бенчмаркинг

Бенчмаркингот е најмногу корисен кога се прави обид да се развие опција за некое решение. Според тоа може да се дојде до потешкотии во создавањето нови идеи, затоа што луѓето често не знаат што другите работат.

Бенчмаркингот *може да се употреби* за да се спореди производ, услуга и процес, односно перформанси:

- една со друга организација што се смета за лидер во својата област;
- отсек или одделение на една организација со отсек или одделение на друга организација што се смета за лидер во својата област;
- покрај ова Бенчмаркингот може да се употреби на еден здравствен систем со друг, на спроведените реформи и нивните перформанси.

4.2.3 Употреба на Бенчмаркинг

Имајќи предвид дека benchmarking е процес кој трае долго, потребно е:

- да се идентификуваат некои други видови, групи, организации или установи кои можат да послужат за споредување и кои добро работат;
- да се посетат тие места и да се разговара со менаџерите и работниците, да се прашаат што работат, дали имаат слични проблеми, што направиле во врска со тие проблеми и кое ниво на перформанс го достигнале;

Во овој процес менаџерот мора да биде сигурен:

- дека потполно го разбира процесот што е во прашање и како тој работи (пред да премине на другите процеси);
- дека го сфатил конкретниот процес што е во прашање, пред да го прифати како процес на споредување.

Бенчмаркингот може го врши секој менаџер во својата установа, но искуството укажува на тоа дека подобро е да се ангажира надворешен соработник, како за почеток, така и за мониторинг на овој процес. Бенчмаркингот одговара на некои прашања во врска со било која реформа на здравствените системи како што се:

- дали здравствениот систем обезбедува здравствени услуги според потребите на населението;
- дали ги дистрибуира праведно тешкотиите за плаќањето на здравствената заштита;
- дали реформата ја унапредува клиничката и административната ефикасност;
- дали ги прави институциите јавно одговорни за нивните одлуки; и
- како тоа влијае врз изборот на луѓето кои тоа можат да го прават.

4.3 ПРОЦЕНА И МЕРЕЊЕ НА ПЕРФОРМАНСИТЕ

Перформанс е збор од англиско потекло кој значи: изведување, извршување, спроведување на дело, односно исполнување на нешто. Во здравствената заштита перформансот почнал да се применува во пракса пред повеќе од десет години и означува како функционира системот, како организацијата работи или како ги спроведува договорените мерки и активности заради унапредување на работата и постигнување на поставените цели.

Во согледувањата за значењето на перформансите, покрај прашањата што се перформанси и зошто е потребно за нив да се води сметка, потребно е да се одговори и на прашањето зошто тие се мерат, како да се мерат и која е користа од таквите мерења.

4.3.1 Менаџмент на перформанси

Кога станува збор за перформансите во организациите, обично се мисли на перформансите на вработените. Доколку работниците успешно работат и ако постојат други погодни услови, тогаш се очекува и перформансите на установата да бидат успешни. Но, покрај следењето на успешноста на вработените, менаџментот на перформанси треба да биде фокусиран и врз одделенијата, процесот, програмите, производните служби за странските или за домашните клиенти, проектите, тимовите или групите кои се организирани за да се постигнат резултатите, итн.

Што се однесува на мерењето на перформансите (Arnold, M., 2004), постои согласност дека „не можеш да подобриш доколку не можеш да го измериш“. Доста илустративна е следната мисла: „Ако не можеш да го видиш успехот, не можеш да го наградиш. Ако не можеш да го наградиш успехот, веројатно го наградуваш неуспехот. Ако не можеш да го видиш успехот, не можеш да учиш од него. Ако не можеш да препознаеш неуспех, не можеш да го поправиш. Но, ако можеш да ги покажеш резултатите, можеш да добиеш општо признание“. (Osborne, Gaebler, 1993)

„Мерењето на перформансите на здравствената заштита е всушност процес на примена на стандардизирани критериуми што треба да го оценат и опишат квалитетот на здравствената заштита која е овозможена од институциите, службите или програмите“ (Micovic, 2008). Ова се прави за да се покаже дали установата ја овозможила услугата од која се очекува да доведе до посакуваниот исход или резултат.

4.3.2 Индикатори за мерење

За мерење на перформансите, потребни се вистински податоци, информации или индикатори. Индикаторите на перформансите треба да бидат избрани на тој начин што најдобро ќе ги опишат факторите што водат до подобрување на операционите и финансиските перформанси. Добрите индикатори на перформанси треба да бидат:

- ориентирани кон резултатите, односно исходот, а помалку кон аутпутот;
- уверливи – точни;
- корисни – за оние кои одлучуваат;
- квантитативни – изразени во проценти;
- реални – да ја изразуваат стварноста;

- лесно објасниви – без дополнителни објаснувања;
- кредибилитетни – веродостојни и уверливи во вредноста.

За да се подобрат перформансите на установата или организацијата, потребно е, врз основа на собрани информации и индикатори, да се изврши сериозна анализа и потоа да се изврши проценка. Денес се познати повеќе методи и техники, како и за непрофитните, така и за профитните организации, од кои најпозната е SWOT анализата.

4.3.3 SWOT анализа

SWOT анализата е метод (техника) што се употребува за да се проценат: можностите, ограничувањата, предностите и слабостите за организациите, која би се користела за општа персонална стратегија за иден напредок. SWOT анализата започнува со евалуација на тековната состојба во поглед на внатрешноста и надворешноста на бизнисот. Оваа евалуација на тековна состојба ќе доведе до идентификација на внатрешни и надворешни фактори кои влијаат на бизнисот. Внатрешните фактори можат да бидат силни страни, но можат да бидат и слабости за бизнисот, додека надворешните фактори може да бидат можности или пак закани за бизнисот. Во овој дел е потребно да се идентификуваат сите фактори и да се подредат по значајноста за бизнисот за кој се изведува анализата. Откако се идентификувани клучните надворешни и внатрешни фактори може да се премине на определување на тоа кои од внатрешните фактори претставуваат силна, а кои слаба страна. Додека за надворешните фактори се определуваме како можности или закани. Дури сега може да се изведе SWOT матрицата. SWOT матрицата претставува одлична графичка претстава на тоа што е добро, а што не чини во бизнисот како и она што нè очекува како можност или закана. Но што понатаму? Дали ова е доволно за завршување на анализата? Секоја анализа мора да даде идни насоки за постапување. Ако запреме тука не можеме да кажеме дека сме направиле успешна анализа. Затоа за секоја комбинација од квадрантите од матрицата се определуваат стратегии. Од SWOT матрицата можеме да извлечеме 4 стратегии:

- **S-O стратегии** (Силини-Можности стратегии). Овие стратегии треба да ги искористат можностите кои се вклопуваат во силните страни на бизнисот.
- **W-O стратегии** (Слабости-Можности стратегии). Овие стратегии треба да овозможат да се надминат слабостите на бизнисот додека се искористуваат можностите.

- **S-T стратегии** (Силини-Закани стратегии). Овие стратегии треба да овозможат искористување на силните страни, додека се елиминираат или намалуваат заканите од околината.
- **W-T стратегии** (Слабости-Закани стратегии). Овие стратегии треба да овозможат елиминирање на слабостите и оневозможување на надворешните закани да ги допрат токму тие слабости на бизнисот.
- Ваква една анализа со резултат од подготвени стратегии за справување со тековната состојба и подготовка за иднината и која ги опфаќа и внатрешните и надворешните фактори претставува добар одбранбен механизам за секој бизнис.

Целта на секоја SWOT анализа е да ги идентификува клучните внатрешни и надворешни фактори, кои се важни за постигнување на целта. Тие произлегуваат од уникатниот вредносен синџир на компанијата. SWOT анализата ги групира клучните информации во две главни категории:

- Внатрешни фактори - *предностите* и *слабостите* кои ѝ се познати на организацијата.
- Надворешни фактори – *можностите* и *заканите* кои ѝ се презентираат на организацијата од страна на надворешното опкружување.

На внатрешните фактори може да се гледа како на предности и слабости, во зависност од нивното влијание врз целите на организацијата. Она што може да претставува предност за една цел, за друга може да биде слабост. Факторите можат да ги содржат сите 4 елементи на маркетинг миксот (4П), или производ, цена, дистрибуција и комуникација како и персонал, финансии, производствени способности, итн. Надворешните фактори можат да содржат макроекономски прашања, технолошка промена, законодавство и социјално-културни промени, како и промени во пазарот и конкурентната позиција. Често, резултатите се прикажуваат во форма на матрица.

SWOT анализата е само еден метод на категоризација и има свои слабости. На пример, може да се стреми кон тоа да ги убеди компаниите да составуваат листи, отколку да размислува за тоа што всушност е важно за постигнување на целите. Исто така, ги прикажува листите со резултати без да изнесе критики и без да постави јасен приоритет, па така на пример слабите можности може да урамнотежуваат сериозни закани. Разумно

е да не се елиминира премногу брзо ниту еден од кандидатите за SWOT анализа. Важноста на индивидуалните SWOT анализи ќе се открие преку вредноста на стратегиите кои таа ги создава. Важен е елементот на SWOT анализата кој создава корисни стратегии. Не е важен елементот, на SWOT анализата, кој не создава никакви стратегии.

Моменталната ситуација бргу се менува и барањата на пазарот можат да се променат за секунда. Во контекст на времето предностите и слабостите претставуваат сегашност која е резултат на минатото, додека можностите и слабостите претставуваат иднина која ќе се темели врз основа на минатото и сегашноста.

Многу често, можно е да се најде поимот TOWS матрица за SWOT анализа. Може лесно да се забележи дека се работи за обратен редослед на буквите. Она што може да се даде како објаснување е дека за организацијата логично е прво да се обрати внимание на надворешното окружување и заканите доколку сака да освои одреден пазар (или дел од него), а потоа би требало да гледа за своите внатрешни предности и слабости. Логичноста на оваа теза е во тоа што современото работење мора да се ориентира на потрошувачот зошто тој е оној кој го има главниот збор. За жал, има многу организации кои најпрво гледаат што можат да произведат и понудат и како можат да продадат на пазарот, а после тоа анализираат дали се способни тоа да го изработат

Слика 4-1 SWOT анализа

Предности	Предности. Карактеристики кои ѝ дозволуваат на организацијата да ги искористи шансите или да го намали влијанието на бариерите
Слабости	Слабости. Карактеристики кои можат да ја спречат организацијата да ги искористи шансите или намалувањето на влијанието на бариерите
Можности	Можности. Фактори надвор од организацијата кои овозможуваат преземање акции
Ограничувања	Ограничувања. Фактори надвор од организацијата кои ги запираат нејзините намери

Извор: WHO/EURO,(2003), “*Management Module*”, WHO, p.196

Во публикацијата на СЗО (WHO/EURO Country Work Management System, 2003), се посветува внимание на тоа *што да се прави во случаите на лоши перформанси*. Тоа може да биде последица на голем број фактори (Porter., 1947):

- професионални способности, односно неспособности;
- менаџерски способности, односно неспособности;
- лични проблеми;
- недостаток на процесот;
- сила на надворешната средина;

Во таквите случаи корисно ќе биде (Micovic, 2008):

- да се дискутира за лошите перформанси;
- да се направат обиди за пронаоѓање на причините;
- да се направи истражување на опциите и алтернативите;
- обука, помош и надзор;
- да се направи договор за следните чекори и целите на состаноците.

4.3.4 Квалитет на здравствена заштита

Квалитетот на здравствената заштита денес претставува еден од најконфузните, но во исто време и еден од најатрактивните поими. Научното интересирање за квалитетот се јавува некаде во 50-тите години од XX-тиот век во САД. Уште тогаш зголемувањето на трошоците за лекување влијаело за оние кои плаќаат за услугите да започнат да се занимаваат со квалитетот на медицинската нега и со тоа влијаеле врз финансиските истражувања на тоа поле. Меѓу многуте дефиниции за квалитетот, посебно внимание заслужуваат следните:

СЗО во 1983 година го дефинирала квалитетот, односно добрата заштита како „комбинација на дијагностички и терапевтски услуги кои пациентот можат да го доведат до оптимално ниво на здравје“ (Porter, 1947). *Donabedian* (Micovic, 2008) го дефинира квалитетот, односно степенот на квалитет, како проширување на обемот на заштита од која се очекува да достигне најдобра рамнотежа помеѓу ризикот и користа, при што под добар квалитет секогаш се подразбира преовладување на користа над ризикот. *Lohar* (Tasic, 2002) стратегијата за квалитет за Medicare програмата за САД ја дефинирала како степен до кој здравствената служба за поединците и популацијата ја зголемува веројатноста на посакуваниот исход и е конзистентен со актуелните професионални

знаења. Шелдон (Sheldon, 2004) внесува нови елементи во одредувањето на добриот квалитет како што се (Tasic, 2002):

- добар лекар кој има адекватно знаење, способност, мотивација;
- добар пациент, подготвен да ги прифати советите;
- добар здравствен систем, кој има адекватни ресурси (средства, кадар, итн.).

При проценка на квалитетот на обезбедување здравствена заштита, треба да се одговори на прашањето дали ја зголемува веројатноста за опоравување и смалување на ризикот, непријатноста и другите негативни исходи, како и конзистентноста со постоечките професионални знаења.

„Висок квалитет на здравствена заштита“ сугерира на тоа дека обезбедувачите на услуги обезбедуваат најдобра заштита, со оптимален исход и висок степен на сатисфакција на пациентите. „Низок квалитет на заштита“ може да се однесува на недостатоци во исходот, медицинските третмани или сатисфакцијата на пациентите. Aredis Donabedian (Porter, 1947) посебно обрнал внимание врз елементите на квалитетот на здравствената заштита и предложил три димензии, односно предуслови за квалитет на здравствена заштита (Martin, McQueen, 1989), и тоа:

- *структура* или инпут на ресурсите, обезбедувачите на услуги, капацитетите итн;
- *процес*, дијагностички и тераписки процеси;
- *исход*, подобрување на состојбата, намалување на негативните ефекти: смртноста, инвалидитетот, болката, итн. како и задоволството на корисниците/пациентите.

Врз основа на сето досега изнесено, најверојатно општата дефиниција за квалитетот (и) на здравствената заштита би била:

„Квалитет е да се работи вистинска работа, на вистински начин и во вистинско време” (Martin, C. McQueen, S.J., 1989).

Во принцип, сите се согласуваат дека промените и подобрувањето на квалитетот треба да се набљудуваат заедно и дека тие се важни за здравствениот развој, здравствената заштита, за луѓето и за целата заедница. Кај квалитетот на здравствената заштита треба да се набљудуваат два аспекта (Micovic, 2008), и тоа:

1. Зошто е потребен? и
2. Како да се применува?

4.3.4.1 Потребата од квалитетот во здравствената заштита

Управувањето со квалитетот што се случува во контекст на организациите за здравствени услуги, е многу важен. Причината е во тоа што сите здравствени услуги се обезбедуваат во и/или помеѓу *организации*. (Scott, 1998) се осврнува на организациите како на „општествени структури создадени од поединци за да го поддржат заедничкото следење на поставените цели”. Методите на работа на организациите за здравствени услуги и специфичните организациски карактеристики може да се разликуваат според нивните цели, фокус и вредности (Kelly, Kaboolian, 2000). Меѓутоа, без оглед дали целта на организацијата за здравствени услуги е доставување на грижа, јавно здравје, образование или унапредување на здравјето, дали фокусот на организацијата за здравствени услуги е примарната здравствена заштита, акутна нега, долгорочна нега или осигурување и надоместување, и дали оперативните вредности на организацијата за здравствени услуги се изведени од урбана или рурална, јавна или приватна, непрофитна или профитна, самостојна сопственост или повеќеслојна институција или академски или заеднички амбиент, сите организации треба да го сторат следново (Scott, 1988):

- да ги дефинираат и рedefинираат целите,
- да ги побудат учесниците да придонесат за услугите,
- да ги контролираат и да ги координираат овие придонеси,
- да собираат ресурси од околината,
- да ги дава производите или услугите,
- да избира обучува и заменува учесници, и
- да се постигне работен компромис со соседите.

Додека обезбедувањето вистинска услуга (на пример, вршењето операција на срце) и производството на вистински производ (на пример, обезбедување чиста вода) се функции на клиничките и техничките професионалци, организациските задачи наведени погоре се функции на различните нивоа на управување во рамките на организација. Обемот, фокусот, перспективата и тактиките можат да варираат во зависност од нивото на менаџерите (на пример, висока администрација, среден менаџмент, првостепен надзор), но сепак, сите лица кои имаат менаџерска улога или имаат раководни одговорности во организацијата се задолжени да изнајдат начини за остварување на горенаведените организациски задачи.

Квалитет на здравствената заштита во САД (McGinnis and Knickman 2002):

- Во 2003 година, трошоците за здравствена заштита на САД изнесуваа 1.679 трилиони долари и учествуваа со 15 проценти од бруто-домашниот производ (U.S. Census Bureau 2005, OECD 2005).
- Во 2003 година, САД потрошиле повеќе за здравствената заштита, мерено со процент од бруто-домашниот производ, отколку било која друга земја во светот. Сепак, од 30 земји на ОЕЦД, САД се рангираа на 22-то место во очекуваниот животен век при раѓање за мажите, а 23-томесто во очекуваниот животен век при раѓање за жените, а 26-томесто во стапката на смртност на доенчиња (OECD 2005, 2006).
- Педесет и пет проценти од анкетираниите се незадоволни од квалитетот на здравствената заштита во САД, а 40 проценти одговориле дека во изминатите пет години квалитетот на здравствената заштита се влошил (Kaiser Family Foundation et al. 2004).
- Возрасните Американци добија 54,9 проценти од препорачаната превентивна нега, акутна нега и хронична нега (McGlynn et al., 2003).

Меѓу 44.000 и 98.000 смртни случаи годишно во САД им се припишуваат на медицинските грешки што можеле да се спречат, што ги прави медицинските грешки осма водечка причина за смрт, предизвикувајќи повеќе смртни случаи отколку несреќи од моторни возила, рак на дојка или СИДА (Kohn, Corrigan, and Donaldson 1999).

Земајќи ги предвид директните трошоци (на пр. трошоците за здравствена заштита) и индиректните трошоци (на пример, изгубениот приход, изгубената продуктивност и инвалидитет), медицински грешки што можеле да се спречат ги чинат САД помеѓу 17 и 29 милијарди долари годишно (Kohn, Corrigan, and Donaldson 1999).

Во 2003 година, повеќе од 45 милиони Американци, или 15,6 проценти од 290 милиони американски жители во тоа време, немаа здравствено осигурување (U.S. Census Bureau 2005). Во САД, лицата на возраст од 45 до 64 години со најниски нивоа на образование имаат 2,5 пати поголема стапка на смртност од оние со највисоко ниво на образование. Сиромаштијата изнесува 6 проценти од морталитетот на нацијата.

Квалитетот не е само одговорност на службеникот за квалитет на организацијата, безбедноста на пациентот не е само одговорност на службеникот за безбедност на пациентот. Лицата во овие улоги можат да бидат стручни ресурси за да им помогнат на раководителите да разберат, да изберат и да спроведат тактики, интервенции и методи. Меѓутоа, одговорноста за обезбедување квалитетни и безбедни резултати за пациентите, потрошувачите, засегнатите страни и вработените лежи во оние кои одлучуваат како и

какви организациски цели се поставени; како се обезбедени, одвоени, искористени и зачувани човечки, фискални, материјални и интелектуални ресурси; и како активностите во организацијата се планирани, спроведени, координирани и подобрани.

Задачата за постигнување квалитетни резултати од организациите за здравствени услуги брзо станува заедничка одговорност на клиничките професионалци и менаџерските професионалци. Како што истакнуваат (Griffith, White 2005) „исто како што медицината сега следи упатства за грижа, успешните менаџери ќе користат докази и внимателно развиени процеси со кои ќе го насочуваат нивното донесување одлуки”. Перспективата на истражувачите на здравствената заштита може да доминира во дефинициите и пристапите за квалитет во многу области. Широко прифатената дефиниција за квалитет, како што е дадена од Институтот за медицина, е следнава: „Степенот до кој здравствените услуги за поединци и популации ја зголемуваат веројатноста за посакуваните здравствени резултати се во согласност со тековното професионално знаење” (Lohr, 1990). Сепак, како менаџерите кои практично работат во организациите за здравствени услуги го дефинираат и пристапуваат кон квалитетот во контекст на нивните секојдневни обврски, може да зависи од сопственото потекло и искуства. На пример, лекар кој ја презел улогата за управување со квалитетот може да ги потенцира клиничките резултати и спроведувањето на медицина базирана на докази или упатства за клиничка пракса. Статистичар во таа улога може да ја нагласи статистичката контрола на процесот и квантитативните пристапи. Како менаџер за квалитет, експерт за човечки ресурси може да ја нагласи тимската работа и оценувањето на перформансите на тимот, а епидемиолог може да ја нагласи анализата на причините. Медицинска сестра во оваа улога може да нагласи холистички пристап кон квалитетот. Исто така, образовниот фокус на неклинички менаџер може да влијае врз неговата или нејзината претпочитана дефиниција и пристапи кон квалитетот. Менаџер образован во бизнис-училиште може да ја истакне стратегијата, додека некој обучен како сметководител може да го нагласи профитот. Менаџер кој потекнува од здравствена администрација може да ги нагласи организациските односи и структури, а менаџер образован во јавното здравство може да ги нагласи програмите за управување со болести. Ова се само неколку примери кои го илустрираат асортиманот на перспективи и претпочитања за квалитетот во здравството и бројните начини на кои може да се изразат во здравствените организации. Со оглед на повеќеслојната природа на квалитетот, таа поставува неколку дополнителни прашања за здравствените менаџери: Што е квалитетот во здравството? Кој пристап е најдобар? Како се поврзани природите?

Според Dalrymple и Drew (2000) „квалитетот е концептуално комплексен и претставува синтеза на лекции, методи и стекнати знаења од низа дисциплини”. Како резултат на тоа, здравствениот менаџер лесно може да се преоптовари со комплексноста и широкиот спектар на погледи на оваа тема. Меѓутоа, ако здравствениот менаџер го смета овој спектар на перспективи како предност, а не како бариера, тој или таа има можност да црпи од проширениот базен на квалитетни лекции, методи и знаења. Како и со практиките во менаџментот, предметот на квалитет во здравствените организации е предмет на бројни трендови, тенденции и обиди за брзо поправање. Бидејќи одделенијата и професионалците со одговорности за ‘квалитет’ можат да ги променат своите работни звања со најновиот тренд, менаџерите мора да разберат што се прави за да се промовира квалитетот во една организација, покрај тоа како се означуваат активностите поврзани со квалитетот. Првиот чекор за менаџерите е да се развие заедничко разбирање на терминологијата за квалитет.

Овој дел ги дефинира и појаснува разликите меѓу медицинскиот квалитет, обезбедувањето квалитет, постојаното подобрување на квалитетот, вкупниот квалитет и управувањето со квалитетот.

Од раните 1970-ти, работата на Аведис Донабедиан влијаела на медицинската парадигма што преовладувала за дефинирање и мерење на квалитетот. Во раните текстови, Донабедиан (Donabedian 1980) ја вовеле двојната природа на медицинскиот квалитет, опишувајќи ги техничките и меѓучовечките компоненти на грижата. Тој, исто така, идентификуваше три начини за мерење на квалитетот: структура, процес и исход, и односите меѓу нив. Донабедиан (Donabedian, 1980) ги опиша мерките на следниот начин:

„Јас го нареков ‘процесот’ на грижа ... збир на активности кои одат во рамките и меѓу лекарите и пациентите Елементите на процесот на грижа не означуваат квалитет додека не се воспостави нивната врска со посакуваниот здравствен статус. Под ‘структура’ мислам на релативно стабилните карактеристики на давателите на нега, на алатките и ресурсите што ги имаат на располагање, како и на физичките и организациските поставувања во кои тие работат ... Структурата, според тоа, е релевантна за квалитетот со тоа што ја зголемува или ја намалува веројатноста за добри перформанси Го користам ‘исходот’ со значење на моменталниот и идниот здравствен статус на пациентот кој може да се припише на претходна здравствена заштита. Основните функционални односи меѓу трите елементи се прикажани шематски на

следниов начин: Структура ➡ Процес ➡ Исход. На пример, во практика на интерна медицина со повеќе лекари, се сметаат за структурни мерки бројот и ингеренциите на лекарите, помошниците на лекарите, медицинските сестри и канцеларскиот персонал. Процентот на постари пациенти кои соодветно примаат вакцина против грип се смета за мерка на процесот, а процентот на постари пациенти кои се дијагностицирани и третирани за грип се смета за мерка за исход за оваа практика. Персоналот во канцеларијата (структура) би влијаел на способноста на практиката соодветно да ги идентификува пациентите за кои е наведена вакцината, како и правилно да ја администрираат вакцината (процес), што пак ќе влијае на бројот на пациенти кои развиваат грип (исход). Запомнете дека мерките на процесот мора да имаат докажана врска со резултатите, доколку тие треба да бидат ефикасни мерки за квалитет”.

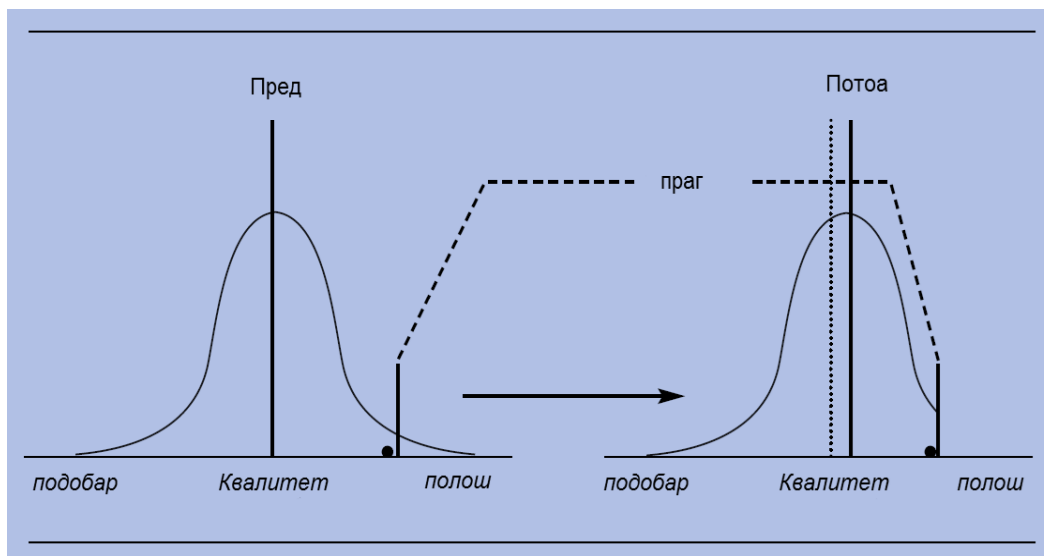
Пристапот за обезбедување квалитет (QA) вклучува елиминирање на дефектите. На лента за склопување, дефектите се однесуваат на оштетувања пронајдени во материјални производи. Во услужната индустрија, како што е здравството, дефектите се однесуваат на оние изведувачи кои слабо извршуваат задача или услуга. На пример, во одделение кое врши претходно овластување на осигурување, неколку вработени можат прецизно и побрзо да пополнат повеќе претходни овластувања од било кој друг во одделот. Алтернативно, неколку вработени, познати како ‘влечковци’, можат само доследно да пополнат околу половина од бројот на претходни овластувања што можат да ги пополнат брзите вработени. Останатите вработени се некаде помеѓу. Одделот има одредени барања за продуктивност или стандарди за просечниот број на претходни овластувања завршени дневно по вработен. Менаџерот сфаќа дека влечковците ги намалуваат неговите бројки на продуктивност, па поставува минимално дневно ниво на продуктивност за целиот оддел. По неколку неуспешни обиди за исполнување на минималните цели на продуктивноста, работниците со најслабите статистички податоци за продуктивноста се отпуштаат. Без влечковците, се зголемува просечниот број на претходни овластувања по вработен.

Сликата 4.2 го илустрира пристапот за обезбедување квалитет на овој менаџер. Кривата во форма на свонче прикажана од левата страна која ја покажува нормалната дистрибуција, ја претставува комбинираниот продуктивност на сите вработени во одделот; тоа го покажува резултатот на многу вработени кои го извршуваат истиот процес одново и одново. Мерката на централна тенденција е прикажана со вертикална линија во средината на кривата и може да биде претставена како средна вредност

(просечен број на претходни овластувања по вработен), медијана или начин. Покрај тоа, перформансите варираат: голем број на податоци се наоѓаат во „подобрата“ опашка на кривата (брзите вработени), а голем број на податоци се наоѓаат во „полошата“ опашка на кривата (влечковците). Варијацијата на излезниот резултат на вработените е претставена со ширината на кривата или оддалеченоста од средното или просечното ниво на изведба (остатокот од одделот).

Кривата во облик на своно на левата страна може да се смета за продуктивност пред да се отпуштат влечковците. Пристапот за обезбедување квалитет на овој менаџер е да се постави праг на перформанси претставен со вертикална линија на положата опашка на кривата (т.е. минималниот дневен број на претходни овластувања по вработен). Овој праг предизвикува влечковците да се истакнат. Кога ниските перформанси на оваа група се формално идентификувани и елиминирани, се зголемува просечниот број на претходни овластувања по вработен, што е претставено со пунктирана вертикална линија лево од средишната линија во кривата во облик на свонче од десната страна.

Слика 4.2 Пример на пристап за обезбедување квалитет



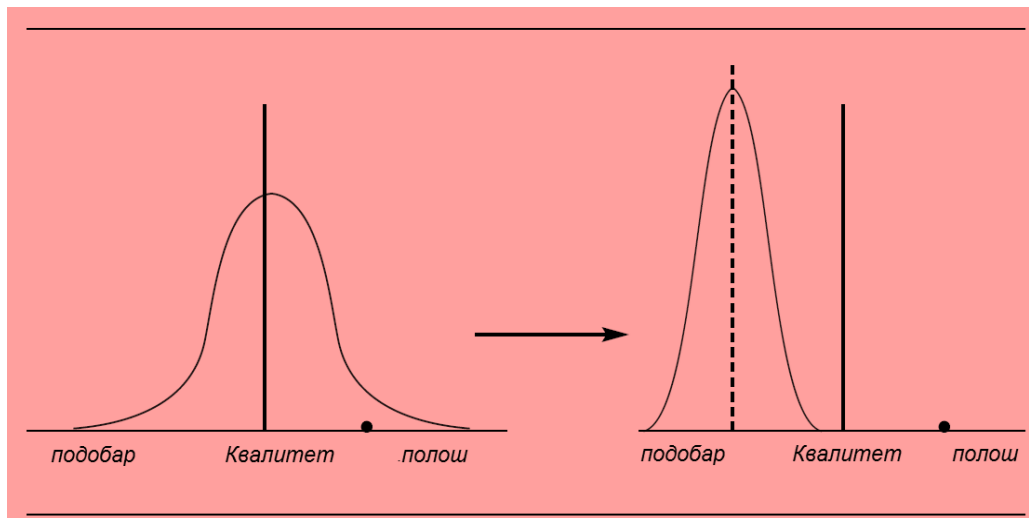
Извор: James, B., (1989) „Quality Management for Healthcare Delivery“, *The Health Research and Educational Trust of the American Hospital Association, Chicago*, pp.37.

Соочени со иста ситуација, интервенциите на менаџерот ќе бидат многу различни ако тој користи пристап за подобрување на квалитетот (QI), кој исто така се нарекува и континуиран пристап за подобрување на квалитетот (CQI). Првото прашање на кое менаџерот би се запрашал е: „Зошто некои вработени навистина се брзи, а на други вработени им е потребно многу подолго време за да ја завршат својата работа?“ Тој прво разговара и ги набљудува најбрзите вработени, а потоа влечковците за да разберат како

и зошто им е потребно различно време за да се направи истата работа. Бара од брзите вработени да се здружат, да ги запишат чекорите низ кои минуваат за да завршат претходно овластување и да понудат совети за заштеда на време. Тогаш менаџерот повикува состанок на персоналот, така што сите вработени можат да научат како брзите работници ја извршуваат својата работа. На состанокот на вработените, одделот одлучува да го усвои брзиот процес како нова стандардна процедура. Брзите вработени нудат обука на останатите вработени во одделот.

Сликата 4.2 го прикажува пристапот на менаџерот за подобрување на квалитетот. Како и во примерот за обезбедување квалитет, основните перформанси се претставени со крива во форма на ѕвонче прикажано на левата страна. Сепак, начинот на кој се постигнува повисоко просечно ниво на перформанси е многу поинаков од она што се гледа на Слика 4.3. Подобрувањето на работниот процес ја поместува целата крива налево, што пак го зголемува просечното ниво на перформанси. Со стандардизирање на процесот што се користи за завршување на претходното овластување во согласност со најдобрата практика на брзиот работник, сите вработени во канцеларијата ја подобруваат нивната способност да ги завршат навремено претходните овластувања. Иако сè уште има вработени кои се побрзи или побавни, се подобрува просечното време за завршување на претходно овластување. Покрај тоа, дистрибуцијата е многу поблиска до просекот, што е илустрирано со стеснување на кривата и има многу помала разлика во продуктивноста на вработените, отколку пред да се воспостави промената. Во подобрувањето на квалитетот целта не е само да се подобрат просечните перформанси, туку и да се намалат несоодветните варијации во процесот (James, 1993). На овој начин, процесот го испорачува посакуваниот резултат или резултатот на поконзистентна основа.

Слика 4.3 Пример на пристап за подобрување на квалитетот



Извор: James, B., (1989) „Quality Management for Healthcare Delivery“, *The Health Research and Educational Trust of the American Hospital Association*, Chicago, pp.37

Ако се тргне од тоа дека здравствениот систем и здравствената заштита се сè пообемни и покомплексни и дека за нивното функционирање се потребни одговорни ресурси (знаење, искуство), како и сè поголеми материјални средства, тогаш е важно сèшто се прави во здравствената заштита да се прави поефикасно. Ако е општо прифатен ставот дека квалитет е „да се работи вистинската работа, на вистински начини во вистинско време“, тогаш е очигледно дека неговата примена може корисно да ја унапреди работата во здравствената заштита и самиот здравствен развој. Ако се тргне од димензијата А на квалитетот кој вклучува: техничка компетентност, пристап на службите, ефективност, интерперсоналните односи, ефикасност, континуитет, сигурност и пријатност (комфор), тогаш е очигледно дека квалитетот на здравствената заштита може значајно да го поправи исходот на здравствената заштита. Ако се тргне од проблемите, потешкотиите, ограничувањата на функционирањето на здравствениот систем и здравствената заштита, тогаш поедноставно ќе биде да се одговори на прашањето: зошто е потребен квалитет во здравствената заштита? Подолу наброените проблеми, потешкотии, ограничувања и неадекватности, класифицирани во групи, можат да дадат одговор на гореспоменатото прашање *Државна област/аспекти* (Porter, 1947):

- здравствената заштита е сè покомплексна и сè повеќе чини;
- општеството не може да ги покрие повисоките трошоци за здравствена заштита;
- сè поголемата разлика помеѓу она што се сака и она што се може;

- неадекватно користење на средствата за здравствена заштита;
- лошо планирање на здравствената заштита.

Област/аспект на здравствената служба:

- неадекватна достапност на здравствената заштита;
- неадекватно користење на здравствената заштита;
- здравствената служба не обезбедува задоволувачки услуги конзистентни со професионални знаења;
- неефикасна употреба на медицинската технологија;
- недоволна употреба на медицинската технологија;
- неспроведување на стандардите за услугите.

Област/аспект на корисниците и давателите на услуги:

- недоволно и неадекватно вклучување на корисниците во процесот;
- незадоволство на корисниците-пациентите;
- некомпетентност на обезбедувачите на услугите;
- релативно висок број професионални грешки.

Сите горенаведени проблеми и ограничувања согледани во функционирањето на здравствениот систем и здравствената заштита, не укажуваат само на потребата од негова примена, туку и на неопходноста од воведување и одржување на квалитетот на здравствена заштита.

4.3.4.2 Примена на квалитетот на здравствената заштита

Мерењето, оценката и унапредувањето на квалитетот може да вклучи: индивидуи, тим, одделение, установа, проект и програма. Кој и метод да се употреби, целта е секогаш иста: подобрување на квалитетот. Бостонскиот универзитет (Boston University, PHS), ги прикажал на следниов начин (Tasic, 2002):

(во овие неколку страни, ќе збогатат и со други)

- Принципи за подобрување на квалитетот;
- целосна посветеност на топ менаџерите;
- фокус на потребите на клиентите;
- ориентиран кон процесот;
- базиран врз податоци;
- тимски пристап.

Мерки односно индикатори на квалитетот. Овие индикатори претставуваат квантитативна мерка употребена за да се процени квалитетот на здравствената заштита. Овие мерки се употребуваат во многу специфични ситуации во зависност од специфичноста на популацијата, за да се квантифицираат многу специфични варијабли. Овие индикатори некогаш се употребуваат наместо мерките за перформанси.

Контрола на квалитетот. Е еден континуиран процес употребен од здравствените институции за да се идентификуваат проблемите во нивоата на обезбедување здравствена заштита. Подобрувањето на квалитетот треба да доведе (резултира) до подобрување на квалитетот на заштитата.

Овој термин влегол во употреба во раните '90-ти години и во многу случаи го заменил терминот „осигурување/одржување на квалитетот“. Според Доналд Бервик (Porter, 1994), „унапредувањето на квалитетот не се однесува на стандардите, инспекциите, сертификатите, туку пред сè на едно постојано барање мали можности за намалување на отпадот, повторната работа и непотребните компликации”.

Осигурувањето/одржувањето на квалитетот, претставува формална програма која се применува од корисниците и обезбедувачите на услуги, за да осигураат позитивен исход-резултат за пациентите. Осигурувањето на квалитетот мора да се спроведе со помош на разни техники, како на пример: акредитација, сертификација, лиценца, медицински надзор, технички препораки и стандарди итн.

Според Neuther Palmer, осигурувањето на квалитетот е „процес на мерење на квалитетот со анализа на откриените недостатоци и преземање акции за подобрување на перформансите, по кое следи повторно мерење на квалитетот“.

Менаџмент на вкупниот квалитет – TQM

Essentials-of Management го дефинира TQM како „систем на менаџмент што ги вклучува во организацијата сите луѓе кои испорачуваат производи или услуги што треба да ги задоволат потребите на корисниците“.

На едноставен начин може да се каже дека TQM е „еден нов начин на согледување на стилот на менаџментот, корисниците, вработените, условите за работа, процесот и производот од работата“ кој во центарот на своето внимание треба да ги стави:

- корисниците, т.е. нивната сатисфакција;
- процесот на работа и резултатите;
- првенството на превенција пред инспекција;
- вклучување експертиза;
- повратни информации заради корективни акции.

TQM методот е студија за производот и корисниците, која треба да доведе до:

- помалку грешки;
- помалку дуплирање во работата;
- намалување на варијабилноста на производот;
- намалување на цените и подобрување на продуктивноста;
- поголеми барања за услугите.

Организациската теорија и практика го инкорпорира мрежниот модел во пирамидалните системи како дел од вкупниот менаџмент на квалитет (УВК) или категоријата на СЗО за постојано подобрување на квалитетот”. Според УВК, работниците во една производна операција работат како тим, а контролата на квалитет е дел од производниот процес. Во програмите на здравствена заштита ова е соодветно на формирање мултидисциплинарни тимови за самоevaluација. Во секој болнички оддел потребни се мултидисциплинарни состаноци за разгледување на грижата за пациентите и функционирањето на одделот, со цел услугите да се одржуваат и развиваат во професионална насока. Секој локален здравствен оддел треба да го запазува редовното одржување на состаноците, да развива комуникација и доверба, бидејќи тоа се клучните елементи за постигнување на програмските цели. Повеќето организации имаат и пирамидална и мрежна структура. Честопати, за ригидната пирамидална структура е тешко да ги вклопи паралелните тела, поради што е неопходен мрежниот пристап за воспоставување работни односи со надворешни тела со кои има заеднички цели. Мрежата е демократско функционално групирање на оние професионални работници и организации кои се потребни за остварување одредена цел, што понекогаш подразбира лица од многу различни организации. Со еволуцијата на здравствените системи кон контролирана грижа или регионални здравствени системи, овој концепт добива сè поголема примена во организациите за здравствена заштита. Тие се вертикално интегрирани раководни системи што вклучуваат високо специјализирани тимови и единици, чија меѓусебна зависност во грижата за пациентот и финансиската одговорност се централни елементи на Новото јавно здравство. Во САД, во текот на Втората светска војна, физичарот и статистичар Едвардс Деминг развива систем на економски и статистички методи за контрола на квалитетот во производната индустрија. По војната, Деминг е поканет да предава во Јапонија и се префрла од академскиот во производниот сектор, односно се занимава со индустриски менаџмент. Јапонските индустријалисти ги прифаќаат неговите принципи на раководење и воведуваат менаџмент на квалитетот во сите индустрии, постигнувајќи неверојатни резултати за само една деценија. Овој

концепт, подоцна наречен целосен менаџмент на квалитетот (ЦМК), оттогаш е широко прифатен и во американската индустрија. Според Деминговиот пристап на раководење на компаниите, квалитетот е на прво место и е клучна одговорност на менаџментот, а не на работниците. Ако менаџментот ги вклучи и работниците во контролата на квалитетот, квалитетот се зголемува, трошоците се намалуваат, а воедно се зголемуваат и задоволството и лојалноста на потрошувачот. Ова значи зајакнување на гордоста на работникот, сослушување на неговите идеи и избегнување на застрашувачкиот инспекторски пристап. Отстранувањето на стравот и градењето атмосфера на двострано учество и заеднички интерес е обврска на раководството. Обуката е една од најважните инвестиции на компанијата. Разликите меѓу теоријата за менаџмент и УВК се прикажани во рамките.

УВК ги интегрира научниот менаџмент и менаџментот на човечки ресурси, давајќи им можност на работниците за употреба на сопствениот интелектуален капацитет во анализа и подобрување на задачите што ги извршуваат. Што е уште поважно, овој пристап очекува од работниците поголем придонес кон квалитетот во процесот на креирање, производство, па дури и маркетинг на производот или услугата. Овие идеи беа револуционерни и прифатени со голем успех при нивната примена во деловниот менаџмент на производната индустрија. Концептот на УВК е предмет на поголеми модификации во услужниот сектор. СЗО го адаптираше УВК моделот во модел на т.н. „постојано подобрување на квалитетот“, кој става фокус врз заемните одговорности во здравствениот систем за квалитетот на грижата кон пациентот. Бидејќи терминот „вкупен квалитет“ (TQ) е исто така познат како целокупно управување со квалитетот или TQM, честопати се користи наизменично со термините "QI" и "CQI", па студентите и менаџерите може лесно да се мешаат овие два поврзани, но различни концепти. Следната дефиниција ги појаснува разликите помеѓу TQ и CQI. Вкупниот квалитет е „философија или пристап кон менаџментот кој може да се карактеризира со неговите принципи, практики и техники. Неговите три принципи се фокус на клиентот, континуирано подобрување и тимска работа ...секој принцип се спроведува преку серија практики ...практиките се, пак, поддржани од широк спектар на техники (т.е. конкретни методи чекор-по-чекор наменети да се направат практиките ефективни)“, (Dean, Bowen 1994). Од оваа дефиниција, може да се види дека TQ и CQI не се исти; TQ е стратешки концепт, додека CQI е еден од трите принципи кои ја поддржуваат TQ-стратегијата. Бројни практики и техники се достапни за менаџерите да ги користат при спроведувањето на принципот на CQI на тактичко и оперативно ниво.

Не само што менаџерите мора да ги разберат разликите помеѓу TQ и CQI, тие исто така мора да ги разберат разликите меѓу теоријата на квалитет и теоријата за управување. Вкупниот квалитет „еволуираше од тесен фокус на контролата на статистичките процеси за да опфати разновидни технички и бихевиористички методи за подобрување на организациските перформанси. Теоријата за менаџмент е мултидисциплинарна академска област. Можеби основната разлика помеѓу TQ и теоријата на управување е нивната публика. Додека TQ е насочен кон менаџери, теоријата на управување е насочена кон истражувачите” (Dean, Bowen 1994). Преклопувањето на овие две школи на мислата се нарекува „организациска ефикасност”, теоретска основа која им помага на менаџерите не само да ја подобрат организацијата (теорија за вкупниот квалитет) туку и подобро да ја разберат и да ја објаснат организацијата теорија за управување (Cole, Scott 2000). Терминот ”управување со квалитетот” се однесува на улогата на менаџерот и придонесот кон организациската ефикасност. Се базира на теоријата на управување, теоријата за квалитет како што се применува на нездравствените организации и теоријата за квалитет како што се применува во здравствените организации да презентираат практични лекции за менаџерите и да ги интегрираат единствените карактеристики на давањето здравствена заштита и контекстот во кој работат организациите за здравствени услуги. Управувањето со квалитетот, за нашите цели, се однесува на тоа како менаџерите кои работат во различни видови организации и поставувања на здравствени услуги ги разбираат, објаснуваат и континуирано ги подобруваат своите организации за да им овозможат обезбедување квалитетна и безбедна грижа за пациентот, да промовираат квалитетни резултати во однос на пациентите и организацијата и да го подобрат здравјето во нивните заедници.

4.4 ПРИСТАПИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Додека некои превентивни постапки се применуваат на поедини лица (имунизирањето е најјасен пример), разликувањето помеѓу превенција и лечење, одговара на разликата помеѓу интервенциите за општо здравје кои се насочени кон целата популација и клиничките интервенции насочени кон поединците. Да се бара од здравствениот систем да постигне највисоко можно ниво на здравствена состојба од ресурсите кои му се доделени, значи тој да биде колку што е можно поисплатлив. Тоа е основа за фаворизирање на оние интервенции што овозможуваат најмногу за вложените пари, а давањето помал приоритет на оние интервенции, кои иако можат многу да им помогнат

на поединците, сепак малку придонесуваат за унапредување на здравјето на популацијата.

4.4.1 Дали можеме за истите средства да добиеме поголема вредност?

Комбинирањето на пресметката на трошоците и мерката за ефикасна интервенција како и нивното користење за одредувањето на приоритетите во функционирањето, претставува најнов придонес на менаџментот во здравството. Порано истражувањата ги опфаќале земјите во развој, каде вообичаено се анализирала исплатливоста на програмите за сузбивање на посебните заболувања. Анализата на исплатливост е од суштинско значење за идентификување на услугата која ќе даде најмногу придобивки за подобрување на здравствената состојба со користење на расположливите ресурси, но таа треба да се примени на поединечните интервенции, а не широко против сите заболувања или причините за нив.

Многу фактори можат да ја изменат актуелната исплатливост на одредена програмирана интервенција во текот на нејзиното извршување. Овие фактори подразбираат: расположливост, мешавина и квалитет на инпутите (на пример, обучен кадар, лекови, опрема и потрошен материјал), локални цени (особено цената на трудот), можности за спроведување на интервенциите, адекватна организациона структура, како и поткрепа на институционалните рамки. Сите овие препреки подразбираат дека и кон еден критериум за исплатливост, анализата на можностите на здравствениот систем треба да започне со моменталните можности, активности и достигнувања и да се разгледа какви чекори можат да се преземат во однос на моменталната состојба, што често значи додавање, измена или елиминирање на некоја услуга. Едноставното пренасочување на постојниот кадар, уредите и опремата со скромни инвестиции може да даде високи резултати. Некои здравствени економисти тврдат дека е можно да се создаде здравствен систем кој би ја следел исплатливоста, при што би можело да се постигне многу поголема должина на животот или поголема еднаквост, но многу помалку би одговарало на тоа што луѓето го сакаат и што го очекуваат. Исто така отежнато е донесувањето одлуки за приоритетите, затоа што критериумите на оние кои даваат и оние кои ги користат здравствените услуги, не се секогаш компатибилни. При изборот на ефикасни интервенции по прифатлива цена, особено за популацијата при вонредни услови, може да се тргне од следните чекори:

Прво, проценувањето на постоечките фактори на ризик, оптовареноста на заболувањата и обликот на користење на здравствената програма од страна на целната популација, треба да биде постојана активност на менаџерите.

Второ, мора да се располага со севкупни информации за цената и ефикасноста на интервенциите, како и стратегиите на интервенциите, така што облиците на изградените сопствени стратегии и пракса треба да се прилагодат на локалните цени и на локалните ситуации.

Трето, во сите земји потребна е експлицитна политика на рационализација на интервенциите преку обезбедување ограничените ресурси да се трошат во точно одредени области со висок приоритет. По донесувањето ваква политика, се преоѓа на конкретни мерки како таа политика да се спроведе. Најпосле, ниеден од овие чекори нема да биде од значење, ако не е обезбеден квалитет при нудењето услуги.

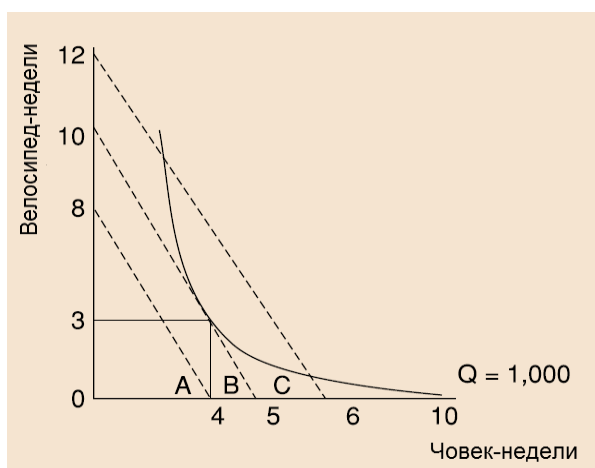
Теоријата за производство и трошоци е многу важна за согледување и укажува дека инпутите може да се користат во различни пропорции за да се произведат здравствени услуги. Изборите ги дефинираат технички ефикасните комбинации и ја формираат границата на изводливи можности за производство. Сепак, не е доволно да се знае само дека производството е технички ефикасно, туку и да се минимизираат трошоците за производство на услуги. Потребен е начин за да се идентификува технички ефикасната комбинација фактори на производство со што се минимизираат трошоците. Тоа се прави со додавање на множество криви во анализата. (Точки на линијата се точки во кои цената е еднаква). Кога се осврнуваме на минимизирање на трошоците, ова се дефинира како минимизирање на трошоците за кој било квалитет и обем на услуги. Секогаш може да се намалат трошоците, правејќи помалку или полошо, што може да биде и позитивно, но и негативно.

Сепак, намалувањето на трошоците за кој било квалитет и количество услуги секогаш овозможува да се постигне повеќе со дадените ресурси. Ако ја знаеме стапката на плата за вработените и трошокот неделно за изнајмување велосипед, можеме да одредиме колку од секое, или комбинации на секое, може да се купи за даден буџет. На секоја оска, кривата го означува максималниот број инпути кои може да се купат од буџетот, ако ниту еден од другите инпути не се купи. Наклонот на буџетската линија е соодносот од цените на факторите (во овој случај односот на цените на човек-недели и велосипед-недели). Ако платата е £500 неделно, а цената на изнајмување на велосипеди изнесува £250 неделно, може да ги нацртаме кривите (А, В, С на слика 4.4, каде што А = £2000, В = £2500 и С = £3000). Ако сакаме да „произведеме“ 1000 вакцинации, тоа не

е изводливо на линија А - тоа значи дека буџетот од £2000 е несоодветен за да се произведат 1000 вакцинации, дури и ако се употребува ефикасно. Изводлива е само линијата Б, а линијата С е непотребно великодушна. Во линијата Б, буџетот е £2500. Пресеците со оските лесно се пресметуваат. Ако целиот буџет е користен за плати, тој би купил пет недели. Ако сите се користат за изнајмување велосипеди, ќе се купат десет недели.

Во овој пример, најниската цена за производство на 1000 вакцинации значи да се користат три велосипеди и четири лица. Во оваа точка се утврдува „економски ефикасната“ комбинација.

Слика 4.4 Производство со минимални трошоци, врз основа на анализата на кривите



Извор: McPake, B. (1993) “User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature”, *Social Science and Medicine*, Vol.36, No.11, pp.405-1270.

Веројатно, некои луѓе живеат блиску и можат на своите работни места да дојдат пешки, така што не се добива голема предност ако се обезбеди велосипед за секој член на персоналот. Ова е важна точка - во зависност од цените за изнајмување на велосипедите и персоналот, може да се одреди најнискиот начин на обезбедување на услугата. Ако цената на велосипедите падне, тогаш најверојатно ќе се избере да му се обезбеди превоз на секој член на персоналот. Подеднакво, ако платите значително би паднале, можеби е поевтино да се вработат повеќе луѓе и тие да одат пешки до поблиските градови. На ист начин, како што потрошувачот ја одбира неговата потрошувачка врз основа на референци и релативни цени, најниската цена за обезбедување услуги може да се одреди од мапата на точки на кривата (кои претставуваат различни излезни вредности) и релативните цени на инпутите.

Во секојдневниот живот не се опсервираат само точките на кривите, но верзијата на овој пристап се користи во статистичката анализа за производството на услуги во здравствената заштита. Со проценувањето на функциите на производство и трошоци, поефикасно се поминува низ овој процес. Важно е дека речиси секогаш постојат избори во начинот на кој се произведува здравствена заштита, а методот со најниски трошоци зависи од изборот на најевтини ефикасните опции. Оттаму, важни се следниве компоненти (Gray et al., 1997):

1. Промени во технологијата

Точките на кривите претставуваат ефикасни комбинации на инпути за да се произведе одредено ниво на излез. Основата на точките на кривите е одредена технологија. Како што се зголемува излезот, стануваат достапни различни технологии, така што ефикасните комбинации можат да се променат со обемот на услугата. Во здравствениот сектор ова е особено очигледно во патологијата, каде што автоматизираните системи можат да бидат ефикасни само ако се тестираат големи количини мостри. Многу технологии се „групирани“, односно машините доаѓаат само во одредени големини, така што тие можат да бидат ефикасни само ако се обезбеди барем минимален обем на услуга. Мапата на оптималните точки на кривите кажува за однесувањето на технологијата во секој конкретен случај. Промената на косините значи дека се менува релативната продуктивност на различните фактори, а зголемувањето или намалувањето на враќањето на скалата се рефлектира во промените во празнините помеѓу точките на кривите. Меѓутоа, при изборот на комбинација на инпути со најниска цена за употреба во производството, треба да останеме свесни и за сите промени во релативната цена на инпутите.

Постои постојана еволуција и развој на здравствените технологии. Ова значи дека е многу веројатно дека ефикасното користење на ресурсите и минималните трошоци на услугите постојано ќе се менуваат. Разбирањето на теоријата на производство и трошоци може да помогне да се потсетиме дека буџетите за одредени услуги обично не треба да останат непроменети. Исто така, помага да се фокусираме на фактот дека потенцијалот за намалување на трошоците со технички промени варира помеѓу услугите, а намалувањата во рамки на буџетот не го земаат ова предвид.

2. Промени во цените на релативните фактори

До одреден степен, цените на инпутите зависат од работата на пазарот. Цените на опремата, лековите, зградите и потрошниот материјал во голема мерка се одредуваат од пазарните сили. Побарувачката и обезбедувањето персонал со одредени вештини, исто така, може да игра главна улога во одредувањето на платите. Сепак, често пати постојат и други фактори кои имаат важни влијанија врз одредувањето на цените на инпутите. Работата на синдикатите (вклучувајќи ги и „професионалните“ здруженија) може да ги зголеми платите. Професионалните организации можат да бидат ефикасни во ограничувањето на понудата на квалификуван персонал и на тој начин може да ги покачат платите. Многу земји имаат закони за минимална плата што влијаат врз цената на неквалификуваниот персонал. Сепак, на долг рок, условите за понуда и побарувачка најверојатно ќе бидат важни детерминанти на овие цени.

Во секоја растечка економија постои тенденција за зголемување на платите на сите работници. Трошоците за опрема обично опаѓаат со текот на времето (иако ова може да биде маскирано со зголемена софистицираност и повисоки спецификации). Всушност, техничките промени се важен извор на пониски трошоци, но важно е да се знае дека техничката промена сама по себе не може да ги зголеми трошоците за производство на даден производ. Постои широко распространета конфузија, бидејќи новата технологија може да се поврзе со повисоки трошоци за здравствена заштита преку подобрување на квалитетот и со обезбедување нови можности за лекување на болеста, но не може да ја зголеми цената на дадената услуга.

Резултатот на техничките промени е намалување на трошоците за опремата за која било дадена единица на производство. Овој процес се јавува во целата економија, што доведува до постепено зголемување на платите за сите работници. Ова значи дека се менуваат релативните цени на трудот и другите инпути, при што трудот станува релативно поскап од другите инпути. Заради оваа причина, важно е да се запомни дека начинот на обезбедување услуги по најниската цена веројатно ќе се промени, дури и кога нема промена во основната технологија. Вообичаено е можно да се направи некоја замена помеѓу опремата и работната сила, што значи дека она што е „ефикасно производство“, најверојатно, ќе се промени со текот на времето.

Како што технологијата се развивала, некои стоки и услуги станаа многу „полесни“ и поевтини. Во земјоделството, развојот на системите кои овозможува користење волови значително ја зголеми продуктивноста на земјоделските работници, а развојот на механички технологии дополнително ја зголемија. Во механизацијата на индустријата, поделбата на трудот и новите материјали овозможуваат стоката да се произведува со многу

пониски трошоци. Сепак, некои услуги се произведени од страна на индустрии на „ракотворби“ (Baumol, 1995) и тие имаат поограничен простор за технолошки напредок и намалување на трошоците. До одреден степен, здравствената заштита може да се гледа како таква индустрија. Иако многу елементи на услугите се автоматизирани, а новите лекови и апарати можат да ги намалат трошоците, голем дел од повеќето трошоци за здравствени услуги доаѓаат од вработените кои се грижат за пациентите и потешко е да се добие технички напредок во овој вид работа. Цените на занаетчиските стоки генерално се зголемуваат со текот на времето во однос на другите стоки. Додека работниците во индустриите со брзи технички промени можат да добијат повисоки плати од споделување на придобивките од повисоката продуктивност, во здравствената заштита повисоките плати веројатно ќе доведат до повисоки трошоци за неа. Зголемувањето на релативната цена на здравствената заштита може да се смета за неизбежна карактеристика на индустријата која, по својата технологија, е повеќе рачна изработка од масовно производство.

3. Што подразбираме под трошоци

Никогаш не е лесно да се одговори на ова прашање. Класичниот одговор е дека економистите користат „трошок“ за да означат трошок за прилика - тоа е вредноста на излезот на ресурсите во нивната најдобра алтернативна употреба. Тоа е многу едноставно. Но, што ја одредува цената што мора да ја платиме за инпутите и која е вредноста на најдобрата алтернативна употреба на ресурсите? Навистина, која е најдобрата алтернативна употреба на ресурсите? Системите за здравствена заштита, вообичаено, се подложни на многу правила и прописи – често тоа се важни извори на безбедност и заштита на корисниците. Меѓутоа, ограничувањата можат да ги нарушат цените. Во многу случаи, цените на инпутите (платите и цени на капиталните и потрошните инпути) вклучуваат елемент на економската рента - односно, тие се платени повеќе отколку што е неопходно за да бидат достапни. На пример, можеби некој ќе биде подготвен да работи за €70 дневно, но со задоволство ќе прифати €120 ако му се понудат. Во овој случај, цената е €70, но покрај тоа прифаќа економска наемнина од €50 дневно. Во принцип, таквите плаќања за изнајмување не се дел од трошоците, но многу е тешко да се раздвојат.

Посложените прашања произлегуваат од патентираните уреди и лекови. Трошоците за развој се наплатуваат преку наплата на цени кои се над директните трошоци за производство на добрата и одржување на опремата. Без надоместок за инвестирање во истражување и развој на нови производи, малку е веројатно дека ќе се развијат многу

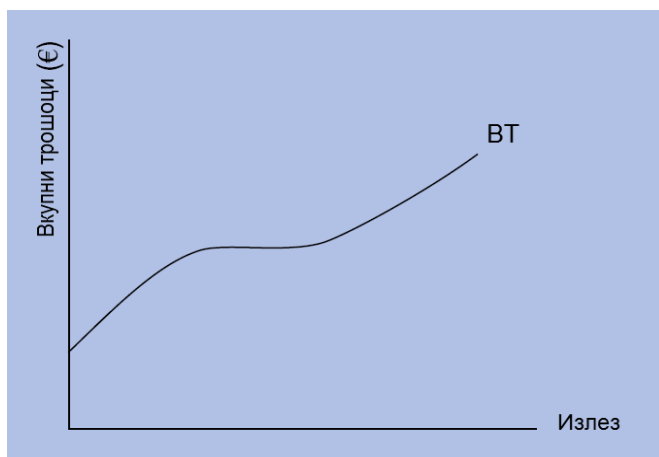
нови лекови, па на многу начини заштитата на патентите е ефикасен начин за обезбедување стимулации за иновации. Но, ова не значи дека цената што се наплаќа е над трошоците.

4. Проценка на функциите на трошоци во здравствената заштита

Анализата на точките на кривите обезбедува рамка за анализа на можните врски помеѓу инпутите за здравствената заштита и трошоците. Емпириското испитување на шемите на трошоци може да биде корисно во разбирањето на тоа кој е најевтиниот начин на обезбедување услуги во различни околности. Очигледното прашање е дали постојат *економии од обем* (на пример, дали единица трошок за производство на услуги паѓа со зголемување на обемот на производство?). Ако во болниците постојат значителни економии на обем, тогаш постојат предности во тоа да се има помалку, а поголеми болници. Сепак, важно е да биде јасно зошто ова може да биде случај. Важно е да се направи разлика помеѓу ефектите врз единечните трошоци за давање поголем дел од дадената услуга (на пример, царски рез или операции на катаракта) и ефектите врз трошоците на поголема болница во целина.

Постојат докази дека трошоците за релативно високи технолошки постапки, паѓаат со зголемување на обемот (Cronin et al., 1998), но многу помалку дека постојат големи економии на ниво на целата болница. Во некои случаи е откриено дека постојат *економии од обем* - односно со комбинирање одредени различни услуги во истата организација ќе има заштеди. Тие најверојатно ќе постојат ако некоја опрема или кадар може корисно да се дели помеѓу различните служби. Историјата на развојот на здравствената инфраструктура во текот на изминатите педесет години покажува дека има широко распространето верување во економиите на обем, со заедничка шема што претставува затворање мали болници и повторен развој на услугите во помалку поголеми сместувања. Иако овој тренд можеби сега се менува во спротивна насока, сепак е вообичаено да се слушнат планери и клиничари. Таквите промени се нарекуваат *рационализација*. Во минатото, најголемиот дел од развојот на инфраструктурата за здравствена заштита се одвивал без конкретни докази за односите меѓу она што се произведува, како се произведува и за колкава цена може да се произведе.

Слика 4.5 Крива на вкупни трошоци



Извор: McPake, B. (1993) 'User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature', *Social Science and Medicine* Vol.36, No.11, pp.503-726.

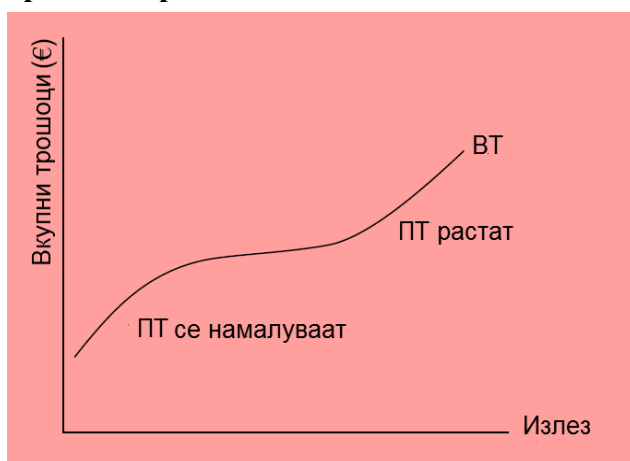
Функциите за трошоци можат да се проценат со споредување на податоците од различни даватели на грижа за да се истражат главните детерминанти на трошоците. Важно е во таквите студии да се води сметка за комбинациите кои може да настанат и затоа ова може да зададе сериозни потешкотии. Постојан проблем е тоа што за навидум слични случаи во здравствената заштита може да има многу различни трошоци (Gray et al., 1997). Постои сè повеќе литература за функциите на трошоци во обезбедување здравствената заштита, и станува јасно дека економиите од обем се доста ограничени, но можат да бидат важни за одредени видови услуги. Комбинацијата на случаи е многу важна. Доказите го потврдуваат тврдењето на Баумол - дека здравствената заштита има многу од карактеристиките на индустријата на ракотворби.

Целта на проценката на функциите на трошоците е да се открие повеќе за односот помеѓу трошоците и различните начини на кои услугите може да се испорачаат. Важно е да се напомене - бидејќи постојат некои фиксни трошоци, при нула излез постои позитивен трошок. Ова се применува на „краток рок“ само затоа што како „долг рок“ се дефинира периодот во кој сите фактори на производство може да се менуваат - со други зборови, нема фиксни трошоци. Односите за трошоци кои се разгледуваат се оние кои се очекува дека ќе се менуваат во „краток рок“.

Во овој случај вкупните трошоци се зголемуваат со намалување на стапката при понизок излез и со зголемување на стапката при повисок излез. Ова укажува на тоа дека при пониски нивоа на излез има економии на обем, но тие исчезнуваат и се враќаат при повисок излез. Акцент се става врз интересот на вкупните трошоци за давањето услугите - на пример, ако се постави буџет за услугата. Меѓутоа, за повеќето цели,

заинтересираноста е за две други мерки - трошокот за секоја единица услуга (*просечниот трошок*) и трошокот за една услуга повеќе или помалку (*маргиналниот трошок*). Од вкупната крива на трошоци овде може да се пресмета просечниот трошок. Можеме да видиме дека при помал излез просечниот трошок паѓа, бидејќи со секоја дополнителна единица услуга сите единици стануваат поевтини. Сепак, како што се зголемува излезот, ова е обратно. Ова е прикажано на Слика 4.6.

Слика 4.6 Трендови на просечните трошоци во различни области од вкупната крива на трошоци

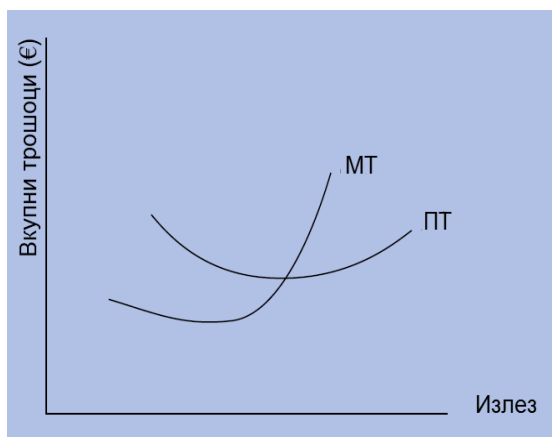


Извор: Wagstaff, A. (1986), "The demand for health: some new empirical evidence". *Journal of Health Economics*, Vol.(5), No.5, pp.195–237.

Од овој модел можеме да ја изведеме просечната цена - во овој случај ќе биде во форма на буквата U. Исто така, можеме да ги пресметаме маргиналните трошоци. Маргиналниот трошок е *дополнителниот трошок за уште една единица услуга*. Ова може да се опише како промена на вкупните трошоци поделени со промената на излезот - и секако ова само го опишува *наклонот* на вкупната крива на трошоци. Оваа крива е позитивна по должината на вкупната крива на трошоци, но наклонот првично се намалува, а подоцна се зголемува. Слично на тоа, кривата на маргиналните трошоци почнува со паѓање, а потоа се зголемува. Кривите на просечните и маргиналните трошоци се прикажани на Сл. 4.7.

Лесно се забележува дека кривата МТ ја преминува кривата ПТ во најниската точка. Ова не е случајно. Ако просечниот трошок падне, тогаш следува дека трошокот за уште една единица услуга (МТ) мора да биде помал од просекот. Ако просекот расте, тогаш трошокот за уште една услуга мора да биде над просекот. Така, кривата МТ секогаш се вкрстува со кривата ПТ во најниската точка.

Слика 4.7 Просечни трошоци и маргинални трошоци



Извор:Wagstaff, A. (1986), ” The demand for health: some new empirical evidence”. *Journal of Health Economics*, Vol.(5), No.5, pp.195–237.

Во оваа анализа на краток рок, облиците на кривата на трошоци го одразуваат „враќањето на фактор“, наместо „враќањето на опсег“ бидејќи, како што беше дискутирано погоре, тие одразуваат како се менуваат трошоците кога еден фактор на производство (или влез) се менува, додека другиот се смета за фиксен. Нормалното толкување на трошоците за третман или операција е просечниот трошок. (Schulze et al., 2001). На пример, би можеле да кажеме дека да се имунизира дете од главните заразни болести чини €20 или да кажеме дека коронарна ангиопластика чини околу €2000. Понекогаш релевантната мерка за трошоците е маргиналниот трошок, бидејќи прашањето за здравствената политика може да биде „дали треба да сториме повеќе?“ Многу сериозни грешки во планирањето следелезаради збунувачките просечни и маргинални трошоци.

Економистите и сметководителите кон трошоците се однесуваат различно. Сметководителите ги земаат предвид само експлицитните трошоци за водење бизнис при утврдување на сметководствената добивка на медицинска фирма. Експлицитните трошоци лесно се идентификуваат, бидејќи неодамнешната пазарна трансакција е достапна за да обезбеди точна мерка на трошоците. Плаќањето плати за вработените, сметките за комунални услуги и трошоците за медицински услуги се примери за експлицитни трошоци на здравствените фирми (Santerre, Neun, 2007). Економистите ги земаат предвид и експлицитните и имплицитните трошоци за производство. Имплицитните трошоци ги одразуваат можностите за користење на средствата што ги поседува медицинската фирма. На пример, општ лекар може да поседува физички

средства користени при производство на лекарски услуги. Во овој случај, неодамнешна пазарна трансакција не е достапна за да се одреди трошокот за користење на овие средства. Како и да е, кога се користат, направени се трошоци за можности, бидејќи физичките средства можеле да се изнајмат за алтернативна употреба. На пример, клиниката може да се реконструира и изнајми како центар за психолошко советување, а медицинската опрема би можела да се изнајми од друг лекар. Значи, претходно платените наемнини ја одразуваат можноста за користење на физичките средства во сопственост на општиот лекар (Johnson-Lans, 2006). При утврдувањето на економскиот профит на фирмата, економистите ги земаат предвид вкупните трошоци за водење бизнис, вклучувајќи ги и експлицитните и имплицитните трошоци. Економистите веруваат дека е важно да се утврди дали постојат доволно приходи за покривање на трошоците за користење на сите инпути, вклучувајќи ги и оние што се изнајмени и поседувани. На пример, ако приходот од изнајмувањето на физичките средства е поголем од приходот за користење, општиот лекар можеби е подобро да ги изнајми средствата, наместо да ги задржи за лична употреба.

Крива на краткорочни трошоци-Теоријата на трошоци за теоријата на производство на медицинската фирма која претходно беше наведена, ја поврзува количината на излез со трошоците за производство. Како таква, таа идентификува како вкупните трошоци реагираат на промените во излезот. Ако продолжиме со претпоставката за двата инпути на персонал-часа n , и капиталот k (сепак фиксни), краткорочните вкупни трошоци, STC , за производство на одредено ниво на медицински излез, q , може да се запишат како:

$$STC(q) = wn + r\bar{k}$$

кадешто w и r ја претставуваат платата за персоналот и наемнината, или трошоците за можности на капиталот, соодветно. Се претпоставува дека влезните цени се фиксни, што значи дека една медицинска фирма може да ги купи овие инпути без да влијае врз нивните пазарни цени. Ова е валидна претпоставка сè додека фирмата е купувач на инпути во однос на вкупниот број купувачи на пазарот (Santerre, Neun, 2007). Равенката погоре подразбира дека краткорочните вкупни трошоци за производство се зависни од количините и цените на влезните средства што се користат. Стапката на плата во однос на бројот часови на персоналот е еднаква на вкупната плата и ги претставува вкупните варијабилни трошоци за производство. Варијабилните трошоци одговараат на промените во вкупното производство. Производот од цената на наемот и количината на капиталот ги претставуваат вкупните фиксни трошоци за производство. Оваа

компонента на трошоци не се менува со нивото на производство, бидејќи количината на капитал е фиксна (Johnson-Lans, 2006). Вкупната крива на производи не само што ја идентификува количината излез на здравствена заштита произведена од одреден број часови на персоналот, туку, исто така, го покажува, реципрочно, бројот на персонал-часови потребни за да се произведе одредено ниво на здравствено производство. Со оваа информација, може да се одредат вкупните краткорочни трошоци за различни нивоа на здравствената заштита. Прво, преку функцијата на производство, се одредува потребниот број работни часови - n , за секое ниво на медицинско производство. Второ, количината на персонал-часовите се множи со платата по час за да се добијат краткорочните вкупни варијабилни трошоци на производството ($STVC$), или wn . Трето, на $STVC$ се додаваат краткорочните вкупни фиксни трошоци ($STFC$ или rk) за да се пресметаат краткорочните вкупни трошоци на производството (STC). Оваа процедура во три чекори за секое ниво на излез може да се користи за да се добие кривата на вкупни краткорочни трошоци.

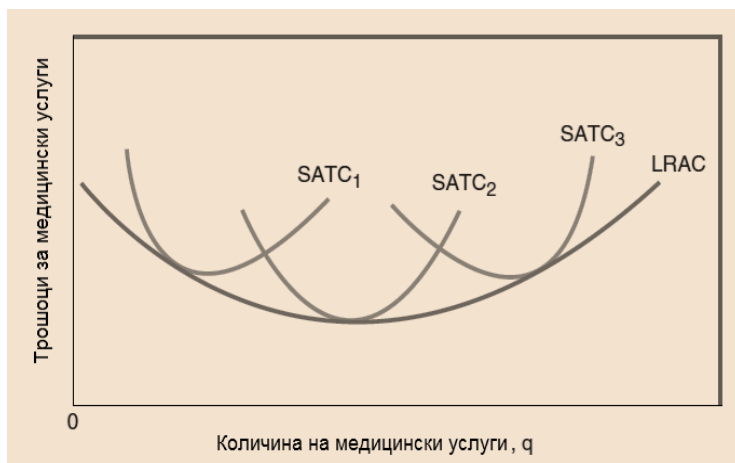
Фактори кои влијаат брз позицијата на кривата на краткорочни трошоци. Различни краткорочни околности влијаат врз позицијата на вкупната крива на трошоци. Меѓу нив се и цените на променливите инпути, квалитетот на грижата, комбинациите на случаи на пациентите и количините на фиксни инпути. Секогаш кога се менува секоја од овие променливи, позицијата на кривата на трошоци се менува со нагорна или надолна промена во зависност од тоа дали трошоците се зголемуваат или се намалуваат. Адекватно утврдената вкупна функција на варијабилни трошоци за здравствени услуги треба да ги вклучува следните променливи (Johnson-Lans, 2006):

$STVC = f$ (ниво на излез, цена на инпути, квалитет на грижа, комбинација на случаи на пациенти, количина на фиксните инпути)

Долгорочните економии на обем се однесуваат на идејата дека просечните трошоци опаѓаат кога медицинската фирма станува физички поголема поради специјализацијата на трудот и капиталот. Поголемите медицински фирми можат да користат поголеми и повеќе специјалности во различни работни задачи вклучени во процесот на производство. На пример, луѓето обично се многу вешти во одредена задача која постојано ја изведуваат. Затоа, специјализацијата им овозможува на поголемите фирми да создаваат зголемени количини производство со помали трошоци. Надолу закривениот дел од кривата на долгорочните просечни вкупни трошоци (LATC) на Слика 4.8 ги одразува економиите на обем.

Во согласност со долгорочните економии на обем се растечките приноси на обем. Зголемување на приносите на обем се јавува кога зголемувањето на сите инпути резултира со повеќе од пропорционално зголемување на излезот. На пример, удвојувањето на сите инпути што резултира со три пати повеќе излез е знак за зголемување на приносите на обем. Слично на тоа, ако удвојувањето на производството може да се постигне без удвојување на сите инпути, процесот на производство покажува долгорочно зголемување на приносите или економии на обем. Повеќето економисти веруваат дека економиите на обем се исцрпени во одреден момент и се појавуваат дисекономии на обем. Дисекономиите на обем се појавуваат кога медицинската фирма станува преголема. Бюрократската црвена линија станува вообичаена, а комуникациските текови од врвот до дното се распаѓаат. Како резултат на тоа, понекогаш се носат лоши одлуки.

Слика 4.8 Крива на долгорочни просечни трошоци



Извор: Rothschild, M and J Stiglitz. (1976) "Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information", *Quarterly Journal of Economics*, Vol.(90), No.8, pp.64-629.

Дисекономиите на обем, исто така, може да се толкуваат да значи дека зголемувањето на сите импути резултира со помалку од пропорционално зголемување на производството или намален принос на обем. На пример, ако бројот на сликар-часови се удвојува во стоматолошка ординација, а носителите на одлуки се принудени тројно да го зголемат секој инпут (персонал, канцелариски простор и сл.) за да имаат одредено зголемување на услугите, процесот на производство на стоматолошката канцеларија се карактеризира со намалување на приносот или дисекономии на обем. Друга можност која е прикажана на Слика 4.6 е дека процесот на производство покажува постојан принос на обем. Константен принос на обем се случува кога, на пример, удвојувањето на инпутите

резултира со двојно зголемување на излезот. Во поглед на долгорочните трошоци, постојаните приноси подразбираат хоризонтална крива на LATC. Ова, пак, значи дека долготрајните просечни трошоци се независни од производството.

Поместувања на кривата на просечни долгорочни трошоци. Позицијата на кривата на долгорочни просечни трошоци е определена со збир на долгорочни околности кои ја вклучуваат цената на сите инпути, квалитетот и комбинациите на случаи на пациенти. Кога овие околности се менуваат на долг рок, кривата на долгорочни просечни трошоци се менува нагоре или надолу, во зависност од тоа дали промената вклучувала повисоки или пониски долгорочни трошоци за производство. На пример, технологијата за заштеда на трошоците има тенденција да ја помести кривата на долгорочни просечни трошоци надолу (Johnson-Lans, 2006).

4.4.2 Дали можеме со промена на постапката да добиеме иста корист со помалку средства?

Одредувањето на приоритетите се смета за многу важно прашање при постапувањето на јавниот сектор, особено затоа што се однесува на исправното користење на јавните или јавно овластените фондови. Во таа смисла, не е важно дали нудењето услуги е општествено или приватно, исто така не е ни важно колку се платени лицата кои што ги нудат тие услуги. Она што е важно при договарањето со приватните здравствени установи, како и нивното плаќање од фондот за јавно осигурување, е Владата да може и да мора да обезбеди зацртаните приоритети да се почитуваат за да се спроведе здравствената политика (дури и тогаш кога тоа не вклучува директни и конкретни услуги на приватниот сектор). Во сферата на приватното здравствено осигурување, кое претставува доброволно финансирање одредени услуги, воглавно не постојат експлицитни приоритети. Тој дел на здравствениот систем пред сè одговара на барањата на поединците (пациент, клиент), во однос на општите потреби. За интервенциите кои не се наоѓаат во државниот пакет на ФЗО, доаѓа до судир на трошоците на лечењето кои тогаш бараат лично учество (плаќање од џеб). Ова е посебен проблем кај сиромашната популација (особено кога овие услуги се нудат во иста здравствена установа). Клучните институции кои влијаат врз системот на нудење услуги, опфаќаат донесување правила кои се однесуваат на управување(управување, распределба на информации, координација и уредување) и набавки. Здравствените интервенции во смисла на услуги или активности се предмет на „игри” и опфаќаат клиничко лечење, мерки за превенција на народното здравје и постапки за промоција на здравјето кои се остваруваат помеѓу поединечните сектори. Студијата за здравствената

економија вклучува примена на разни микроекономски алатки, како што е побарувачката или трошковната теорија, на здравствени прашања и слични проблеми. Целта е да се промовира подобро сфаќање на економските гледишта на здравствените проблеми, така што подобрените здравствени политики може да бидат подобро дизајнирани и понудени за примена. Темелното разбирање на микроекономски анализи е од суштинско значење за спроведување на сеопфатна здравствена анализа на здравствената економика. Алатките за здравствената економика можат да се применат за широк обем на прашања и проблеми кои би се однесувале на здравјето и здравствената заштита. На пример, анализата на здравствената економика би можела да се користи за да се испита зошто 25 од 1000 бебиња родени во Турција никогаш не го доживеале својот првроденден, додека 3 од 1000 бебиња родени во Јапонија живеат за да можат да уживаат во нивната прва роденденска торта. Алатките за анализата на здравствената економика исто така може да се искористат за да се пронајде економското посакување и спојување помеѓу две големи болници во една голема метропола. Главното прашање е дали спојувањето на двете болници резултира со пониски болнички цени поради вкупните заштеди на трошоците или повисоки цени поради пазарната моќ.

Здравствената економија е тешка за дефинирањесамо во неколку збора, бидејќи ги опфаќа таквите широки распони на различни концепти теории и теми. Медицинската енциклопедија Мозби (Mozbi, 1992), здравствената економија ја дефинира на следниов начин: *Здравствена економија Ја проучува понудата и побарувачката на здравствени ресурси и влијанието на здравствените ресурси врз населението.* Здравствената економика е дефинирана како однос на утврдувањето и распределбата на здравствените ресурси. Ова е логично, бидејќи медицинските добра и услуги не можат да постојат без нив. Здравствените ресурси се состојат од медицински материјали, како што се фармацевтски производи, гумени ракавици и постелнини, персонал, како што се лекари и лабораториските асистенти и капитални влезови, вклучувајќи ги домовите за стари лица и во болниците, дијагностичката и терапевтската опрема и други предмети кои обезбедуваат здравствени услуги. За жал, ресурсите за здравствена заштита, како и ресурсите воопшто, се ограничени или временски ограничени во одреден момент, а посакувањата се секогаш без граници. Компромис е неизбежен, без разлика дали станува збор за пазарен или владин систем за здравствена заштита, мора да се направат голем број правилни и клучни избори. Овие избори вообичаено се карактеризираат со четири основни прашања. Ресурсите се ретки и ограничени. Недостатокот на ресурси значи дека секое општество мора да носи важни одлуки во врска со потрошувачката,

производството и дистрибуцијата на стоки и услуги за давање на правилен одговор на четирите базични прашања (Schulze et al., 2001):

- 1. Кој микс на немедицински и медицински производи и услуги треба да се избере за да се произведува во макроекономијата?*
- 2. Кој микс на медицински производи и услуги треба да се произведе во здравствената економија?*
- 3. Кои посебни здравствени ресурси треба да се користат за производство на одбраните медицински производи и услуги?*
- 4. Кој треба да ги прими медицинските добра и услуги што се произведуваат?*

Врз основа на тоа како едно општество избира да одговори на овие четири прашања, има големо влијание врз функционирањето и ефикасноста на нејзината здравствена економија. Првите две прашања се однесуваат на распределбата на ефикасноста: Кој е најдобриот начин да се распределат ресурси за различни потрошувачки цели? Првата одлука се однесува на каква комбинација на стоки и услуги да произведе во целокупната економија. Индивидуалците во едно општество имаат неограничени желби во врска со немедицинските, но и медицинските стоки и услуги, имајќи на ум дека ресурсите се ретки. Како резултат на споменатото, мора да се донесат одлуки за најоптимален микс на медицински и немедицински добра и услуги во овој процес. Ако повеќе луѓе се обучени како лекари или медицински сестри, помалку луѓе се на располагање за производство на немедицински стоки, како што се храна, облека и засолниште. На овој начин, повеќето медицински производи и услуги ќе подразбираат помалку немедицински стоки и услуги, и обратно, со оглед на ограничена количина ресурси.

Втората одлука за потрошувачка би вклучила соодветен микс на медицински добра и услуги за производство во здравствена економија. Оваа одлука, би вклучила баланс. На пример, ако повеќе средства за здравствена заштита, повеќе медицински сестри и медицинска опрема, се наменети за производство на услуги за нега на мајчинство, помалку ресурси ќе бидат достапни за производство на нега на стари лица. Алоцирањето на ефикасноста во целокупната здравствената економија најдобро се постигнува кога се избира најдобрата комбинација на производи со оглед на основните општествени посакувања.

Третото прашање - кои специфични ресурси за здравствена заштита би требало да бидат употребени? - Производи со ефикасна продуктивност. Вообичаено, ресурсите или влезовите може да се комбинираат за да произведат одредено добро или услуга на

многу различни начини. На пример, болничките услуги може да се нудат на начин кој е капитален или пак трудоинтензивен. Големата количина на софистицирана медицинска опрема во однос на бројот на пациенти кои се опслужени рефлектира капитално-интензивен начин на производство на болнички услуги, додека високиот однос на медицински сестри на пациент укажува на трудоинтензивен процес. Ефикасноста на производството подразбира дека општеството добива максимален излез од своите ограничени ресурси, бидејќи најдобрата мешавина на влезови е избрана за да се произведе секое добро. РРС нуди добар пример за едноставен но истовремено моќен модел, бидејќи насочува кон неколку важни лекции, вклучувајќи ги:

- (1) важната економска улога на недостигот;
- (2) значењето на економските одлуки;
- (3) трошоците за неефикасност; и
- (4) како растот се одвива во една економија.

Одговорот на четвртото прашање - кој треба да добие медицински добра и услуги? - се занимава со дистрибутивната правда или еднаквост. Прашањето е дали дистрибуцијата на услуги е правична и фер за сите вклучени фактори. Во пракса, земјите од целиот свет избираат да се справат со ова прашање на многу различни начини. Кога размислуваме за дистрибутивното прашање, понекогаш е корисно да се разгледаат двата теоретски спротивни начини на дистрибуција на излез: чист пазарен систем и совршен систем. Стоките и услугите се дистрибуираат во прочистен пазарен систем кој се базира исклучиво врз подготвеноста и способноста на секој човек, бидејќи одлуките во врска со четирите основни прашања се одговараат децентрализирано во рамки на пазарните системи. Тоа значи дека, добрата и услугите се дистрибуираат или рационализираат кон оние луѓе кои се подготвени и способни да ги купат на пазарот. Бидејќи луѓето се соочуваат со предизвик да заработат пари за подобро да би можеле да си дозволат добра и услуги во чист систем на пазарот, тие имаат тенденција да работат напорно и соодветно да заштедат за сегашната и идната потрошувачка. Како резултат на тоа, продуктивните ресурси имаат тенденција да бидат распределени ефикасно во чист пазарен систем. Со други зборови, финансиската мотивираност за поврзување со чист систем на пазарот може да укаже на тоа дека економијата работи на принципот на РРС.

Во многу случаи, разликите во способноста за плаќање меѓу поединци се одразуваат на тоа дека некои свесно одбрале да работат понапорно и да заштедат повеќе од другите. За жал, разликите во способноста за плаќање, може да покажат дека некои луѓе имаат помал приход поради несреќни животни околности, како што се ментални,

физички или социјални ограничувања. Без оглед на причина, луѓето без доволно примања се соочуваат со финансиска бариера за добивање добра и услуги во чист пазарен систем во кој цената служи како механизам за рационализација. Со оглед на разликите во приходите, на голем дел од луѓето нема да им бидат достапни определен број стоки и услуги. Како резултат на тоа, чистиот пазарен систем, вообичаено, се смета за инхерентно неправеден од страна на повеќето аналитичари кога станува збор за дистрибуција на добра и услуги, како што се добрата од здравствената заштита.

Во систем од ваков вид, секој има пристап до истите стоки и услуги без оглед на доходот кој го остварува или куповната подготвеност. Односно, на никој не му е забранет пристапот до потребните стоки и услуги. Но, може да постои поттик за луѓето да изберат да работат и да заштедат помалку, бидејќи одлуката за потрошувачка е различна од распределбата на заработениот приход. Поради оваа неефикасна алокација на ресурси, сè помалку стоки би можеле да бидат достапни за дистрибуција во егалитарен систем. Во овој случај, економијата може да работи внатре во РРС.

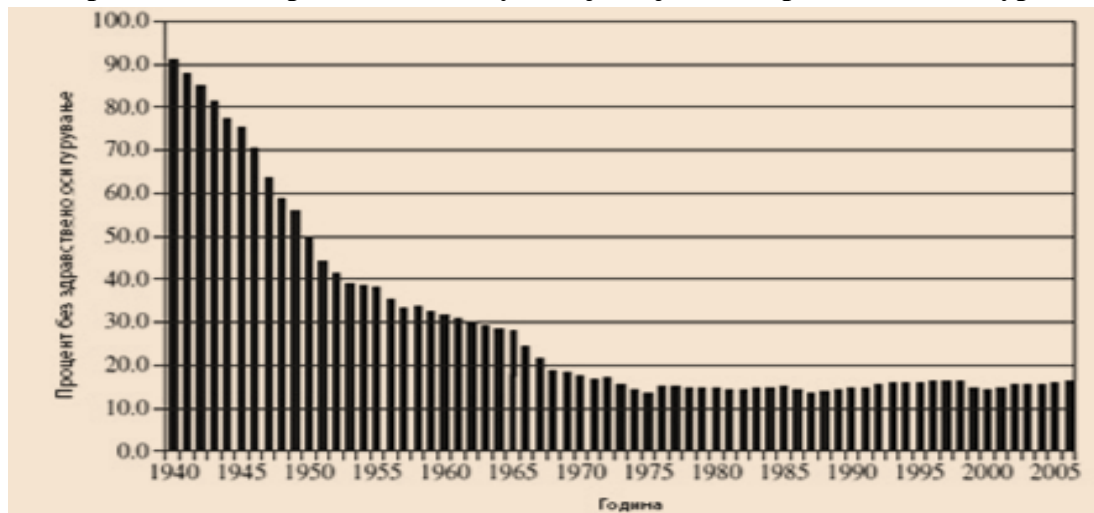
Во пракса, повеќето земји имаат прифатено мешан дистрибутивен систем, со централен наспроти дистрибуцијата на пазарот која варира по степени во различни земји. На пример, во САД, многу стоки и услуги се испорачани на пазарот од страна и на самата влада. Бонови, привремена помош за сиромашни семејства и програми за медикаменти претставуваат дел од многуте политики што ги усвои владата на САД за да се редистрибуираат стоките и услугите. Дел од популацијата аплаудира на овие програми, тоа се најчесто подолните слоеви, додека другите повисоките слоеви тврдат дека програмите ја нарушуваат ефикасноста и еднаквоста. Тие тврдат дека ефикасноста и еднаквоста се компромитирани кога оние кои решаваат да направат помалку ресурси за производство се наградени преку редистрибутивни програми, а продуктивните лица се казнуваат со оданочување. Импликациите за ефикасност и еднаквост на различни редистрибутивни политики постојано се дебатираат во САД и на други места. Во контекст на здравствената заштита, последицата на оваа дебата би можела да одреди кој да живее а кој да умира. Очигледниот недостиг на економските ресурси, генерално, секое општество би сакало да произведе најдобра комбинација на добра и услуги со користење на најевтините методи на производство. Комбинирањето е неизбежно. Како што РРС ни илустрира, износот на едно добро или услуга мора да се откаже ако производството и потрошувачката на друго добро има тренд на зголемување. Како резултат на тоа, секое општество мора да направи радикални одлуки во врска со потрошувачката и производните активности, бидејќи недостатокот е реалност. Одлуките

би можеле да вклучат чувствителен баланс, на пример, помеѓу младите и старите, помеѓу превенцијата и третманот, или помеѓу мажите (рак на простата) и жените (рак на дојка). Покрај ова некои лица немаат финансиски пристап до неопходните стоки и услуги, како што се храна, домување и медицинска грижа. Бидејќи постигнувањето на еднаквост е сложен цел, општеството обично бара некоја реалокација на приходот. Природно е да се создаде прераспределбата која ќе вклучи оданочување. Данокот на трудот односно капиталниот доход има тенденција да создаде дестимулатор за вработување на ресурсите. Неефикасното производство сугерира дека во општеството има помалку стоки и услуги од потребното (производство во рамките на РРС). Така честопати постои компромис меѓу еднаквоста и ефикасноста и зависно од околноста би морало да се донесат значајни одлуки за задоволување на двете категории маси со различни статуси. Дизајнот на државниот системот на здравствена заштита, вообичаено, го рефлектира начинот на кој општеството го избира балансот на ефикасноста и капиталот. Здравствената економија, како и макроекономија вклучува производство и потрошувачка на добра и услуги за дистрибуција на производи кон потрошувачите. Здравствената економија се разликува од макроекономијата, бидејќи јасно ги разграничува активностите за производството, потрошувачката и дистрибуција кои директно се однесува на здравјето на населението. Разликите се однесуваат на начинот на кој економистите го следат пулсот на макроекономијата во корелација со здравствената економија, додека економистите се потпираат на ефикасноста и еднаквоста. Стапките на невработеност, инфлацијата и стапките на раст на бруто домашниот производ кога се оценуваат резултатите од макроекономијата се земаат во предвид. За здравствена економија, аналогните индикатори за ефикасност се компонентите кои ја сочинуваат таканаречената тригодишна потпора на медицинска грижа: трошоци, пристап и квалитет. Иако здравствените економисти повеќе се фокусирани кон ефикасноста и еднаквоста, многу често користат варијации на медицинската потпора со три столба за да се оцени ефикасноста на здравствената економија. Ќе дискутираме за историски, но и современи податоци за секоја од овие компоненти, во следните делови. Дискусијата не само што ги воведува различните столбови на медицинската потпора, туку исто така ги мотивира и упатува и насочува. Можеме да размислуваме во насока на трошоците кои се прават за медицинска грижа што ги претставуваат вкупните трошоци при користење на разни општествени ресурси. Тоа се труд и капитал за да се произведе медицинска грижа, а не други добра и услуги.

Пристапот за медицинска нега претставува друг дел од медицинската потпора, и се однесува на дистрибутивното прашање. Тоа е: Дали секој има оправдан пристап до медицинска нега навреме кога таа е потребна? Навремениот пристап може да се измери со бројот на проценти кои поседуваат здравствено осигурување. За повеќето луѓе, трошоците за тешка нега, пример, трансплантација на органи и кариоваскуларна хирургија, се надвор од нивните финансиски можности. Како што е објаснето целосно, за релативно мала исплата или премија, осигурувањето обезбедува пристап до високи трошоци, за интервенции кога луѓето се соочуваат со тешки повреди или болести. Така, здравственото осигурување претставува клучен фактор во смисла на обезбедување навремен пристап до медицинска нега. Слика 4.9 нуди информации околу процентот на лицата без здравствено осигурување во САД од 1940-та година. Пред да се разгледаат податоците на Слика 4.9, треба да се забележи дека продукцијата на здравствено осигурување значително е променето како што одминуваат годините. Пред 1970-та год., најголем дел од популацијата купувале само болничко осигурување. Денес луѓето купуваат здравствено осигурување за различни видови на медицинска нега, како што беше споменато претходно. Износот на трошоците за здравствена грижа се покрива од осигурувањето и се зголемува со текот на годините. Од таа причина заради постојана конзистентност, може да се погледне Слика 4.9 која го покажува процентот на населението во САД без болничко осигурување. Во секој случај, податоците на сликата покажуваат дека се направени радикални промени во однос бројот на осигурени лица во САД. Во 1940-тата година, само 10 проценти од населението во САД поседувало здравствено осигурување, купено речиси целосно на приватниот пазар, дури и пред програмите за јавно здравствено осигурување, почнувајќи со актитеод средината на 1960-тите години.

По 1940-тите голем дел од популацијата започна да купува приватно здравствено осигурување во САД. До 1975 година неосигурената стапка на население во САД се намали за околу 13% поради приватни набавки и јавни трошоци. Веќе од 1980 година упорни падови на неосигурената стапка не се материјализираа. Во 2006 година стапката на неосигуреност во САД изнесуваше скоро 16 проценти. Треба да се напомене дека значителен процент од населението во САД нема пристап до медицинска нега поради нивниот неосигурен статус. Ова се две дополнителни области за кои што се потребни соодветни алатки за анализа на здравствени економии со цел подобро здравје во општеството.

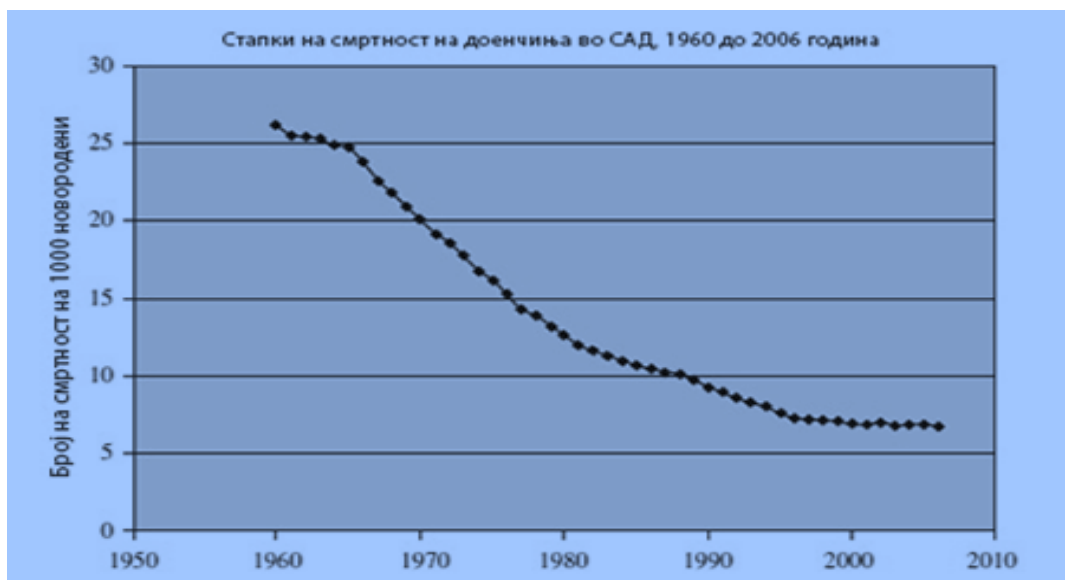
Слика 4.9 Процент од американската популација која не е здравствено осигурана



Извор: Santere., (2007), *Journal of the American Dietetic Association*, Vol.107, Issue 8, pp. 1333-1338.

Последниот столб од медицинската потпора е квалитетната медицинска нега. Квалитетот претставува комплексен и мултидимензионален концепт. Во согласност со другите два столба на медицинска потпора, ја имаме во предвид мерката за квалитет која е лесно разбирлива и важна од општествена гледна точка. Избраната мерка е стапка на смртност кај новороденчињата што ни кажува колку деца помлади од една година умреле како процент од сите живородени деца во истата година. Стапката на смртност кај доенчињата за САД од 1960 до 2006 година е прикажана на Слика 4.10.

Слика 4.10 Стапка на смртност на доенчиња во САД од 1960 до 2006 година



Извор: Gert P. Westert, Jeremy Hurst Niek S. Klazinga,(2006), "Health Care Quality Indicators Project", *International Journal for Quality in Health Care*, OECD, Vol.18, pp.5-13.

Слично на неосигурената стапка, стапката на смртност кај доенчињата во САД значително се подобрува со текот на времето и опадѓа од 25 на 5 смртни случаи на новороденчиња, на 1000 живородени во 1960 година. Причина за овој тренд може да се бара во зголемување на трошоците за здравствена заштита и трендот на зголеменото осигурување, како и факторите кои влијаат врз резултатите од здравствената анализа, во случајов смртноста кај доенчињата. И покрај огромниот напредок со текот на времето во САД, сепак речиси 7 од секои 1000 живи бебиња во САД не живеат повеќе од 1 година. Исто така, САД многу заостануваат во споредба со другите индустриски земји како Белгија, Франција, Италија, Јапонија и Велика Британија, кои имаат стапка на смртност кај доенчиња под 5 смртни случаи на 1000 живородени деца. Конечно, анализата не ги опфаќа големите варијации во врска здравствените мерки, како што е смртноста на доенчињата, од фамилии со различни доходи, расни и етнички групи. Алатките на здравствената економија може да се покажат како значајни показатели за анализирање на здравствените резултати и предлагање начини за подобрување на социјалното здравје. Постојат повеќе теории и емпириски истражувања кои се занимаваат со однесувањето на здравствената економија. Понекогаш теориите и емпириските резултати се од интерес за нивното добро, особено за академиците како авторите. Главната причина за нивното иницирање и развој е да добиеме подобро разбирање за работата и ефикасноста на реалната здравствена економска стостојба. Ако здравствената економија не е социјално ефикасна и правична, тогаш треба да се бараат решенија и да се променат политиките за да дојде до подобрување. Разбирањето на линковите помеѓу структурата и перформансите е од суштинско значење при детерминирање на нови политики. Структурата игра важна улога во одредувањето, во тоа како луѓето се однесуваат или треба да се однесуваат според правилата на здравствената економија. Здравствената економија е структурирана на посебен начин. Структурата се појавува на начинот на кои организациите се дизајнирани во поглед на нивната големина и обем, мешавина на пазарни активности и вклучување на владата, во здравствената економија, во механизмите за финансирање, за надоместкот, и др. Оваа основна структура помага да се воспостави стимуланс во здравствената економија, и на тој начин да влијае како луѓето, организациите и самата влада да се однесуваат. Ако стимулациите се погрешни поради структурни дефекти, тогаш перформансите со сигурност ќе резултираат неефикасност и различни резултати. При неизоптимизирана креација, може да се предложат решенија и јавните политики кои би биле дизајнирани за корекција на неефикасноста со отстранување на дефектите. Политиките можат да се променат или

на здравствената економија може и ќе се користат за подетално истражување на овие компоненти на три столба од, таканарачената, медицинската столица. Контролирањето на медицински трошоци како и пристапот и квалитетот вклучува балансирање.

На крајот, да напоменеме дека економската анализа ни помага подобро да ги разбереме причините за пројавените проблеми, односно, прашања поврзани со здравјето и здравствената заштита. Алатките и концептите на здравствената економика, може да се искористат за да се најде вистинското решение кое ќе понуди оптимум, односно, адекватен сооднос за дефинирање на јавна политика. Рецептот на јавна политика може да вклучи структурни и / или одделни средства, односно, лекови.

ГЛАВА V

СОСТОЈБА НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО Р МАКЕДОНИЈА

5.1 Состојба на пазарот на здравствена заштита во Република
Македонија во деведесеттите години на XX век

5.2 Состојба на пазарот на здравствена заштита во Република
Македонија од 2000 година до денес

5.3 Реформи

5.4 Предмет на истражување

5.5 Цел на истражувањето

5.6 Прашања за истражување

5.7 Методологија на истражување

5.8 Резултати од прашалникот

5.9 Ограничувања и идни предизвици

ГЛАВА V СОСТОЈБА, РЕФОРМИ И ПРОМЕНИ НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

5.1 СОСТОЈБАТА НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО Р МАКЕДОНИЈА ВО ДЕВЕДЕСЕТТИТЕ ГОДИНИ НА XX ВЕК

Македонското општество е речиси постојано во состојба на трајна криза. Во последните дваесетина години независност, нашата земја речиси и да немала подолг период на ненарушен развој, без разлика дали зборуваме за здравствени, социјални, политички или економски процеси. Факторите кои придонесуваат за тоа се различни и по својата природа и по силата на влијание: од лошо спроведената трансформација на капиталот во почетокот на '90-тите години на XX век; економски ембарга; граѓанскиот конфликт во 2001-та; ...до постојната политичка криза помеѓу власта и опозицијата. Сето ова ја направи генералната популација многу скептична и недоверлива, како и целосно преокупирана со основното економско преживување, што не остава простор за интерес и внимание за било кои теми вон обезбедувањето на потребите на семејството или индивидуата. Дури ни стартната основа за развој на општествената мисла не е идеална. Иако писменоста на населението е на прифатливо ниво (скоро секогаш околу 95%), огромен дел од ова отпаѓа на базично описменети луѓе, така што критичката мисла и интелектуалниот потенцијал сè уште се под нивото на развиените демократии.

Со стекнувањето на својата независност во 1991 година, Република Македонија „го доби“ здравствениот систем, условно кажано, како наследство. Тој беше гломазен и релативно добро структуриран, со добра географска и финансиска распространетост, долго позитивно искуство со здравственото осигурување кое го покриваше речиси целокупното население, потоа квалификуван кадар, соодветна контрола врз заразните заболувања и со долгорочна стратегија за обемен опфат на популацијата за спроведување на програмата за имунизација. Постоеше повисока поврзаност во параметрите за здравствената состојба на населението со другите земји од Југоисточна Европа. За разлика од сличноста на параметрите за здравствената состојба со земјите од Југоисточна Европа, евидентно беше заостанувањето зад земјите членки на Европската Унија. Здравствениот систем низ годините се соочува со уште повеќе предизвици поврзани со подобрувањето на здравствена состојба на популацијата, со цел обезбедување квалитетен сет на здравствени услуги, давање здравствени услуги, јавно здравје, планирање, менаџирање на човечкиот потенцијал,

овозможување постојан квалитет на здравството, негово финансирање, како и обезбедување одржлив систем на здравствена заштита на долг рок. Отсекогаш кон здравствените системи се пристапувало на еден посуптилен начин, ставајќи ги на тронот приоритетните здравствени проблеми, како што се хроничните незаразни заболувања, новите заразни заболувања и ургентните состојби.

Во здравствениот систем на Република Македонија како дел од СФРЈ, не постоеше приватна лекарска практика заради самиот систем на уредување, така што целото население беше опфатено со концепцијата „општа здравствена заштита“, во која пристапот до здравствените услуги е отворен за сите, лекувањето е бесплатно и здравственото осигурување важи за сите и е задолжително. Сепак, стратешка определба на здравствениот систем во земјава, и тогаш и сега, мора да биде примарната здравствена заштита ориентирана кон пациентот, семејството и заедницата, со акцент врз превентивната здравствена заштита и задоволување на најголемиот дел од здравствените потреби на населението.

До 1991 година, превентивната здравствена заштита е организирана во рамките на интегрираниот јавен здравствен сектор преку организационите единици во јавните здравствени установи со јасно дефинирани задачи, надлежности и поставеност, на Заводот за здравствена заштита и здравствените установи при работните организации (најчесто од општа медицина и медицина на трудот.) Со промената на општественото уредување и организирање по 1989 година, се отиде кон преземањето на либералниот модел во организирањето на општеството, во кој доминираат приватната сопственост и пазарот. Тоа постави нови барања и во пазарот на здравствена заштита, со што стариот концепт на здравствената заштита стана недоволен и сè повеќе беше очигледна неговата неможност да го сервисира поранешниот концепт на јавно здравје. Здравствениот систем во земјава, денес е организиран во здравствени установи што се во јавна и во приватна сопственост на три нивоа: примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита.

Според законските прописи и актите кои произлегуваат од нив, за превентивна заштита се надлежни здравствените установи од примарната здравствена заштита (независно дали се приватни или јавни), заводите за здравствена заштита и некои од болниците. Се извршија значајни реформи, здравствени реформи низ транзицискиот период од 1991 до денес, што резултира со значајни промени во здравствениот систем. Првенствено беше нужна потребата за адаптирање и прилагодување на новите околности, се случуваше промена на сопственоста на здравствените установи,

огромни и фреквентни промени во здравственото законодавство, прегрупирање на надлежностите и друго. Сето ова прилагодување на новосоздадената пазарна ситуација и сите постојани промени доведоа до делумно нарушување на воспоставениот систем за превентивна здравствена заштита.

Здравствениот систем и пазарот на здравствена заштита на земјава честопати се жртви на прекумерната потреба од воведување здравствени реформи, пренагласениот правен аспект во водењето на здравствената заштита, измената на закони заради купување социјален мир, а не продуцирање преку измени на законите за сметка на социјално-политичкиот аспект кој е далеку поважен и ја содржи хуманата компонента. Тој е еден вид механизам кој, почнувајќи од 1991 година, па до ден-денес, им одзема многу права на пациентите, кои многупати беа аморфна маса што не предизвика големи шокови и притисок во однос на тие мерки во јавната сфера. За жал, нешто што често се употребува и нешто зад што сите „се кријат“, е концептот за човекови права. За време на Француската револуција, застапувањето за правата на луѓето било револуционерно дејствување. Денес е реакционерно, без значајни суштински промени. Затоа правата, освен како законска категорија, нужно е да се анализираат персонално и низ призмата за достапноста на ресурсите, со една единствена цел: да се реализираат. Правата на пациентите треба да се опсервираат на повеќе нивоа: формално-на ниво на закони, материјално – достапноста на ресурсите и политичко-од аспект на свеста или несвеста на пациентите во борбата за своите права, со носење правилни одлуки за проблемите со кои се соочуваат. Здравјето не смее да се опсервира изолирано, односно, ако луѓето немаат некој акутен здравствен проблем, како грип, на пример, сметаат дека се здрави, иако врз генералната здравствена состојба имаат влијание огромен број други фактори како: социјалната сигурност, мирот, домот, буџетот и друго. Овој површен аспект на анализа на здравјето и здравствената заштита, соодветно е детерминиран од Светската здравствена организација, според која здравјето претставува „целосна физичка, психичка и материјална благосостојба, а не само отсуство на болест“. Тоа, здравјето, треба да биде императив на здравствениот систем. Важно е да заклучиме дека огромниот број измени на законските решенија во Македонија во последниот четврт век не е вистински параметар за добра здравствена заштитата и од тој аспект, ставањето на пиедестал на законските измени сам по себе не продуцира добра здравствена заштита, ниту зголемен квалитет на здравствените услуги, а со нивната дистрибуција придонес кон подобрување на здравјето кај луѓето. Имено, оценувањето на севкупната состојба

со здравствениот систем, како и за правата на пациентите само врз основа на правната регулатива која се однесува на тоа, несомнено е дека е важна и недопустливо е да се игнорира или потценува.

Еден од најважните стожери на здравствениот систем е квалитетот на здравствената заштита. Здравствениот систем е исклучително важен сегмент на социјалната држава и треба да овозможи квалитетот на животот да не биде привилегија на тие што имаат да платат, туку право кое, не само формално, ќе го уживаат сите. Остварувањето на правата на граѓаните во здравствениот систем, треба да подразбира отпор против секоја дискриминација на здравството, бидејќи жртви на таквиот здравствен систем секогаш се помалку имотните граѓани. Оттаму произлегува регулацијата на здравственото осигурување. Од независноста на Република Македонија до денес се донесени два закона за здравствена заштита, првиот во 1991, а вториот во 2012 година. Овие два закона до 2014 година беа менувани вкупно 17 пати. Во овој процес беа променети, додадени или изменети 270 членови, ставови или точки, не вклучувајќи ги и дополнителните закони и правилници кои се донесени, како и одделувањето на Законот за здравствено осигурување од Законот за здравствена заштита и останати правилници.

Во Македонија во изминатите години имаше неколку реформи на здравствениот систем. Здравствениот систем во Социјалистичка Република Македонија (т.е. пред демократизацијата во 1991 година) беше автономен и децентрализиран, услугите и финансирањето беа контролирани и организирани на општинско ниво. Како таков, беше организиран во самостојни самоуправни заедници: здравствените услуги беа во сопственост на 30-те општини и Градот Скопје, а само големите проекти беа централно планирани и изведувани. Здравството се финансираше првенствено на општинско ниво, но постоеше и фонд на централно ниво, кој служеше за финансирање на оние општини кои не успеале да одвојат доволно средства. Со природниот тек на промени на општественото уредување, односно со влегувањето во транзицијата, демократија и остварувањето на независност, се јави потреба од поцентрализирано планирање на здравството. Текстот од Законот за здравствена заштита во член 3, од 1991 година, најдобро ја дефинира природата на здравствениот систем како една алтруистичка и филантропска гранка која е задолжителна во секоја држава која се декларирала себеси како социјална држава. Тој гласи: **„Секој има право на заштита на здравјето“**. Заради остварување одредени права во случај на болест и повреда и други права од здравствената заштита утврдени со овој закон, врз начелата

на **заемност** и **солидарност**, се установува задолжително здравствено осигурување. За одделни видови и права од здравствената заштита се востановува „доброволно осигурување“. Во оваа докторска дисертација, од разбирливи причини се разгледува правниот аспект и слободно може да се заклучи, анализирајќи ги законските промени, дека една најважните, најсеопфатни, круцијално човечки, е токму оваа точка во Законот за здравствена заштита. Повеќе од јасно е дека таквиот опис ја потенцира потребата за сечиј пристап до јавниот здравствен систем, темелено врз начелото на солидарност. Подоцна со законските промени, не се среќава зборот „солидарност“ како мерка која што би имала за цел да ја избрише неа од колективната меморија на пациентите, дека е таа дел „од стариот систем“. Така би се влијаело врз потенцијалните корисници, психолошки, со цел да не прават компарации со „стариот систем“.

Во новиот Закон за здравствена заштита, соодветниот член претрпува измена и гласи:

1. Секој има право на здравствена заштита и обврска да се грижи да го чува и унапредува своето здравје во согласност со овој друг закон.
2. Никој не смее да го загрозува здравјето на другите.
3. Секој е должен во итни случаи да укаже прва медицинска помош според своите можности и во случај на опасност по животот, да ја извести најблиската здравствена установа и да овозможи пристап до итна медицинска помош (чл. 3, 333/12).

Последиците од оваа измена повеќе од јасно упатуваат дека зборот „солидарност“ е отфрлен, а за сметка на тоа се внесени повторувачки кованици и плеоназми, кои се препишани од друг закон. Гледано аналитички, нема воопшто потреба истите да фигурираат во Законот за здравствена заштита, имајќи предвид дека се регулирани со друг закон. Од друга страна е потенцирано дека „секој треба да се грижи за сопственото здравје“, реченица која е необврзувачка, ако се има предвид дека не секој знае или, пак, мора да знае како да се грижи за сопственото здравје. Имено, здравствениот систем мора да биде системска обврска, без оглед на општественото уредување, а не избор кој зависи од интелектуалниот потенцијал на поединецот.

Со промената на општественото уредување и со започнувањето на примена на либералните начела и принципи, концептот за јавно здравје е променет. Парадоксот произлегува од тоа што доколку постои и се користи поимот „јавно здравство“,

нормално, дека тогаш треба да постои и приватно. Сепак, во класичниот либерализам-акцент се става врз индивидуата која е слободна и одговорена за себе. Здравјето на поединецот се смета за лична работа. Здравствените проблеми, пак, за кои поединецот не е одговорен, спаѓаат во јавниот сектор, како на пример, состојби настанати поради загадена вода за пиење. Мора да се потенцира дека денешниот концепт на јавно и приватно здравство, сè уште ги нема определено маргините кои се предмет на недоразбирање, а што произлегува од фактот наведен погоре (каде здравствените состојби за кои е одговорен само пациентот и никој друг спаѓаат во приватното здравство, додека лекување на медицински состојби настанати без учество на пациентот спаѓаат во јавното здравство).

Понатаму, од важност е членот 5 од 333/91 што се однесува на паричните средства кои се уплатуваат во Фондот за здравствено осигурување со цел да се исполнат начелата на „взаемност“ и „солидарност“ т.е. здравствена заштита за секој поемец во државата. Тој одредува дека средствата за здравствена заштита се обезбедуваат со придонес од доходот, односно, добивката на претпријатијата и другите организации, од бруто-личниот доход на работниците и работните луѓе, од Буџетот на Републиката, од средствата на организациите, од личните средства на граѓаните и од други извори. Овој член е важен бидејќи Буџетот на Републиката фигурира како извор на парични средства кои би се слевале во Фондот за здравствено осигурување. Со оглед на тоа што не е дефинирана максимална горна граница за паричните средства кои би се користеле од Буџетот на Република Македонија за пополнување на „дупката“ во Фондот за здравствено осигурување, а тоа би значело само едно 100%покриеност на населението (што е за пофалба, освен за оние болести и состојби кои се регулирани со дополнително задолжително осигурување, Чл. 29, 333/91), доброволно осигурување (чл. 30, 333/91) или здравствени услуги кои се плаќаат со лични средства (чл. 31, 333/91).

Во 1991 година е основано Министерството за здравство. Цели на македонското Министерство за здравство се:

- здравствената заштита и здравственото осигурување на населението;
- загаденоста на воздухот, водата, земјиштето и животните продукти;
- организацијата и развојот на здравството;
- следењето на здравствената состојба на населението;

- заштитата на населението од заразни болести, од штетното влијание на гасовите, јонизирачките зрачења, бучавата, загаденоста на воздухот, водата и земјиштето;
- прехранбените производи и предмети за општа употреба;
- хигиено-епидемиолошката состојба;
- лековите, помошните лековити средства, медицинските помагала, медицинската опрема, санитетските уреди и материјали;
- отровите и опојните дроги;
- надзорот од негова надлежност, и
- вршење други работи утврдени со закон.

Со усвојувањето на *Законот за здравство*, истата година започна и процесот на централизација на финансирањето и управувањето, но со цел да се задржи автономноста на здравствените структури на локално ниво. Отсекогаш во здравството постои недостигот од соодветни ресурси и приоритети во однос на развојот на управувањето на локално ниво. Заради тоа, промените водеа кон централното планирање на инфраструктурата.

Законот за здравство, како резултат на амандманите во 1995 година, ја истакнува потребата од зголемено локално учество при носењето одлуки. Како резултат на тоа е предложено основање управни одбори во здравствените институции. Овие одбори се состоеја од претставници на вработените и претставници назначени од законодавниот дом. Гледано по години, законските решенија донесоа и позитивни и негативни промени.

Позитивни промени:

- 1993 - Војниците од Армијата на РМ добиваат право на основна здравствена заштита кое им се даде и на невработените лица, додека се пријавуваат кај организацијата надлежна за работите на вработувањето, ако немаат друг основ на осигурување (ЗЗЗ).
- 1993 - Додавање систематски прегледи на децата, учениците и студентите како и мерки и активности за заштита на жените за време на бременоста, породувањето и леунството, и на доенчињата. Во загарантираните права се и утврдени потреби на општеството, мерки и активности за организирање и унапредување на крводарителството, обезбедување на трошоците за болни кои

се третираат со дијализа, обезбедување лекови за трансплантирани болни, обезбедување цитостатици, инсулин и хормон за раст (333).

- 1993 - Се дефинирани категориите кои се ослободени од учество со парични средства, освен за лекување во странство, како и за добивање слушно помагало и забно-технички и забно-протетички средства, протези, ортопедски и други помагала и средства (333).
- 1995 - Осигурениците и членовите на нивните семејства добиваат право на надоместок на патните трошоци ако се упатени да користат здравствени услуги во врска со дијализа и вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење, а кои се спроведуваат амбулантски (333).
- 1998 - Забрана за рекламирање на лекови кои се издаваат без лекарски рецепт (ЗЛПЛСМП) (укинато 2007)

Негативни промени:

- 1993 - Бришење на правото на осигуреникот кој користи специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита без упат надвор од Републиката, Фондот за здравствено осигурување да ги поднесува трошоците до висината на утврдената цена, а разликата во цените на здравствените услуги и патните и дневните трошоци да ги поднесува осигуреникот (333).
- 1993 - Осигуреникот и членовите на неговото семејство учествуваат со лични средства во цената на протезите, ортопедските и други помагала и средства изработени од стандарден материјал и тоа 20% од цената на слушно помагало и на забно-технички и забно-протетички средства и 50% од цената на сите други протези, ортопедски и други помагала и средства (претходно за истите не се доплаќаше) (333).

Здравствениот систем во земјава се состои од институции кои се состојат, на примарно ниво, од амбуланти и центри за прва помош, на секундарно ниво од специјалистички болнички одделенија и универзитетски клинички институти на терцијарно ниво, кои исто така прават истражувања и се образовни установи и се под капата на Министерството за Образование. Организацијата на здравствениот систем мора да вклучи два многу важни сегменти кои треба да бидат императив. Прво, моралниот сегмент, односно, овозможување на социјалност и благосостојба. Второ, фискалниот сегмент- контрола на трошоците заради негово опстојување затоа што

сè останато без нивна анализа влегува во доменот на демографија која подразбира празни ветувања и неможност за реално остварување на целите. Македонското здравство денес е организирано во здравствени установи што се во јавна и во приватна сопственост на три нивоа: примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита. Според законските прописи и актите кои произлегуваат од нив, за превентивна заштита се надлежни Здравствените установи од примарната здравствена заштита (независно дали се приватни или јавни), Заводите за здравствена заштита и некои од болниците. Адаптацијата на новите околности и пречестите измени резултираше до делумно нарушување на воспоставениот систем за превентиваната здравствена заштита. Здравствениот систем во земјава, денес е организиран во здравствени установи што се во јавна и во приватна сопственост, на трите познати нивоа.

Примарната здравствена заштита се организира и спроведува на општинско ниво, и таа е првиот контакт на пациентите со системот на здравствена заштита, со цел да се овозможи да ги обезбеди примарните здравствени потреби на поединецот, семејството и заедницата, во целина. Примарната здравствена заштита, дополнета со примарната стоматолошка заштита се состои од пет одделни дејности:

- Општа медицина
- Медицина на трудот
- Здравствена заштита на деца/педијатрија (0-6 години)
- Училишна медицина (ученици и млади од 7 до 19 години)
- Здравствена заштита на жени (акушерство и гинекологија).

Средишниот дел на здравствената заштита е секундарната здравствена заштита. Таа опфаќа: дијагностика, лекување и рехабилитација на заболувањата и повредите, со примена на посложена медицинска технологија и специјализирани кадри и претставува интермедијарно ниво и филтер меѓу примарната и терцијарната здравствена заштита. Се организира како специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита. Овој вид заштита се обезбедува во општите болници и нивните поликлинички служби, во медицинските центри, во заводите, специјалните болници, како и во специјалистичко-консултативните служби на здравствените домови. Функционалната поврзаност и протокот на информациите и корисниците низ сите нивоа на здравствена заштита е многу голем, па замислената пирамида неможе да има строги граници. Тоа е во согласност и со дефиницијата за здравството како отворен и

динамичен систем од повисок ред. Класичниот образец на СЗЗ со строги граници се менува бидејќи некои нејзини делови и активности се спуштаат кон базата на пирамидата, т.е. кон ПЗЗ. Притоа во прв ред се мисли на широкото комуницирање на специјалистичките служби со ПЗЗ, претходната обработка и подготовка на болниот од страна на ПЗЗ и специјалистичко консултативната дејност за хоспитален третман со тенденција за зголемување на ефикасноста и скратување на времетраењето на болничкото лекување, негова замена со домашно лекување, организирање и пружање здравствена заштита во установи за социјална заштита, итн.

Терцијарната здравствена заштита (ТЗЗ) се нарекува високо специјализирана (или суб- и супер-специјализирана) и го чини врвот на системот на здравствената заштита. Таа опфаќа дијагностика, лекување и рехабилитација на ретки болести и компликации на одредени заболувања и повреди, со примена на најсложени дијагностички и терапевтски постапки, од високо диференцирани специјализирани кадри. Профилите на стручност во неа се најмногу диференцирани, а комуникациите внатре во неа и со пониските нивоа најслаби. ТЗЗ е опремена со најсовремена технологија и здравствените услуги се најскапи. Поради тоа е често пати извор на дилеми, па и судири на ограничените средства за здравствена заштита со оптужување дека е наменета на мал број (привилегирани) корисници. Суштински, таа е наменета за мал број корисници, но специфични од аспект на потребите за ваков вид високо специјализирани здравствени услуги. На ова ниво се задоволуваат околу 5% од здравствените потреби кои се многу ретки и високо специфични, а здравствените услуги се најскапи. На ниво на ТЗЗ најчесто се врши високата едукација и научно-истражувачка работа во областа на здравството. Територијално е организирана на републичко односно национално ниво, а во нејзиното обезбедување се вклучени Клиниките и Институтите при Медицинскиот факултет, Специјалните болници и Заводи, Установите за рехабилитација со специјална намена и Републичкиот завод за здравствена заштита. Во неа влегуваат кардиохирургија, неврохирургија, торакална хирургија и други субспецијалистички хируршки гранки, онкологија, нуклеарна медицина, современи дијагностички и тераписки методи на интернистичките субспецијалистички дисциплини, клинички-биохемиски и други лабораториски методи, итн. Во поново време постои сèпоизразена тенденција на спуштање на некои активности и методи од ТЗЗ на пониското ниво на СЗЗ кога за тоа постојат стручни и економски оправдувања. Нашиот здравствен систем може да служи како пример за децентрализиран систем за време на комунизмот. За време на преминот од

транзицијата кон демократија се премина на централизирано управување, но притоа задржувајќи ги децентрализираните структури. Охридскиот рамковен договор (потпишан во август 2001 година), резултираше денес Македонија повторно да се децентрализира. Овој процес се реализира на национално ниво и со идеја да се приближат јавните услуги до луѓето, при што образовните, социјалните и здравствените услуги стануваат одговорност на локалните власти – општините.

5.2 СОСТОЈБАТА НА ПАЗАРОТ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО Р.МАКЕДОНИЈА ОД 2000 ГОДИНА ДО ДЕНЕС

Основањето на Фондот за здравствено осигурување е следен чекор, заради зацврстување на централното стратешко и оперативно планирање. Фондот за здравствено осигурување на Македонија е основан со Законот за здравствено осигурување („Сл.весник на РМ" бр.25/2000, 34/2000 и 96/2000) заради спроведување задолжително здравствено осигурување, како институција која врши дејност од јавен интерес и јавни овластувања утврдени со Законот. Во Фондот за здравствено осигурување се обезбедуваат средствата за основната здравствена заштита, за мрежата на здравствените организации и финансирање на дејноста на здравствените организации, врз основа на цени на здравствени услуги, односно програми и договори за спроведување на здравствената заштита на осигурениците.

Во состав на Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување, практично немаше никаква самостојност, иако беше определено дека има својство на правно лице. Фондот нема статут, нема орган на управување, а директорот на Фондот, кој го именува Владата на Република Македонија е одговорен пред министерот за здравство. Собранието на Република Македонија на 17 октомври 2000-та година донесе одлука со која именува членови на Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија („Службен весник на РМ", бр.84/2000). Владата на Република Македонија на 8 ноември 2000-та година донесе одлука со која именуваше вршител на должноста директор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија („Службен весник на РМ", бр. 92/2000). Со овие одлуки на Собранието и Владата на Република Македонија се исполнети условите за започнување со работа на Фондот за здравствено осигурување на Македонија како самостојна институција за спроведување задолжителното здравствено осигурување. Во сферата на локалната

самоуправа, со законските измени, се овозможи во 2004 година локалните власти да имаат право на свои претставници во Управните одбори во установите за примарна здравствена заштита. Од 2005 година, во буџетите на болниците почна да се инјектираат средства и на тој начин директорите и управните одбори се здобија со поголема независност.

Хронолошки, во оние болници кои имаат договор со Фондот за здравствено осигурување беа воспоставени индикатори на успешност, со цел да се подобри работата преку редовен мониторинг. Зголемената автономија на здравствениот систем во Македонија започна да протежира поголема потреба од адекватни регулаторни структури. Институциите кои се под закрила на здравството пројавија потреба од поголема автономија во планирањето на човечките ресурси, односно да го имаат правото да вработуваат нов, или да отпуштаат неадекватен кадар. Покрај тоа што има удел во управувањето со локалните здравствени установи, *Законот за локална самоуправа* кој беше донесен во 2004 година, предвидува повеќе ингеренции за општините, посебно во областите на промовирање на здравството, превентивни активности, професионалното и ментално здравје и создавањето здрава животна средина. За таа цел, Министерството за здравство имаше во план да ги поттикне локалните здравствени институции да преземат поактивна улога во одредувањето и анализата на проблемите, одредувањето приоритети и активности за промоција на здравството.

Со измените и дополнувањата на Законот за здравствена заштита/2012, прв член од интерес кој се однесува на правата на пациентите е новиот член 39-а, усвоен во јули 2013 година (чл. 3, ЗИД333/јули.13). Овој член содржи повеќе одредби кои директно или индиректно се одразуваат врз правата на пациентите, при што дел од нив содржат рестриktivни елементи кои со сигурност ќе се одразат врз крајната услуга која треба да ја добие пациентот. Оваа промена упатува на тоа дека избраниот лекар е должен да ги упатува пациентите на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита за специјалистичко-консултативни услуги преку електронската листа на закажани прегледи и интервенции. Воведувањето на овој систем не резултира воспоставување ред во преполните чекални. Мерката не се покажа како позитивна низ времето на примена. Имено, беше исфорсирана, нестудиозна и со недоволна соодветна софтверска поддржаност. Според досегашната практика и начинот на кој функционира овој проект, и лекарите и пациентите се соочуваат со огромни проблеми.

Дел од болните се жалат дека поминуваат и по неколку недели додека да закажат за обичен преглед, а многу повеќе ако треба да закажат колоноскопија на дебело црево, онколошки преглед, магнетна резонанца, компјутерска томографија. Во тој случај чекаат од два до три месеци. Друг проблем е што не се води сметка дека „освен дваесет пациенти со први прегледи кои се закажани од матичен лекар, на пример, хирургот има уште дваесетмина пациенти кои доаѓаат на контрола за преврски, вадење конци и консултации, обврски кои не се списокот на „мој термин”, па така се создава нервоза и гужва, бидејќи за нив нема одредено време кога ќе бидат примени од докторот. Спорна работа во врска со ова е што се прави обид со закон да се унифицира времето потрошено за една медицинска интервенција, што е крајно непрофесионално и сатирично. Дополнителен проблем е тоа што медицинскиот тим кој што е задолжен за хируршката интервенција постојано го чувствува притисокот на времето кое поминува и истиот притисок може реално да влијае врз квалитетот на работата. Тоа, од друга страна, директно го чувствуваат пациентите. Интервенцијата врз пациентот почнува од моментот кога анестезиологот ќе влезе во салата и ќе почне да го подготвува пациентот за анестезија и седација, за подоцна да се овозможат услови за непречена работа на остатокот од медицинскиот тим (хирургот оператор заедно со асистентите). Ако еден од членовите на тимот потфрли, тоа ќе се одрази врз целокупното времетраење на интервенцијата, што во овој случај е недозволиво, бидејќи во истиот пакет на промени се додадени и прекршочни одредби кои се однесуваат точно на овој став од членот 39-а.

Хронолошки, позитивни промени(**Закон за здравствена заштита**) :

- 2000 - Добивање сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена.
- 2001 - Зголемување на казните за здравствената установа која нема да ги почитува правата на пациентите.
- 2001 - Зголемување на казните за работодавачите кои нема задолжително да ги осигураат вработените.
- 2003 - Децата со посебни потреби се ослободени од учество при добивањето здравствени услуги.

- 2005 - Се обврзуваат правните лица коишто произведуваат или увезуваат тутунски производи кои содржат штетни материи по здравјето на населението, да плаќаат надоместок кој ќе се слева во Буџетот на Републиката.
- 2007 - Воведување единствени цени на лековите и оневозможување дампинг.
- 2008 - При здобивање со нови информации за ризичноста или штетноста на даден ГМО, овластување на органот на државната власт да ја укине дозволата за продажба или употреба.
- 2008 - Формирање мрежа за институции кај кои пациентите би можеле да се обратат при евентуално кршење на нивните права.
- 2008 - Можност за БПО оплодување покриено од ФЗО.
- 2012 – За здравствените услуги за одобрено лекување во странство осигуреното лице учествува со 200 евра наместо со 20% од сумата за лекување.
- 2012 - Снабденост со лекови во период до два месеца во случај на ликвидација, стечај, застој или прекин во производството.
- 2013 - Враќање на паричните трошоци кои пациентот ги имал заради нереализирање на закажаниот термин/преглед поради неможност да се реализира од која било причина поврзана со здравствената установа.
- 2014 – Наменување на дел од акцизата на цигарите (конкретно, 0,053 денари по парче цигара) за набавка на лекови за лицата кои боледуваат од ретко заболување.
- 2014 – Воведување обврска за сите правни лица кои имаат две или повеќе аптеки и на сите синцири од аптеки да отворат аптека во поретко населените рурални средини каде што ги нема.

Хронолошки, негативни промени(Закон за здравствена заштита):

- 2000 - Бришење од категоријата осигуреници на лицата на кои им е признато својството на цивилен инвалид од војната и на лицата на школување, стручно оспособување и усовршување или постдипломски студии во земјата и странство, кои поради тоа го прекинале работниот однос (ако за тоа време примаат стипендија) и лицата кои организацијата пред засновање на работен однос ќе ги упати како свои стипендисти на практична работа во друга организација заради стручно оспособување или усовршување.

- 2005 – Воведување одредба според која ако осигуреникот користи основни здравствени услуги во здравствена установа со која ФЗО нема склучено договор, трошоците ги плаќа самиот осигуреник.
- 2005 – При постапката за утврдување на инвалидноста се лимитира правото на надоместок на плата на 60 денови, без разлика дали оваа постапка ќе трае подолго и со тоа осигуреникот може да биде изложен на социјален ризик (невработен, инвалид и дополнително не прима надоместок на плата).
- 2007 - Укинување на Националната лабораторија за испитување на контрола и квалитет на лековите.
- 2008 - Неможност за постхумно БПО со женски криогенетски замрзнати клетки.
- 2008 - Немањето институционална можност здруженијата на пациенти да имаат влијание врз донесувањето на листата на есенцијални лекови, како и на листата на лекови, медицински помагала и интервенции на товар на ФЗО.
- 2008-2012 - Додавање рестриктивни елементи при остварување на правото за лекување во странство.
- 2009 - Губење на задолжителното осигурување на членовите на семејството на осигуреник кој се наоѓа на задолжителна воена служба во Армијата на РМ за времето додека примаат материјално обезбедување (иако задолжителната служба е укината, сè уште постои доброволна воена служба).
- 2009 - Додавање дијагностички минимум и дополнителни прегледи како рестриктивни елементи во остварувањето на правото за боледување.
- 2009 - Укинување на казната за работодавачите кои ќе уплатат плата, а нема да уплатат задолжително здравствено осигурување.
- 2010 - Припадниците на монашките и други верски редови се избришани од категоријата на осигуреници.
- 2011 - Додавање рестриктивен услов во остварувањето право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства, дека здравственото осигурување мора да траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на потребата, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување.

- 2011 – Максимално бирократизирање на постапките за остварување права од здравствената заштита, конкретно правото на лекување во странство и постапката за одлучување по однос на некое барање од граѓаните (осигуреници и неосигурени лица).
- 2012 - Губење на задолжителното осигурување на државјанин на РМ кој прима пензија или инвалиднина од странски носител на осигурување додека престојува на територијата на Републиката.
- 2012 - Борбата за превенција од СИДА, бруцелоза и туберкулоза е симната од приоритетите.
- 2012 - Воведување приправност во итната медицинска помош.
- 2012 - Со задолжително здравствено осигурување не се опфатени здравствените услуги извршени во здравствени установи кои се надвор од мрежата на здравствени установи, во која се врши здравствената дејност како и специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги без упат од избраниот лекар освен правата кои произлегуваат од областа на работните односи.
- 2012 - Непокривање на трошоците од страна на ФЗО на здравствените услуги користени спротивно на утврдениот временски редослед во Листата на чекање утврдена од страна на здравствената установа и на здравствените услуги извршени како дополнителна дејност на здравствените работници.
- 2012 - Работодавачот може да формира медицинска комисија која е овластена да изврши преиспитување на оценката за привремена спреченост за работа со медицински преглед на осигуреникот и проверка на документацијата за периодот кога надоместокот на плата го исплатува работодавачот.
- 2013 - Отежнување на процедурата за прекинување на бременоста.
- 2013 - Обврска за согласност на родител старател за прекин на бременоста од страна на малолетно лице по истекот на 10 недела од зачнувањето.
- 2014 - Непредвидување никакви гаранции и надоместоци околу губењето на работното место за сурогат мајката.
- 2014 - Можност правно лице кое е регистрирано и врши промет на големо и промет на мало со храна, пијалоци и тутун и/или е регистрирано и врши

трговија на мало со нафтени деривати на бензински станици да врши продажба и интервентен увоз на лекови кои се издаваат без рецепт.

Покрај оваа листа со намалувања на правата на пациентите, вреди да се спомнат уште две намалувања на овие права. Станува збор за ограничувањето на правото на сини картони само на оние невработени лица чии семејства имаат приходи под одредено ниво, до кое дојде во 2011 година, и за воведувањето обврска во 2014 година за лицата кои работат за хонорар да уплаќаат придонеси за социјално осигурување, а со што дојде до отежнување на стекнувањето право на здравствено осигурување за овие лица во практиката. Некои сметаат дека придобивките од „Мој термин“ се двојни, како за институцијата како давател на здравствени услуги, така и за пациентите како корисници на здравствените услуги. Во текот на април 2013 година Здравствен дом „Скопје“ е вклучен како пилот-проект во националниот систем на електронско закажување „Мој термин“. На тој начин се даде значење на институцијата затоа што во однос на секундарната специјалистичка служба на град Скопје на ниво на поликлиники, ние сме носители на таа дејност и следење на патот на пациентот од примарно, секундарно и од терцијарно здравство со цел растоварување на терцијарното здравство.

Проблеми со кои се соочува ППЗ. Во Македонија постојат околу 1150 приватни здравствени установи од областа на примарна здравствена заштита, сите ПЗУ обавуваат јавна дејност. Приближно 75% од нив се приватизирани по сила на закон, не по сопствена волја. Давањето здравствени услуги во примарна здравствена заштита се плаќаат по принципот на капитација (per capita) што е основен приход на здравствената установа. Капитацијата е наменета за покривање на следните трошоци (Лекарска комора Македонија, 2010):

- бруто плати на вработените;
- медицински потрошен материјал;
- ампуларна терапија;
- режиски трошоци (струја, вода, греење, кирија, телефон, фирмарина);
- книговодствени, правни и адвокатски услуги;
- канцелариски материјали;
- стручно усовршување на здравствените работници.

Значи финансирањето се однесува не само на обавување на докторската дејност туку и на нејзино организирање, одржување и спроведување на комплетна примарна

здравствена заштита. Значи лекарот не треба само да лекува, тој треба и да менаџира, раководи со фирма и да обавува дејности што за тоа се потребни. Функционирањето на примарната здравствена заштита директно зависи од средствата со кои располага Фондот за здравствено осигурување, односно делот кој се издвојува за примарна здравствена заштита.

- Висината на бодот е **утврдена во 2001 година**, врз основа на:

-популација од 2.000.000 жители на Република Македонија;
-2.000.000 x 1,75 (просечен коефициент) = 3.500.000 капитации
-3.500.000 x 45,00 ден/бод = 157.500.000,00 x 12 месеци=1.890.000.000,00 МКД : 61.6=
=30.681.820 ЕУР.

Ова е износот на планираните средства за исплата на матичните доктори (плаќање per capita-по капитација). Од Лекарската комора на Македонија сметаат дека 12–15% од вкупниот број жители во Републиката немаат избрано матичен доктор, значи не се определени, па планираниот износ на средства кој се однесува за нив останува нераспределен од страна на ФЗО. Според, ова докторите се ставени во ситуација постојано да размислуваат за нивната егзистенција, односно за егзистенцијата на здравствената установа која ја раководат. Таков доктор не може да пружи квалитетна здравствена заштита, значи постои можност примарната здравствена заштита да се доведе во прашање. Обавување на одговорна задача оптоварена со дополнителни обврски без соодветен надоместок ги исцрпува докторите. Тоа сиругно ќе доведе до пад на квалитетот на здравствените услуги кои се даваат на примарната здравствена заштита и е контрапродуктивно за достигнување на нивото што го наложуваат сите светски стандарди.

И покрај ваквата ситуација, извештаите и анкетите кај осигурениците сè уште покажуваат најголемо задоволство од работата на матичините лекари.

- Доколку се погледне **движењето на износот на буџетот на ФЗО за ПЗЗ**, произлегува дека вредноста на капитациониот бод, доколку го следи процентот на зголемување на буџетот за ПЗЗ може да се движи во следните граници:

Табела 5.1 Буџети по години за ПЗЗ

год	износ	износ во ЕУР	индекс	капитац.бод
2002	3.398.484.771	55.170.207		45.00
2003	4.429.572.047	71.908.637	130.34	58.65
2004	4.404.391.939	71.499.869	99.43	58.32
2005	4.588.553.590	74.489.506	104.18	60.76
2006	4.781.843.423	77.627.328	104.21	63.32
2007	5.051.194.649	81.999.913	105.63	66.88
2008	5.610.668.780	91.082.285	111.08	74.29
2009	5.228.659.516	84.880.836	93.19	69.23

Извор: Лекарска комора Македонија, 2010

Инфлаторните движења од 2001 година до денес, порастот на просечно месечни исплатени плати на ниво на Република Македонија, порастот на животните трошоци, како и на Буџетот на ФЗО на РМ се параметри што во текот на минатите години не се следени со корекција на висината на бодот.

Инфлацијата се следи преку порастот на трошоците на живот

Во однос на движењето/порастот на трошоците на животот по години е извршена пресметка за корекција на вредноста на капитациониот бод:

- Доколку се има предвид и **зголемувањето на платите на здравствените работници во ЈЗУ и на вработените во ФЗО**, а и кај целата администрација (во септември 2007 и септември 2008 од по 10%) тоа значи дека е зголемена вредноста на трудот и/или е компензиран ударот од поскапувањата.

$$49.23 + 10\% = 54,153 + 10\% = 59,568 \text{ ден.}$$

Од 2001 година до денес, имаме **пораст на просечната плата во Република Македонија**, прикажана соодветно во табелата 5.2

Табела 5.2 Просечна плата во Р.Македонија

2000 година	10.193,00 ден.
2001 година	10.552,00 ден.
2002 година	11.279,00 ден.
2003 година	11.824,00 ден.
2004 година	12.293,00 ден.
2005 година	12.297,00 ден.
2006 година	13.517,00 ден.
2007 година	14.326,00 ден.
2008 година	15.586,00 ден.

Извор: Лекарска комора Македонија, 2010

што претставува зголемување од 52,9% .

- Покачувањето на *режиските трошоци* (топлификација, електрична енергија) се дополнителни аргументи за корекција на бодот.
- Во 2008 година поради примена на одредбата од страна ФЗОМ за рационално препишување на лекови ќе се направи заштеда за лековите од матичните лекари во вредност од 6 милиони евра.
- Со примена на оваа мерка на матичните лекари се намалува буџетот за 7%, односно во 2008 година за 0,5 милиони евра.
- Предвидените парични казни (кои беа превисоки во 2008 година) создаваат основ за прибирање на парични средства во буџетото на ФЗО и по тој основ.
- Минатата година се изврши намалување на капитацијата за докторите по стоматологија при што заштедата беше ветена да се пренамени за матичните лекари. Тоа беше и сторено во 2008 година со набавка на ЕГК апарати и колпоскопи за доктори по гинекологија и за покачување на вредноста на бодот за гинекологите. Не е јасно износот од 2,5 милиони евра што се потрошија за овие набавки лани каде ќе се насочат во наредната година.
- Во текот на 2008 година ФЗОМ изврши исплати по основ обврски на ЈЗУ во висина од 12,5 мил. ЕУР и матичните лекари се прашуваат дали дел од тој

износ, кои најверојатно е слободен во 2009 година се планира да се намени за матичните лекари.

Сите параметри што се спомнати покажуваат нагорна корекција, единствено, вредноста на капитациониот бод воопшто не е корегирана, напротив, процентуалното зафаќање од вкупниот буџет на ФЗО за исплата на капитација е намалено од 13,6% во 2001 година на 8% во 2008 година.

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита. Од табела 5.3 се воочува нагорната линија на порастот на буџетите за секундарната здравствена заштита што остава простор со подобра прераспределба да се добие поефикасна секундарна здравствена заштита. Со изработка на пакети на здравствени услуги за специјалистичкото ниво создадена е основа за подобро наградување на докторите врз основа на реално извршени услуги, што треба да продуцира и подобар квалитет на услугите и позадоволни пациенти.

Табела 5.3 Буџет за СЗЗ

год	износ	износ во ЕУР	индекс
2002	2.910.964.243	47.255.913	
2003	3.312.694.593	53.777.510	113.80
2004	3.534.737.724	57.382.106	106.70
2005	2.836.151.958	46.041.428	80.24
2006	4.247.093.245	68.946.319	149.75
2007	4.628,756.286	75.142.148	108.99
2008	5.345.493.908	86.777.499	115.48
2009	4.981.935.509	80.875.576	93.20

Извор: Лекарска комора Македонија, 2010, за прикажаните пресметки користени се званични податоци објавени од страна на Републичкиот завод за статистика и од финансиските извештаи на ФЗО.

Неопходна е редовна соработка помеѓу Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување и Лекарската комора на Македонија, сè со цел: подобрување на квалитетот на здравствената заштита, за реализација на уставната определба дека “граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите”, (член 39 од Уставот на Република Македонија). Може кратко да се констатира дека правата на пациентите донекаде се унапредија со давањето на ин-ституционална рамка преку ЗЗПП, но сепак отсуствува конкретна извршна моќ на телата чие формирање овој закон го предвидува. Што се однесува до другите две нивоа споменати во воведот, формално – законското и материјално – конкретното, состојбата се покажа далеку позаплеткана и не дозволува едноставен или еднозначен одговор. Конечната состојба со правата на пациентите може да се сведе на три главни пункта. Првиот, сиромаштијата и нискиот стандард приватното здравство го претвораат во привилегија за малкумина. Оттаму, за огромното мнозинство достапните здравствени услуги се здравствените услуги покриени од здравственото осигурување. Втор пункт, е остварувањето на правото на здравствено осигурување. На овој план покрај бирократските голготи опишани во делот за ЗЗО сепак има и определени обиди да се обезбеди редовно исплаќање на придонесите за здравствено осигурување и со тоа, колку толку, сигурен статус на осигурените лица. Трет пункт, се здравствените услуги кои се добиваат кога веќе е стекнат тој статус на осигуреник. На овој план може да се констатира генерална тенденција на намалувања и рестрикции како на обемот на услуги, така и на нивниот квалитет. Воведувањето на концептот за „доплата“ всушност значеше распределба на финансискиот товар за услугите меѓу Фондот и осигуреникот кој дотогаш плаќал придонеси. Иако се прават обиди да се зголемат достапноста (систем на матични лекари, електронско закажување на термини за специјалистички прегледи, отворање на аптеки во ретко населени рурални подрачја, ноќни дежурства на аптеките) и квалитетот на здравствените услуги (преку техничко од осовременување на јавните здравствени установи), сепак промената на моделот на финансирање (секоја организација самостојно наместо директно од буџетот) не секогаш помина без последици врз нивото на здравствени услуги (доволен пример е прилепската болница). Всушност, видливо е настојувањето на државата здравствената заштита како јавна дејност да ја предаде на приватниот сектор, па преку договорите со него да осигура некаков баланс меѓу нивниот интерес за профит од една, и интересите на пациентите (осигурениците) од друга страна. Така, има пациенти кои немаат да платат, држава која гледа колку може и каде може да не плати

или да плати што помалку и приватни здравствени установи кои единствено ги интересира да им се плати што повеќе. Постои противречност меѓу суштината и појавата на целиот систем – приватни здравствени установи кои мора да вршат јавна дејност и притоа мора да остваруваат профит, додека главниот купувач на здравствени услуги (самата законска измена со која Фондот стана купувач на здравствени услуги (самата законска измена со која Фондот стана купувач на здравствени услуги можеби во зародиш ги содржи сите подоцнежни компликации и проблеми) гледа да плати колку што може помалку и дел од своите обврски да ги пренесе врз осигурениците (преку „доплатата“) и приватните здравствени установи (преку драконските казнени одредби во договорите со нив). Како и сите мутанти, и овој „систем“ може во дадено место да опстои одредено време, но не може да се саморепродуцира. Пациентите се единствените кои ги трпат. Се чини, тоа е еден основен недостаток која ги поткопува сите обиди на законодавецот преку парцијални законски решенија да постигне трајни и долгорочни бенефити. Мора да се направи барем блага дистинкција, или здравјето на пациентите е на прво место и сите услуги или лекови за кои е можно да се јави потреба, без оглед можните материјални загуби што тој пристап би ги донел (здравје како вредност само по себе), или е битен профитот кој подразбира препуштање на самите себе на оние кои не можат да платат или чие лекување чини премногу скапо (здравје како услуга и пазарна категорија). Ова се сепак еден вид екстреми кои како такви носат белези на утопија. Варијантите, се токму оние за кои зборуваме во оваа докторска дисертација.

Здравствениот систем функционира така што пациентите најчесто се прегледуваат и дијагностицираат во самата примарна установа. Во случај на посериозно заболување или кога не може да се одреди дијагнозата во примарната здравствена установа, нужно е пациентот да биде упатен во секундарна здравствена установа. По одредувањето на дијагнозата и медицинскиот третман, пациентот тогаш се упатува назад во примарната здравствена установа, каде што се врши и надгледува третманот. За жал, во пракса често се случува пациентите да се обраќаат во секундарните здравствени установи дури и за најосновни третмани, како на пример третман на рани и посекотини. Заради ред причини, повеќето од граѓаните го сметаат примарното здравствено ниво само како почетна скала кон секундарните и терцијарните здравствени институции. Оттаму, секундарниот и терцијарниот здравствен сектор се преоптоварени, со оглед на тоа дека се поевтини од приватниот сектор. Секундарните и терцијарните здравствени институции го чинат Министерството за здравство повеќе отколку примарните здравствени институции. Нужно е намалување на претераната

употреба на секундарните и терцијарните здравствени установи. Медицинските услуги кои можат да се пружат во примарните здравствени институции треба да бидат ординирани на тоа ниво, а не во секундарните и терцијарните институции.

Според, анализата на Фондот за здравствено осигурување во Македонија покажа дека само половина од јавните здравствени установи во земјата се искористени. Од друга страна има примери кога пациентите се одбивани затоа што болницата веќе го искористила буџетот определен според таканаречениот Ди-Ер-Ци систем, кој во земјата се спроведува од лани. Од годишниот извештај на Фондот за здравствено осигурување во кој во 2009 година само околу 40% од специјалните болници биле искористени, локалните општи болници работеле со половина од капацитетот, а со работа биле затрупани клиниките во Скопје (Фондот за здравствено осигурување во Македонија, 2010). Македонија е единствена земја во регионот каде што постои растечки тренд на смртност на новороденчињата. Податоците од Статистичките анекси на Извештаите од Европската комисија, за земјите кандидати за членство во ЕУ, покажуваат дека во споредба со Албанија, БИХ, Црна Гора, Србија и Турција, Македонија е единствената земја во којашто последователно, три години по ред, се зголемува смртноста на новороденчињата. Податоците на Европската комисија покажуваат дека во Македонија, зголемувањето на смртноста кај новороденчињата е за фрапантни 34%, односно, од 7,6 во 2011 година до 10,2 во 2013 година. За споредба, во истиот овој период, во земји како Албанија и Босна и Херцеговина, смртноста на новороденчињата се намалува за околу 10%. Според ЕУРОСТАТ просекот во ЕУ на овој индикатор е 3,8. Стапката во Македонија е 268% над овој просек. Додека во останатиот дел од Европа и светот се намалува смртноста кај новороденчињата, благодарение на медицинското знаење, технологија и подобрување на условите за живот, Македонија е на дното на Европскиот континент. Смртноста на новороденчињата е показател, не само на катастрофалната состојба во која што е здравството во Македонија, туку и на општеството во целина.

Во 2015 во Македонија 3.741 лице починало од малигни заболувања. Загрижувачки се податоците од Институтот за јавно здравје, според кои, оваа бројка од година во година е сè поголема. Во 2010 биле регистрирани 3.705 смртни случаи. По кардиоваскуларните болести, ова е втора причина за смртност во земјата. Статистиката покажува дека мажите почесто заболуваат од жените. Пред две години од рак умреле 2.254 од машки и 1.487 од женски пол. Најзастапен е ракот на белите дробови кај машката популација и ракот на дојка кај жените. „Дијагностицирањето

на карциномот во доцна фаза и немањето можност да биде обезбеден третман, осудува многу луѓе на непотребно страдање и прерана смрт“, вели Етјен Круг, директор на Одделот за управување со незаразни болести во СЗО. Светските експерти посочуваат дека ракот е причина за 1 од 6 смртни случаи на годишно ниво. Раната дијагноза може да спаси многу животи. Ги намалува финансиските трошоци, а нејзиното зајакнување ја зголемува шансата за преживување на милиони луѓе кои живеат со малигна болест. Оваа глобална трагедија може да биде надмината со соодветно дејствување на здравствените системи. Според Европскиот здравствен потрошувачки индекс, Македонија во 2016 година е на 34-то место, од вкупно рангирани 35 европски земји, според здравствените резултати. Македонија е прва во Европа по тоа што не може да се справи од мозочни удари, Македонија е втора во Европа по смртност на новороденчиња, а трета во Европа по најлоша стапка на преживување на болните од рак. Македонија е меѓу земјите со најголем процент на граѓани што страдаат од депресија.

Според релевантните меѓународни истражувања Македонија се наоѓа на последно место во Европа по здравствени услуги, а на прво место како држава во која најстресно се живее. Здравствениот систем во Македонија е целосно срушен. Болниците се руинирани, граѓаните не добиваат квалитетни здравствени услуги, лекарите немаат основни услови за работа, умираат родилки и бебиња. Македонија, според Еуростат е на врвот на листата со починати новороденчиња во Европа. Во земјава умираат 14 новороденчиња на 1000 живородени. Дури 200 лекари годишно заминуваат од земјава. На Македонија и недостасуваат над 2000 лекари за да може да го постигне минимумот за достапност на здравствените услуги до секој граѓанин. Трошоците за здравствени услуги се зголемени за дури 30% во изминатите години, според официјални податоци на Државниот завод за статистика што покажува дека граѓаните плаќаат многу повеќе. Здравството е во огромни, милионски долгови. Според последните извештаи на Фондот за здравство, на крајот на октомври 2015 година, долговите на јавните здравствени установи изнесуваат 52 милиони евра, а обврските се 72 милиони евра. Инсулинска криза трае веќе втора година, загрозен е животот на 36000 пациенти поради опасности од гангрена, инфаркти и мозочни удари. Стопирани се и трансплантациите на бубрези.

Според податоците на Државниот завод за статистика, во Македонија, бројот на умрените лица во првата половина на 2016 е зголемен за 3,8 отсто во однос на истиот период претходната година. Но, директна корелација со „Мој термин“ не може

да се направи, зашто погледнато наназад 4 години има незначителен пораст на морталитетот, па за него треба да се изјаснат експертите. Во 2015 имало 20.461 починат, во 2014 починати биле 19.718, додека во 2013 година тој број е 19.208, а во 2012 е 20.134 починати. Дел од лекарите не ја исклучуваат поврзаноста со реформата во здравството, пред сè поради „влошувањето на квалитетот на здравствените услуги поради проектот, зошто евидентно е губењето на време на пациентите во нивниот пат до она што им е најпотребно – лекувањето“. Заради сите тие причини, веројатно е зголемена и смртноста на пациентите по болниците, затоа што не е исто дали еден карцином ќе стигне до хирургот во прв, втор или во терминален стадиум. За жал, освен ресорното министерство, реално никој нема пристап до точните податоци за да се состави вистинската слика за трагичните состојби и починатите пациенти во јавното здравство. Со оваа нетранспарентност се соочивме и во оваа истражување.

5.3.РЕФОРМИ И ПРОМЕНИ

Во земјава имаше реформи на повеќе клучни аспекти на здравствениот систем, веројатно, со крајна цел сериозно унапредување на функционирање на системот, зголемување на квалитетот на здравствената услуга, зголемување и зајакнување на одговорноста на директорите на јавните здравствени установи и давање алатки во рацете на пациентите со кои ќе се зголеми нивното влијание во насока на почитување на нивните права и подобро функционирање на здравствениот систем. За жал, таквите реформи не ги потврди статистиката, ниту пак задоволството на пациентот кој треба е на највисоко ниво во здравствениот систем. Повеќето од реформите не ги постигнаа ни одблизу резултатите кон кои се целеше. Според тоа, во овој дел од оваа докторска дисертација, тие нема да бидат предмет на подетално разгледување со оглед на огромниот политички популизам кој ги следи од осамостојувањето до ден-денес. Во вакви услови, премногу е тешко да се разграничи дали политиката и несоодветноста на одговорните „ги изедоа“ добрите идеи или преамбициозноста во кампањите и избрзаните решенија резултираа со дисконтинуитет во здравствениот систем и негова неможност за разгледување, пред сè заради нетранспарентноста. Постојат неколку светли примери и социјални поместувања на кои сме биле сведоци, но малку од нив придонесуваат за долготрајна промена во здравствениот систем. Предмет мора да бидат темелни реформи, дистинкција меѓу нивоата на здравствената заштита, заштеда на ресурси или нивно најсоодветно кроистење и најважното- намалување на

поразителните статистики, како и несомнено унапредување на правата и на пациентите и на здравствените работници. Тоа може да се направи со економско вреднување на перформансите, имплементирање на квалитетот на здравствената заштита, подобрување на комуникацијата на лекарите од различните нивоа, подобрување на комуникацијата лекар-пациент, итн.

Власта во Македонија, независно од идеолошката провиниенција, во последните 14 години додека течеше процесот на транзиција, го користеше здравството како амортизер за социјален мир, како и за создавање и прераспределба на првичниот приватен капитал во Македонија. Цената беше колапс на здравството. Добивме незадоволни даватели на здравствени услуги (пред сè лекарите) и незадоволни граѓани-приматели на здравствените услуги. Лошата услуга, поткупот и корупцијата станаа нужни нуспродукти на таквото „пререформирано“ здравство. Постојано граѓаните раскажуваат свои приказни за голготите што ги минуваат при користење на здравствените услуги. Здравството е и своевиден репер за реформите во едно општество и за вистинската еманципација и добронамерност на политичките елити, независно од нивните декларативни заложби. Во јавниот сектор во медицината не се направи ништо. Нема подготвено мрежа на здравствени установи со кои би се обезбедиле еднаквост и право на здравствени услуги гарантирани од државата, а финансирани од националниот ФЗО. Не постојат нормативи и стандарди за потребниот број специјалисти во секундарната и болничката здравствена заштита. Без никаков ред и план се доделуваат специјализации и така проблемот се зголемува. Не се отвори пазар на здравствениот интелектуален труд, каде ќе има здрава конкуренција меѓу лекарите со што ќе се зголеми квалитетот на лекарската услуга. И тоа што се донесе реформско во здравството не се почитува и спроведува.

За прв пат, една реформа која упатува на следење и која би била важна за контролата на здравствениот пазар и систем во Република Македонија е обидот за воведување на системот *Balanced Scorecard* или „систем на избалансиран приказ за постигнувањата“. Со овој систем најпрво на национално ниво се одредуваат индикаторите на здравствениот систем поделени во четири области: пациенти, клинички фокус, развој/обука и финансии. Од овие национални индикатори дефинирани од страна на Министерството за здравство, произлегуваат индикаторите за поединечните ЈЗУ-ви. Откако ќе се постават индикаторите за секоја ЈЗУ, следењето

на нивната реализација ќе биде по 6 месеци, а завршната проценка по една година. Индикаторите во областа „пациенти“ се однесуваат на: хигиената во здравствените институции, задоволството на пациентите од односот на здравствените работници, задоволството на пациентите од болничката храна, времето на чекање на пациентите за добивање одредена интервенција, колку бргу здравствената институција одговара на поплаките на пациентите. Индикаторите во областа „клинички фокус“ се однесуваат на: придржувањето до протоколите за дијагностика и третман што произлегуваат од медицината базирана врз докази, дополнителното намалување на морталитетот кај доенчињата применливо во гинеколошко- акушерските здравствени институции или одделенија, користењето на електронскиот систем за закажување „мој термин“, постигнувањата според системот за вреднување по учинок... Индикаторите во областа „развој и обука“ се однесуваат на: новите интервенции или вештини што треба да се совладаат во ЈЗУ, поттикнувањето на научната работа, задржувањето на врвниот талент, воведувањето или развивањето систем за квалитет во здравствената институција. Индикаторите во областа „финансии“ се однесуваат на: придржувањето до планираните приходи и расходи, што треба да превенира генерирање долгови, поттикнување на обезбедувањето приходи од други извори со цел зајакнување на претприемачкиот дух кај менаџментот, придржување до планираните трошоци за лекови и медицински материјал, придржување до прописите во делот на финансиското работење. Секој показател има соодветна тежина, а од нивото на реализација ќе зависи дали менаџментот на соодветната здравствена установа ќе биде дополнително финансиски награден или не. Предвидено е системот да се надоградува и да се воведуваат дополнителни параметри кои ќе еволуираат. Со ова се овозможи транспарентен систем во кој сите јавно-здравствени установи партиципираат кон остварување на индикаторите, односно здравствената стратегија воспоставена од ресорното министерство. Истовремено, стожерот на оваа стратегија е улогата на менаџментот, овозможувајќи истакнување на посветеноста, иницијативноста, инвентивноста, а пред сè барање одговорно работење на сите нивоа на здравствена заштита (Министерство за здравство).

Она што треба да се спомене е Стратегијата на Република Македонија за здравје до 2020 година. Оваа стратегијата е најзначајната досега развиена рамка и водич за организирање и поддршка на ваква акција во нашава земја. Стратегијата за

здравје до 2020 година ја определува визијата за развој на здравјето како сеопфатен динамички процес ориентиран кон резултати со заеднички цели и јасни приоритети за подобро здравје и добросостојба на нашето население во 2020 година. Стратегија за здравје до 2020 година на Република Македонија е базирана врз докази. Таа унапредува пристап на партиципативно управување со цел зајакнување на капацитетот на чинителите и граѓанскиот сектор за активно учество во нејзиниот развој и спроведување. Во рамки на овој пристап, Владата вовеле низа инструменти за подобрена консултација и дијалог, вклучително ad hoc и онлајн консултации, јавни дебати и институционализирани консултации во советодавни комисии и панели на медицински тестирања. Понатаму, земјата ја усогласи Стратегијата со две единствени цели за развој на здравјето во Европа, дефинирани во Стратегијата „Здравје2020“ на Светската здравствена организација за Европскиот регион: подобрување на здравјето на сите и намалувањена здравствените нееднаквости, како и унапредување на лидерството и партиципативното управување за подобро здравје. Кон постигнување на определените цели, Стратегијата предлага нови форми на управување за подобро здравје, при што здравјето и добросостојбата се поставуваат како одговорност на целата влада и целото општество.

Слика 5.1 Здравје 2020



Извор: Стратегија за здравје на Р. Македонија, Министерство за здравство на Р. Македонија
Стратегијата ги опфаќа и обработува социјално-економските аспекти за подобрување на здравјето и претставува основа, заснована врз докази за инвестиции и акција преку интегриран пристап кон здравствена промоција, превенција на заболувањата, и

лекување и рехабилитација за сите. Преку одделните стратемиски столбови и нивните составни акции, активностите во врска со социјалните детерминанти опфаќаат пристапи коишто го вградуваат здравјето во сите политики со цел подобрување на здравјето на секој граѓанин и намалување на апсолутниот ефект на социјалните детерминанти врз целото население, со специфично фокусирани интервенции кај најранливите групи. Стратегијата за здравје до 2020 година на Република Македонија идентификува нови системи на партнерства за соработка и настојува да воспостави иновативен пристап за социјална мобилизација заправичен, одржливи одговорен развој на здравјето (European review of Social Determinants and the Health Divide, мај, 2013 година), СЗО, Копенхаген, Данска. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng).

5.4 ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

Емпириските истражувања поврзани со пазарот на здравствена заштита имаат основна цел да обезбедат поголем степен на разбирање на различните аспекти од работењето на здравствените институции, па во таа смисла и ова истражување има намера да го зголеми степенот на разбирање на стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита во Република Македонија. Управувањето и намалувањето на аномалиите се предуслов за долгорочен просперитет, опстанок и овозможување одржлив здравствен систем, имајќи предвид дека токму опстанокот, односно, одржливоста се предизвик со кој константно се соочува здравствениот пазар.

Од друга страна, треба да се истакне дека самите истражувачки напори поврзани со здравствените установи, лекарите, медицинскиот персонал и пациентите се изложени на голем број ограничувања и пречки, кои можат да бидат од различна природа. Така, на пример, лекарите се преоптоварени со прегледи на пациенти и бирократија и дел од нив сметаат дека учеството во различни видови истражувања е непотребно. Исто така, здравствените институции немаат желба да споделуваат информации во однос на својата работа, плашејќи се да не пренесат доверливи информации и на тој начин да се изложат на ризици. Заводите за статистика, исто така, години наназад работат нетранспарентно, веројатно поради „шминкање“ на лошите показатели. Сепак, тоа не треба да обесхрабрува, туку уште повеќе да ја поттикнува иновативноста во однос на истражувањето. Понудата на здравствената заштита опфаќа широк спектар теми од економијата, како што сетеоријата на производство, влезните пазари,... како и

индустриската организација. Специфичните прашања што треба да се испитуваат се однесуваат на трошоците за производство, влезните супститути, како и на природата и улогата на стимулансите. Понудата и побарувачката се сечат една со друга за да се воспостави рамнотежа на пазарот на здравствена заштита. Пазарите се во состојба ефикасно да ги распределат ограничените ресурси каде што се најпродуктивни, со формирање на цени за сè. Правилното креирање на здравствената политика се засновува врз здравите економски принципи кои се поврзани на многу чувствителен начин. Лекциите може да се научат од основите на економијата - лекции за човековото однесување и начинот на кој поединците донесуваат одлуки, реагираат на стимулации, комуницираат едни со други - за ефикасната распределба на ограничените ресурси. Економистите го немаат последниот збор во управувањето со здравствените системи, но можат да дадат значаен придонес во управувањето со нив и начините на кои тие се поврзуваат со системот на здравствена заштита. И покрај огромните познавања од економијата, сепак се важни концептите што ќе се користат кога се анализираат медицинските пазари и политиките на овие пазари. Примарната функција е да се испитаат основните принципи на пазарот.

Разбирањето на управувањето со здравствената заштита е важно од повеќе причини:

Прво, здравјето е важно за нас и како поединци и како општество, а здравствената заштита е еден, иако не и единствен, начин на менување на инциденцата и влијанието на лошо здравје и болест. Достапноста на здравствената заштита може да ги одреди квалитетот на животот и /не/можноста за опстанок. Економската анализа нуди единствена и систематска интелектуална рамка за анализа на важни прашања во здравствената заштита и за идентификување решенија за заедничките проблеми. Конкретно, односно во крајност, економијата на здравствената заштита е, реално, прашање на живот и смрт.

Второ, здравствениот сектор е многу голем. Здравствената заштита е главната компонента на трошењето, инвестициите и вработувањето во секоја развиена земја, така што економското работење на здравствениот систем е клучно поврзано со целокупната економска благосостојба на една земја и на нејзините граѓани (Reinhardt et al., 2002).

Трето, одлуките за тоа како здравствената заштита е финансирана, обезбедена и дистрибуирана се под силно влијание на економското опкружување и економските

ограничувања. Глобалните, националните и локалните реакции на здравствените прашања стануваат сè повеќе информирани со економските идеи и методи на анализи

5.5 ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во рамките на истражувањето се испитува влијанието на одреден број проблеми кои што влијаат врз стратегиите за управување со пазарите на здравствена заштита. Целта на истражувањето е да се осознае кои се стратегиите и очекувањата од експертите за подобро функционирање и управување со здравствениот пазар и најзначајно: во колкава мера одредени фактори и нивната разноликост влијаат врз квалитетот, законската регулатива и одржливоста на здравствениот систем во Република Македонија. Анализата истовремено го вклучува согледувањето на различните односи помеѓу примената на идните очекувања и коментари на веќе егзактно зададените проблеми. Имено, се бара одговор на прашањето како ќе влијае имплементирањето на позитивните насоки и максималните обиди за избегнување на негативните насоки врз одржливоста и квалитетот на услугите на пазарот на здравствена заштита. Во рамките на истражувањето во докторската дисертација вниманието пред сè е насочено кон стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита. Целта е да се идентификуваат проблемите со кои се соочува системот на здравствена заштита, како и да се дадат предлози околу идните очекувања за употреба на соодветни стратегии во управување со пазарот на здравствена заштита. Во контекст на наведеното, изработена е анализа на потенцијални проблеми кои што влијаат врз пазарот и истите се групирани во четири групи: **општи проблеми, проблеми од типот на ограничувањата и фазите низ кои минува здравствениот систем, проблеми со квалитетот на здравствена заштита и проблеми поврзани со стратегијата која треба да се спроведе на секое ниво на здравствена заштита.**

5.6 МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Дизајнирање на истражувањето. Во овој дел ќе ја изнесеме општата дескрипција на методите. Јасно го опишуваме изборот на опсерваци на експертите. За Делфи методот, кој е публикуван, напишани се референците и даваме само краток опис за начините на спроведување, затоа што голем дел од нив се добро познати. Во

однос на истражувачкиот приод кон оценување на стратегиите за управување со пазарите на здравствена заштита, може да се утврди дека постојат две фази кои меѓусебно се надополнуваат. Првата фаза се базира врз, т.н. истражување за идни очекувања, што ги содржи основните теоретски поставки поврзани со проблемот на истражување. Во втората фаза на истражувањето следувахе испитување на експертските ставови. Притоа, во рамките на првото истражување се поставени основите, па потоа соодветно е изработено и персоналното истражување, односно личните формулации на експертите и анализата на нивните одговори. Во последната фаза, врз база на првите два дела, се формирани соодветни заклучоци. Првото истражување е прикажано претходносоодветно, врз основа на принципите на статистиката и на тој начин се измерени резултатите. Овде се сумира оправданоста за изведување на студијата или опсервацијата. Приложени се само референците кои се строго поврзани со предметот на истражување или опсервација, свесно неправедјќи обемен преглед на предметот на истражувањето/опсервацијата. Целта е да се зголеми изборот за корисниците на здравствените услуги, континуирано да се влијае врз подобрување на квалитетот на здравствените системи во регионот, како и да ја зајакне соработката помеѓу давателите на здравствените услуги. Исто така, целта е да се зголеми и пристапот до квалитетни информации поврзани со обезбедувањето на здравствените услуги, да се зголемат транспарентноста, соработката и комуникацијата помеѓу корисниците, докторите, стоматолозите и здравствените установи и да се придонесе кон покачување на стандардите во обезбедувањето на здравствените услуги. За разлика од традиционалните методи на Делфи, новиот модел нема дополнителни повратни информации или повторени кругови на испитување. Главната предност е што е полесно да се регрутираат признати експерти, бидејќи тие не треба да посветат толку многу од своето време.

Според Делфи методот, првиот чекор е дефинирање на работите за кои експертите би сакале да зборуваат, нормално претходно информирани за темата на докторската дисертација. По завршување на првата фаза, се постигна консензус за темите, со давање слобода да се дополнат работи на крајот на овај прашалник, доколку испитаниците почувствуваат потреба. Вториот чекор беше формулирањето на прашалникот врз основа на договорените теми за дискусија. Компромис е неизбежен, без разлика дали станува збор за пазарен или владин систем за здравствена заштита, па мора да се направат голем број правилни и клучни избори. Овие избори вообичаено се карактеризираат со четири основни прашања. Ресурсите се ретки и

ограничени. Недостатокот на ресурси значи дека секое општество мора да носи важни одлуки во врска со потрошувачката, производството и дистрибуцијата на стоки и услуги за давање правилен одговор на четирите базични прашања (Schulze et al., 2001):

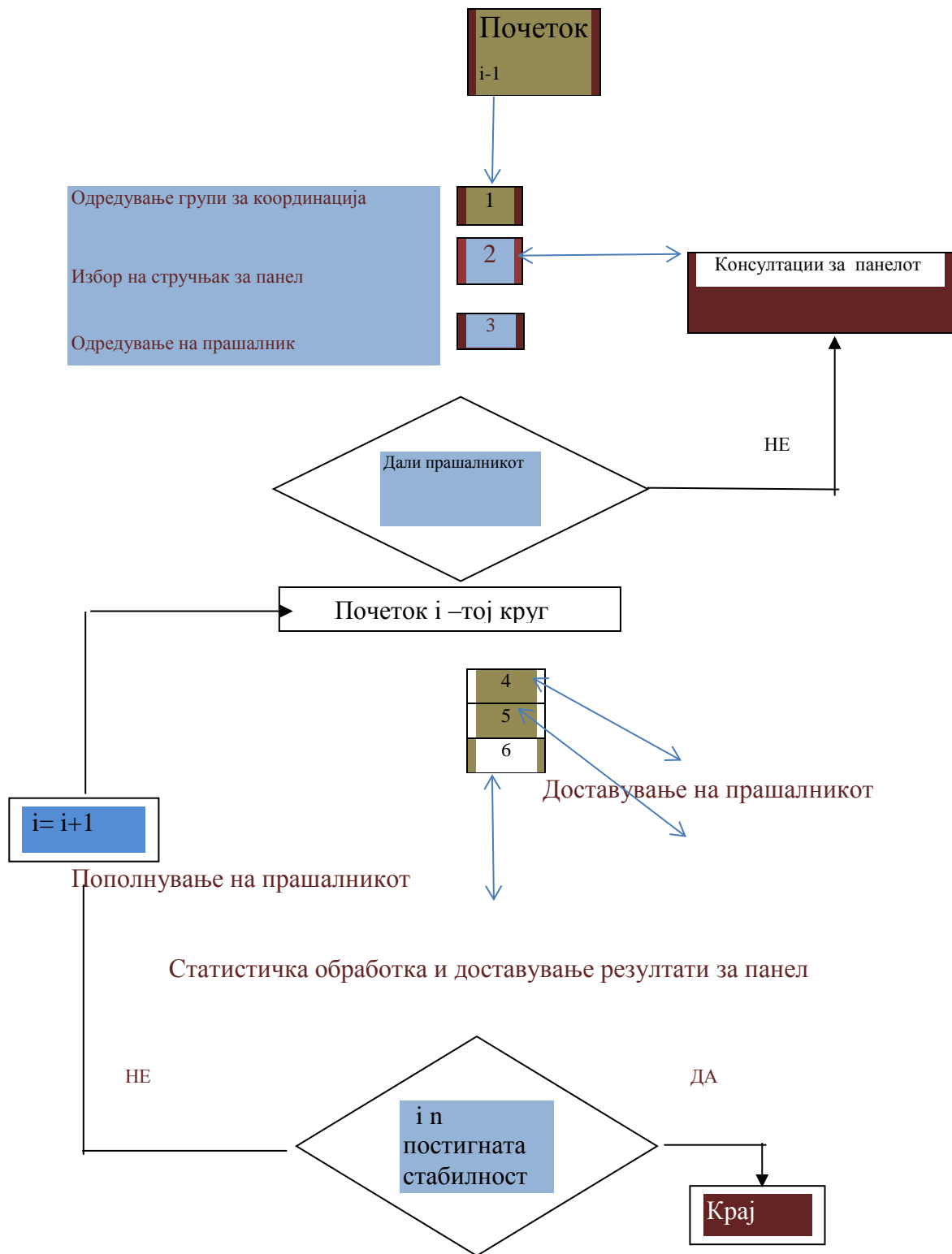
1. *Кој микс на немедицински и медицински производи и услуги треба да се избере за да се произведува во макроекономијата?*
2. *Кој микс на медицински производи и услуги треба да се произведе во здравствената економија?*
3. *Кои посебни здравствени ресурси треба да се користат за производство на одбраните медицински производи и услуги?*
4. *Кој треба да ги прими медицинските добра и услуги што се произведуваат?*

Постојат повеќе теории и емпириски истражувања кои се занимаваат со однесувањето на здравствената економија. Понекогаш теориите и емпиriskите резултати се од интерес за нивното добро, особено за академиците како авторитет. Главната причина за нивното иницирање и развој е да добиеме подобро разбирање за работата и ефикасноста на реалната здравствена економска состојба. Ако здравствената економија не е социјално ефикасна и правична, тогаш треба да се бараат решенија и да се променат политиките за да дојде до подобрување. Разбирањето на линковите помеѓу структурата и перформансите е од суштинско значење при детерминирање нови политики. Структурата игра важна улога во одредувањето во тоа, како луѓето се однесуваат или треба да се однесуваат според правилата на здравствената економија.

Методот Делфи е популарен, практичен и корисен пристап за анализа на податоците за опкружувањето. Методот Делфи може да се користи за да се идентификуваат и да се проучат тековните и новите трендови во секоја категорија на опкружувањето (технолошки, социјални/демографски, економски и сл.). Поспецифично, методот Делфи е развој, евалуација и синтеза на поединечни гледни точки преку систематско барање и споредување на индивидуалните проценки за одредена тема. Во првиот круг, на поединците им се поставуваат прашања за нивното мислење во врска со избраната тема. Мислењата се сумираат и потоа им се враќаат назад на учесниците за развивање нови проценки во врска со темата. По неколку круга барање и резимирање, се формулира синтеза на мислење. Делфи методот е експлоататорен и интуитивен. Ги користи предностите на групното мислење, со што се надминуваат проблемите кои се јавуваат при работа во група. Ова е квантитативен метод на истражување со квалитативни елементи. Се потпира врз мислењето на експертите. Важно е дека е интерактивен процес што се спроведува низ неколку

кругови на испитување. Клучни карактеристики се: анонимност, интерактивен процес со контролирани повратни спреги, статистичко истражување и дефинирање на прашалникот. Причините за примена на Делфи методот во ова истражување се должи на тоа што се потребни субјективни проценки за подобра опсервација на проблемите и можностите. Овозможува едноставно ангажирање на различни профили експерти како и поголема група, со што се олеснува истражувањето. Таквиот концепт помага да се избегнат тешкотиите од работата лице в лице, големите трошоци за патување, тешкотиите заради различниот систем на вредности, ограничено време, јазичните бариери помеѓу испитаниците, проблемот со суета и доминација и многу други несогласувања. Чекорите кои се користат за негово спроведување се: одредување група за координација, избор на експерти и формулирање на прашалникот. Во оваа докторска дисертација беше употребен ревидираниот Делфи метод кој не бараше повторни кругови. Откако се направија основните чекори, се донесе заклучок за темите за кои ќе се дебатира. Потоа прашалникот се испрати до избраните експерти. Во определен временски период беше одговорен. Потоа се премина кон статистичка обработка на податоците. Заради ваквите карактеристики и неговата флексибилност, Делфи методот е соодветен и применлив во различни ситуации на здравствениот пазар и може да даде одлични резултати на еден широк збир од комплексни проблеми, токму типични за здравствениот систем во земјава. Процесот им даде на учесниците доволно време да размислат за своите идеи, што резултираше со квалитетни одговори. Анонимноста, пак, овозможи слободно изразување на мислењето без пречки за недефинираната лојалност кон здравствената институција и професија. Меѓу најважното е тоа што во ова испитување никој немаше влијание врз експертите, со што генерираните мислења беа слободно донесени и само се изврши нивна евалуација која водеше кон некаков вид консензус, во случајов, заклучок.

Слика 5.2 Делфи метод-чекори



Извор: Hasson, F., Keeney, S. and McKenna, H., (2000), "Research guidelines for the Delphi survey technique", *Journal of advanced nursing*, 32(4), pp.1008-1015.

Акцент беше ставен врз тоа, изборот на експертите да не биде субјективен, прашањата да не упатуваат на нешто, прашалникот да биде јасен. Освен ова, овој метод има и свои недостатоци затоа што нема директна интеракција на учесниците, успешноста и валидноста зависат од експертизата на испитаниците, но и од администрирањето на прашалникот, составувањето на панелот и од јасноста на прашањата.

Од друга страна, им се даде доволно време на експертите за сериозно да размислат. Избраните експерти сметаа дека Делфи методот е валиден начин за предвидување на идните очекувања, веруваа во анонимноста, беа расположени за дополнителни информации. Панелот беше составен од членови кои направија добар баланс помеѓу различните дисциплини и подрачјето на експертите. Сепак, се направи обид за надградба на методот, имајќи предвид дека сепак не е најмоќна алатка самиот по себе, туку само служи како средство за поддршка.

Традиционалниот метод Делфи претрпе големи промени во контекст на анализата на опкружувањето. Најистакнатите карактеристики на ревидираниот метод Делфи се:

- да ги идентификува признаените стручњаци од областа на интерес;
- да бара соработка и да им испраќа резимеа (врз основа на пребарана литература) и
- да спроведува лични интервјуа со секој експерт врз основа на структуриран прашалник, Корпорација (RAND, 1960).

За разлика од традиционалните методи на Делфи, нема дополнителни повратни информации или повторени кругови на испитување. Главната предност е што е полесно да се регрутираат признати стручњаци, бидејќи тие не треба да посветат толку многу од своето време.

Методот Делфи е особено корисен кога здравствените работници сакаат да разберат специфичен проблем за опкружувањето. Од неодамна, методите и експертите од други дисциплини се применуваат на прашањата поврзани со здравствената заштита, како што е прогнозирањето заразни болести.

Согласно предложената методологија очекуваното време на остварување и варијансата се претставени согласно формулаа презентирани во продолжение (Gibson, 1998):

t_n просечно време /остварување

f_i фреквенција

$$t_n = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k t_i f_i$$

$$\delta^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k f_i t_i^2 - t_n^2$$

δ^2 дисперзија/варијанса

$$\delta_n = \sqrt{\delta^2 n}$$

δ_n - стандардна девијација

Истовремено очекување на остварување и варијанса за експертите се пресметуваат

по формулата: $r_1 r_2 r_3$ се дадени по ПЕРТ методи

: $r_1 = 1, r_2 = 4, r_3 = 1$

$$r_4 = 36$$

$$t_i = \frac{r_1 o_i + r_2 m_i + r_3 p_i}{r_1 + r_2 + r_3}$$

$$\delta_i^2 = \frac{(p_i - o_i)^2}{r_4}$$

Вкупно време на очекување и варијансата се пресметуваат по формулата:

$$t_n = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n t_i$$

$$\delta_n^2 = \frac{1}{n} \left[\sum_{i=1}^n \delta_i^2 + \sum_{i=1}^n (t_i - t_n)^2 \right]$$

Прибирање на податоците. По изработувањето на Прашалникот, истиот е тестиран врз експерти во претпријатија, кои после пополнувањето повратно обезбедија одредени сугестии во насока на подобрување и разјаснување на прашањата за

потенцијалните испитаници со цел да се избегнат недоразбирања. По фазата на тестирање, беа имплементирани добиените сугестии. Новата верзија на Прашалникот беше дистрибуирана во периодот од 3.03.2017 година. Пристапот на дистрибуирање на Прашалникот подразбираше неколку начини: преку доставување на Прашалникот во електронска форма, како и поставување на Прашалникот во електронски on-line формат, кој преку линк беше доставен до избраните експерти. Прашалникот содржи прашања, од кои се поставени првенствено врз база на идните очекувања и нудеа можност за избор. При тоа испитаниците требаше да изберат опција која најмногу им одговара на случувањата. Податоците се сумирани со помош на статистички операции и специфицирани се статистичките методи кои се користеле при анализата. Статистичките методисодржат доволно детали за да му овозможат на секој читател со доволно знаење да има пристап до оригиналните податоци (за да се верифицираат изнесените резултати). Кога беше можно, се вршеше квантифицирање на наодите и беа изнесени со соодветни индикатори на грешките на мерење. Описната опсервација од прашањата во прашалникот, составени според Делфи методот, со претходна акламација за темите за кои ќе се дискутира се презентирани во заклучоците и претставуваат квалитативно проширување на истражувањето.

Примерок. За потребите на ова истражување беа собрани 16 прашалници, што ги исполнува условите од Делфи методот, односно бројот да не биде помал од 10. Сите испратени прашалници беа одговорени.

Во однос на обработката на податоците пред спроведувањето на квантитативната обработка, потребно е да се извршат соодветна анализа и проверка на податоците во примерокот. Притоа се согледуваат неколку аспекти: податоците кои што недостасуваат, несоодветните одговори, распоредот на податоците и карактеристиките на примерокот. Во рамките на оваа подготвителна фаза со извршената проверка, можеше да се утврди дека приближно 4 од респондентите/испитаниците дале податоци кои не можат да се идентификуваат, односно недостасуваат. Во основа, тоа е статистички прифатливо и нема да има значајно влијание врз анализата (во литературата се истакнува дека доколку податоците кои недостасуваат се под 10% (Hair, 2010), тие можат да бидат занемарени). Кај несоодветните одговори беа согледани одредени технички пропусти и истите беа коригирани, така што немаше потреба за отфрлање податоци заради несоодветност.

5.7 РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗА ПРАШАЛНИКОТ

5.7.1. Дескриптивна анализа

Согласна спроведената анализа обезбедени се одредени информации па така 15 од испитаниците односно 94% од примерокот имаат работен стаж во здравство од 5 и повеќе години. Бројот на испитаници со искуство од 1-3 години е 1 и неговото процентуално учество е 6% од примерокот. Ова дава индикација за веродостојноста на спроведеното истражување, при што очигледно е соодветното искуство на вклучените експерти. Во однос на подрачје на делување 60% од испитаниците се од внатрешноста на Македонија (6 испитаници), 40% од испитаниците се од Скопје (9 испитаници), а за еден испитаник нема соодветен податок. Понатака 75% од испитаниците се од јавниот сектор (12 испитаници), а 25% од испитаниците се од приватен сектор (4 испитаници). Што секако дава можност да се согледаат посебно најзначајните аспекти поврзани со јавното здравство. Во однос на структурната поставеност на здравствената заштита 31% од испитаниците припаѓаат на ТЗЗ (11), 69% на СЗЗ (5), 0% на ПЗЗ(0). Согласно повратно добиените резултати може да се утврди нивото на хетерогеност на примерокот е задоволителна со што во испитувањето би се инволвирал поголемиот спектрум на мислења од испитуваната област.

Мерењето на варијаблата за континуираната едукација на примерокот на експерти е извршено со рангирање на учеството на обуки од поширока област, учеството на обуки од соодветната област и здобивање со одредени сертификати и квалификации од соодветната област со интензитет на појавата 1,2,3,4,5, - при што 1 е најнизок интензитет на појавата и 5 е највисок интензитет на појавата; 7 од експертите не одговориле на прашањата поврзани со едукацијата; 9-те експерти за кои има податок на скала од 1-5 учествуваат со интензитет на појава 4,00 во обуки од поширока област; 4,22 во обуки од соодветна област и 4,22 се здобиле со сертификати и квалификации од соодветната област. Резултатите покажуваат задоволително ниво на континуирана едукација на дел од примерокот (56,25%) за кој има податок за односната варијабила. Нивото на хомогеноста на примерокот е задоволена, односно, учесниците реферирани како експерти за истражуваната област го задоволуваат тој критериум.

Во Табела 1 во прилог подредени варијаблите/прашањата по очекувано време од најкратко кон најдолго. Економската анализа нуди единствена и систематска интелектуална рамка за анализа на важни прашања во здравствената заштита и за идентификување решенија за заедничките проблеми согласно очекувањата на испитаниците. Интервјуата со здравствените работници и укажуваат на тоа дека здравствените организации ќе мора да се справат со промените во некои, или со сите од следниве области: законодавни/политички, економски, социјални/демографски, технолошки и конкурентни. Па соодветно анализата укажува на варијаблата број 2 поврзана со очекувањата за измените во Законот за здравствена заштита како еден од аспектите кои се очекува најбрзо и најприоритетно да биде предмет на анализа, т.е тој интервал е покус од 3 години, т.е поточно 2, 875. Истовремено варијансата со 3,234 е прилично висока, со изразена стандардна од 1,798 девијација што укажува на широка дисперзија на размислувањата. Во продолжение како второ рангиран аспект е искористеноста на здравствените капацитети, кои се смета дека ќе бидат изцрпени за нешто помалку 4 години односно некаде околу крајот на 2020 и почетокот 2021.

Табела бр.1

Варијабла	t_n	σ_n^2	σ_n	очекувано време
2	2,875	3,234	1,798	2019,88
1	3,813	3,277	1,810	2020,81
8	3,867	2,916	1,707	2020,87
9	3,875	1,734	1,317	2020,88
3	3,929	1,781	1,334	2020,93
6	3,938	2,059	1,435	2020,94
11	4,063	1,809	1,345	2021,06
7	4,125	2,109	1,452	2021,13
10	4,125	1,234	1,111	2021,13
4	4,333	1,289	1,135	2021,33
5	4,375	1,234	1,111	2021,38
12	4,500	1,821	1,350	2021,50

Извор: Сопствено истражување

Со квантитативното истражување се истакнува заклучокот во врска со разбирањето на економијата на здравствената заштита од повеќе причини низ призмата на идните очекувања кои се од стратемиско значење на идните планирања, кои е нужно се базирани на идните очекувања. Прво, таквата анализа упатува на тоа дека здравјето е важно за нас и како поединци и како општество, а здравствената

заштита е еден, иако не и единствен, начин на менување на инциденцата и влијанието на лошо здравје и болест. Достапноста на здравствената заштита може да ги одреди квалитетот на животот и не/можноста за опстанок гледана низ призмата на времето, како фактор во кој ќе се случат промените кои се однесуваат на зададените варијабли. Во Табела бр.2, во прилог, се подредени варијаблите/прашањата по ниво на постигнат консензус за очекуваното време мерен преку варијансата и стандардната девијација (од највисоко ниво на консензус на експертите до најниско ниво на консензус). Согласно добиените резултати постои силно изразен консензус во однос на оптовареноста на терцијалното здравство и намалувањето на таквата преоптовареност е извесно дека ќе потрае . Просечното време во спроведената анализа е 4,125, додека стандардната девијација е релативно ниска со 1,111. Ова несомнено го потврдува консензусот на најголем дел од експертите вклучени во анализата. Тука сликата се дополнува со второ рангираното прашање во табелата, каде се согледува дека примарното ниво на здравствена заштита уште долго време ќе се соочува со проблемот да служи само како патоказ на пациентите. Трето рангирано прашање се однесува на намалувањето на смртноста од водечките болести во државава, каде исто така постои релативно високо ниво на консензус согледувајќи ја релативно ниската стандардна девијација 1,135.

Табела 2

Варијабла	t_n	σ_n^2	σ_n	очекувано време
10	4,125	1,234	1,111	2021,13
5	4,375	1,234	1,111	2021,38
4	4,333	1,289	1,135	2021,33
9	3,875	1,734	1,317	2020,88
3	3,929	1,781	1,334	2020,93
11	4,063	1,809	1,345	2021,06
12	4,500	1,821	1,350	2021,50
6	3,938	2,059	1,435	2020,94
7	4,125	2,109	1,452	2021,13
8	3,867	2,916	1,707	2020,87
2	2,875	3,234	1,798	2019,88
1	3,813	3,277	1,810	2020,81

Извор: Сопствено истражување

После статистичките пресметки, во Табела бр.1 и Табела бр.2 се сублимирани одговорите за идните очекувања кои се однесуваат на: соодветна искористеност на здравствените капацитети, на честите измени на Законот за здравствена заштита, на

намалување на смртноста од водечките болести во државава, на очекувањата на здравствените работници кои се однесуваат на примарното ниво на здравствена заштита, на доопремување на ординациите од ПЗЗ, на непотребното препраќање на секундарно и терцијарно ниво и намалување на преоптовареноста на ТЗЗ. Пресметките во Табела број.1 се однесуваат на очекуваниот период (година), во кој експертите ги очекуваат проимените. Втората табела, од вториот дел од Прашалникот, претпоставува квантифицирање на очекувањата за истите варијабли, но со три нивоа односно квантифицирање на очекуваното време при оптимистичко, очекувано и песимистичко сценарио за одредената варијабла/прашање/проблем. Податоците од прашалникот покажуваат дека експертите во најголем број (11) одговориле со едно очекувано време и истото го означувале со очекувано, песимистичко или оптимистичко согласно ознаките во насоките. Во анализата овој случај без разлика на ознаката податокот се смета за очекувано време; 4 од табелите од експертите се отфрлени при анализата поради нејасно означување; 1 од испитаниците дал податоци по овие проблеми согласно насоките.

Во прилог во табела 3 подредени варијаблите/прашањата по очекувано време од најкратко кон најдолго Во анализата се поставени мерењата на очекуваното време на реализирање/решавање на пооделните проблеми согласно двете испитувања по однос на конкретните проблеми. Во првиот случај на еден одговор на процена на експертите е мерено очекуваното време на реализирање како и девијацијата на истото.

Табела 3

Варијабла	очекувано време	Стандардна девијација
2	2019,36	1,80
6	2020,42	1,45
8	2020,56	2,07
1	2020,57	1,85
7	2020,78	1,62
11	2020,83	1,22
12	2020,93	1,55
5	2021,00	1,48
9	2021,01	1,14
4	2021,19	1,18
10	2021,22	0,86
3	2021,62	1,56

Извор: Собствено истражување

Во анализата се поставени мерењата на очекуваното време на реализирање/решавање на пооделните проблеми согласно двете испитувања по однос на конкретните

проблеми. Во првиот случај на еден одговор на процена на експертите е мерено очекуваното време на реализирање како и девијацијата на истото.

Во Табела 4 во прилог подредени варијаблите/прашањата по ниво на постигнат консензус за очекуваното време мерен преку варијансата и стандардната девијација (од највисоко ниво на консензус на експертите до најниско ниво на консензус). Без оглед на огромните спекулации за лошиот квалитет на работа на здравствените установи во земјава, истражувањето, сепак, покажа не толку лоши резултати, кога станува збор за практикување на барем основните протоколарни процедури. Исто така, е забележано соодветно задоволство и кај лекарите, но треба да се земат предвид нивните сериозни белешки, песимистичкото расположение и оставениот простор за подобрување на организациската поставеност. Сепак, важно е да се истакне дека заклучоците од ова истражување, не упатуваат на задоволување на повисоки-здравствени потреби, туку, за жал, токму обратното, на борба за просечна здравствена заштита и просечно функционирање на пазарот

Табела 4

Варијабла	очекувано време	Стандардна девијација
10	2021,22	0,86
9	2021,01	1,14
4	2021,19	1,18
11	2020,83	1,22
6	2020,42	1,45
5	2021,00	1,48
12	2020,93	1,55
3	2021,62	1,56
7	2020,78	1,62
2	2019,36	1,80
1	2020,57	1,85
8	2020,56	2,07

Извор: Сопствено истражување

Во вториот случај е пристапено со оптимистично очекувано и песимистично проценување на експертите кои одговори тежински учествуваат во проекцијата согласно ПЕРТ методата. Согласно тоа, се пристапи кон дополнителни мерања и статистички пресметки. Примарно, истражувањето ги разгледува и анализира различните аспекти поврзани со факторите коишто влијаат врз пазарот на здравствена заштита и влијанието врз стратегиите за управување со здравствениот пазар. Финалниот резултат од истражувачкиот напор обезбедува заклучни согледувања поврзани со практичните импликации врз квалитетот на здравствената заштита,

потребата од реорганизација, рационализација и реструктурирање, како и потребата од анализа на проблематиката со која се соочуваат здравствените организации на територијата на Република Македонија.

**СТАТИСТИЧКИ
ПРЕСМЕТКИ**

Очекувано време на остварување и варијансата се пресметуваат по формула:

$$t_n = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k t_i f_i$$

$$\sigma_n^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^k f_i t_i^2 - t_n^2$$

$$\sigma_n = \sqrt{\sigma_n^2}$$

t_n	просечно време
f_i	фреквенција
	дисперзија/варијанса
σ_n^2	стандардна девијација

Очекување на остварување и варијанса за експертите се пресметуваат по формула:

$$t_i = \frac{r_1 o_i + r_2 m_i + r_3 p_i}{r_1 + r_2 + r_3}$$

$$\sigma_i^2 = \frac{(p_i - o_i)^2}{r_4}$$

PERT метод

$$r_1 \quad r_2 \quad r_3$$

$$r_1 = 1$$

$$r_2 = 4$$

$$r_3 = 1$$

$$r_4 = 36$$

Вкупно време на очекување и варијансата се пресметуваат по формула:

$$t_n = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n t_i$$

$$\sigma_n^2 = \frac{1}{n} \left[\sum_{i=1}^n \sigma_i^2 + \sum_{i=1}^n (t_i - t_n)^2 \right]$$

Иако вториот пристап има мерења со тежинско учество и има три интензитети на оценување во конкретното истражување согласно споменатата анализа на податоците на експертите, 69% од одговорите се со еден интензитет кој автоматски смета за очекуван, а 25% од одговорите се отфрлени поради неможност за препознавање на значењето на даденото мислење. Ова треба да се земе во предвид при анализа на резултатите и носење заклучоци од истите. Вториот дел од истражувањето е изразен во последната петта глава и го содржи истражувањето или квантитативната анализа со квалитативни елементи со помош на Делфи методот, надополнета со ПЕРТ методот и добиените резултати од него. По проследувањето на прашалникот до експертите коишто учествуваа во прашалникот, се обезбедени информации и податоци за проблемите и идните предизвици на пазарот на здравствена заштита, како и за организираноста на здравствениот систем во земјава. Од исцрпните истражувања и анализи при изработката на докторскиот труд обезбедени се доста обемни и нови сознанија, заклучоци, нови резултати кои ќе можат да се имплементираат при примената на стратегиите за управување со пазарот на здравствената заштита во Република Македонија.

5.7.2 Резултати од испитување на експертските ставови

Во рамките на истражувањето истовремено е интегриран отворен прашалник во кој се искажани експертските ставови за егзактно зададени проблеми. Иако крајна цел на истиот беше согледување на одредени ставови и решенија, по односни егзактни постоечки проблеми во системот, согласно податоците/информациите од експертите од третиот дел во најголем број од одговорите се наиде на потврдување за постоење на истакнатиот проблем или, пак, дополнително согледување дека истиот проблем непостои. Од таа причина се пристапи кон квантифицирање на овој дел од прашалникот во однос на ова одбивање и констатирање на постоењето на зададените проблеми, иако по својата суштина овој дел побарува квалитативна анализа. Во табела бр.5, е презентирано квантифицирањето на дадените квалитативни одговори.

Табела бр. 5

ПРАШАЊЕ	ДА	НЕ	НЕЗНАМ	НЕМА ОДГОВОР
1	14	1	1	0
2	14	2	0	0
3	15	1	0	0
4	11	1	3	1
5	12	3	1	0
6	11	3	2	0
7	10	0	3	3
8	16	0	0	0
9	10	4	2	0
10	8	7	0	1
11	10	2	3	2
12	14	0	2	0
13	12	0	3	1
14	11	1	4	0
15	10	2	4	0
16	10	1	1	4
17	4	0	6	6
18	14	1	1	0
19	11	3	2	0
20	11	1	2	2
21	12	2	0	2
22	13	0	1	2
23	8	1	6	1
24	11	1	3	1
25	13	0	3	0
26	5	6	3	2

Извор: Сопствено истражување

Соодветно во отворениот дел за самостојно истакнување на постоечките проблеми одговориле 10 од 16 испитаници. Согласно истакнатите ставови на експертите во овој дел и мислењето на мнозинството, може да се издвои мислењето на повеќето за недоволната обученост и мотивираност за работа на кадарот во ПЗЗ, издвојувајќи го како дополнителен проблем покрај споменатите веќе идентифицирани проблеми. Експертите во поголем број ја истакнуваат потребата од вработување на нутриционист, психијатар, фармаколог и дополнителни одржувачи на хигиена но при тоа делумно од нив го земаат во предвид моментот на долгорочно намалување на трошоците при ангажирање на овие кадри, а истакнувајќи ги трошоците за вработување на овој кадар. Согласно се за проблемот со недоволност на кадар и преоптовареноста на „мој термин“. Економскиот приод и поглед кон овој систем недостасува и при одговорите на останатите прашања поврзани со cost benefit приодот

што е донекаде и разбирливо согласно нивната специјалност. Во оваа земја сè уште е огромен процентот на интрахоспитални инфекции, постои недостиг од хоспитална култура, нема соодветни инструменти како основен прибор за работа и основни елементарни услови за работа. Честопати, за среќа, сè уште има огромен број лекари со изразена социјална и морална димензија, но сепак самата состојба ги принудува на импровизации.

Од квалитативниот дел од прашалникот може да се заклучи дека во рамките на ППЗ се чувствуваат инфериорно од страна на своите колеги кои работат во повисоките ниво на здравствена заштита, иако тие се првите кои ги примаат ударите од пациентите. Сепак, ППЗ е стожер на еден здравствен систем и генерален заклучок е дека дел од нејзините двигатели служат само за препраќање на пациентите, но исто така голем дел од нив ја контролираат и превенираат смртноста кај популацијата. Постојат сериозни индикации за несоодветно препраќање во секундарно и терцијарно ниво, но и доста информации дека токму таквата проценка резултирала со позитивен исход. Се наметнува заклучокот дека СЗЗ е тампон-зоната која понекогаш ја работи работата од ПЗЗ (со исклучок на одделенијата за гинекологија, дијагностика и интерна медицина), додека поголем дел од нив практично хибернираат и само вршат проследување и преоптоварување на ТЗЗ. Терцијарното ниво, пак, се соочува со огромен број несоодветно препратени или погрешно третираните пациенти со што потфрлаат кај својата примарна дејност, заради непотребна презафатеност. Жртви на ова се пациентите со сериозни заболувања за кои ПЗЗ и СЗЗ немаат соодветни компетенции.

Последниве години, веројатно, заради низа случувања, како: непотизам, партиски доделени специјализации, несоодветен третман на специјализантите, несоодветен третман кон специјалистите со сериозни референци, несоодветното продуцирање кадри од страна на високо образовните институции, економската неиздржливост на системот, комплексноста во врска со непотребната суета кај лекарите, употребувањето на пациентите против лекарите и создавање непотребна војна наместо меѓусебна доверба, нејасно дефинираните права на лекарите и најчесто нејасно сфатените права од страна на пациентите, митото и корупцијата, непотребните трошоци, малите примања, несоодветната обученост за соодветно работно место, резултираа, покрај со економската пропаст, да има и крах на меѓучовечките односи. Оттаму, истражувањето упатува на неопходност да се воспостави систем на вредности, по теркот на оној кој го трасира менаџментот на човечки ресурси, со

задолжителна примена на стратегиите кои ќе служат како насоки за долгорочно планирање и подготвување за предизвиците со кои ќе се соочува здравствениот систем во иднина.

Согласно резултатите од првиот дел од истражувањето во кои се квантифицира идното очекувано време на решавање на веќе идентификуваните проблеми на здравствениот систем можеме да заклучиме дека се очекува брзо реализирање на проблемот во врска со честите измени на Законот за здравствена заштита. Имено согласно со мислењето на експертите се очекува честите измени на Законот за здравствена заштита (кои предизвикуваат конфузија кај пациентите и лекарите) да бидат предмет на темелни анализи во 2019-тата година, според добиените резултати од првиот сет мерења, а и резултатите од вториот сет мерења каде тежинското учество на одговорите со оптимистичко, реалистичко и песимистичко очекување е усогласено со ПЕРТ методата. Секако треба да се земе во предвид и стандардната девијација за оваа проекција која изнесува 1,8 и во двете мерења. Согласно мерењата може да се заклучи дека експертите највисокото ниво на консензус го постигнале по однос на очекуваното време на реализирање на намалување на преоптовареноста на ТЗЗ кој според двете мерења се очекува да се реализира во 2021 година со најниска стандардна девијација на очекуваното време за реализација.

5.8 ОГРАНИЧУВАЊА И ИДНИ ПРЕДИЗВИЦИ

Во рамките на спроведеното истражување се разгледани голем број аспекти поврзани со стратегиите за управувањето со здравствената заштита. Избрани се одредени променливи од огромниот број кои стојат на располагање, што треба да укаже дека не се исцрпени сите фактори од интерна и екстерна природа кои можат да влијаат на остварување на стратегиите на здравствените пазари, односно идните очекувања за соодветно управување. Во основа постојат променливи кои не се испитани и вклучени во конкретната анализа, а отвораат простор за понатамошните истражувања. Притоа, треба да се забележи дека вклучувањето на дополнителни променливи во анализата може значајно да ги промени добиените резултати.

Сите индикатори укажаа дека резултатите од спроведеното истражување се значајни, сепак во процесот на собирање, тестирање и интерпретирање на резултатите се наиде на истражувачки предизвици кои се нормални при вакви типови истражување. Треба да се има предвид дека ова истражување беше спроведено кај група експерти кои

имаат одлични референци и кои работат или работеле во здравствениот систем. Добиените одговори имаат влијание врз општото окружување во нивото на здравствена заштита на кое се активни. Климата во која работат здравствените работници влијае врз нивните активности. Респондентите во своите одговори во Прашалникот имаат вклучено одредени субјективни елементи, поврзани со нивните лични вредности, ставови и перцепции. Респондентите/ испитаниците во голем дел уште на самиот почеток несебично дадоа дел од своите искуства и имаа убедувања дека учеството во истражувањето може да има значење врз понатамошната анализа, сепак имајќи ја предвид ограниченоста на делувањето. Исто така, потребно е да се нагласи дека беа испитувани и трошоците на здравствениот систем, ставовите околу нив, при што и во литературата постојат несогласувања околу тоа што треба да има примат при носењето на медицинските одлуки. Во однос на добиените одговори потребно беше во одреден дел да се направи појаснување заради слободниот момент кој е даден во прашаликот за лични толкувања. Во тој контекст, испитаниците/експертите покажуваа свои видувања за одделни специфични стратегии, кога се земаат предвид и квалитетот и перформансите како и законските регулативи кои имаат влијание врз водечки резултати поврзани со соодветното функционирање на здравствениот пазар и временската рамка на нивното остварување во рок од 5 години, со нулта година 2017.

Со цел да се обезбеди подобра слика, ова истражување не се потпира само на статистичко тестирање, со цел да се пренесене само важна квантитативна информација, туку и квалитативна. Затоа се приложуваат дополнителни детали за рандомизацијата; опишани се методите и успехот од опсервациите со примена на личните искуства на експертите. Приложен е и бројот на опсервации, давајќи известување за губење на опсервации (како што се исклучувањата од истражување). Специфицирани се и статистичките формули кои се употребуваат при пресметката за очекувањата за нивно остварување во привниот дел и оценка на оптимизмот и песимизмот во вториот дел. Заради доследно следење, дефинирани се сите користени статистичките термини, кратенки и повеќето симболи. Во дискусијата истакнати се новите и важни аспекти на студијата и заклучоците што ќе следуваат од нив. Нема повторување во детали на податоците или другиот материјал даден во претходните делови. Изнесени се и импликациите на наодите и нивните ограничувања, вклучително и импликациите за идните истражувања. Компарирани се опсервациите со други релевантни студии. На крај, се носат заклучоци во врска со целите на студијата и се гледа максимум да се

избегнат неквалифицирани искази, тврдења и заклучоци кои не се потполно поткрепени со податоци. Избегнато е да давање на приоритет на работите што не се завршени. Нова претпоставка се изнесуваше само кога беше јасно дека може да гарантираме дека може да биде означена како таква. За она што се сметаше дека е соодветно, во неколку реда се напишаа и препораки.

Добиените повратни одговори од Анкетниот прашалник даваат индикации дека постојат голем број димензии поврзани со развојот и подобрувањето на здравствениот систем како и за неговите огромни проблеми, кои би можеле дополнително да се истражат и да го прошират истражувачкиот напор. Очигледно, постои недоречеост на моменти, дивергентни стојалишта и конфузност, на моменти непотребен плеоназам, но сепак во најголем процент се покажа основните одлуки.

ЗАКЛУЧОК

Во оваа докторска дисертација со наслов „Стратегии за управување со здравствената заштита во Република Македонија” се анализирани стратегиите за управувањето со пазарот на здравствена заштита како мултидимензионално прашање. Првиот дел кој го сочинуваат првите четири глави обезбедува соодветна анализа и дискусија на светската литература поврзана со проблематиката, која може да се нарече експлораторна или квалитативна анализа. Елаборацијата на теоретскиот придонес третирањето на проблематиката обезбедува фундамент што овозможува пристапување кон фазата на квантитативна анализа. Вториот дел од истражувањето е изразен во последната петта глава и го содржи истражувањето или квантитативната анализа со квалитативни елементи со помош на Делфи методот, дополнета со ПЕРТ методот и добиените резултати од него. По проследувањето на прашалникот со експертите коишто учествуваа во прашалникот, се обезбедени информации и податоци за проблемите и идните предизвици на пазарот на здравствена заштита, како и за организираноста на здравствениот систем во земјава. Примарно, истражувањето ги разгледува и анализира различните аспекти поврзани со факторите коишто влијаат врз пазарот на здравствена заштита и влијанието врз стратегиите за управување со здравствениот пазар, генерално. Финалниот резултат од истражувачкиот напор обезбедува заклучни согледувања поврзани со практичните импликации врз квалитетот на здравствената заштита, потребата од реорганизација, рационализација и реструктурирање, како и потребата од анализа на проблематиката со која се соочуваат здравствените организации на територијата на Република Македонија.

Од исцрпните истражувања и анализи при изработката на докторскиот труд дојдовме до многу обемни и нови сознанија, заклучоци, нови резултатикои ќе можат да се имплементираат при примената на стратегиите за управување со пазарот на здравствената заштита во Република Македонија.

Во време на општествена и економска криза, системот на здравствена заштита постојано е под будното око на стручната јавност и одделни професионални критичари. Отаму, оправдана е потребата за истражувањата во овој сегмент, со што барем во еден дел треба да се потврдат или отфрлат тврдењата кои често предизвикуваат основани или неосновани осуди за здравствениот систем и пазар на

здравствена заштита. Генералниот заклучок на ова истражување е дека се дава одговор на прашањето: дали здравствениот систем и пазарот на здравствена заштита во вакви тешки и трубулентни околности од финансика, политичка и економска природа, успешно одговораат на поставените барања, барем во делот на соодветна употреба на стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита, на трите нејзини нивоа. Без оглед на огромните спекулации за лошиот квалитет на работа на здравствените установи во земјава, истражувањето, сепак, покажа не толку лоши резултати, кога станува збор за практикување на барем основните протоколарни процедури. Исто така, е забележано соодветно задоволство и кај лекарите, но треба да се земаат предвид нивните сериозни забелешки, песимистичкото расположение и оставениот простор за подобрување на организациската поставеност. Сепак, важно е да се истакне дека заклучоците од ова истражување, не упатуваат на задоволување на повисоки здравствени потреби, туку, за жал, токму обратното, на борба за просечна здравствена заштита и просечно функционирање на пазарот. Имено, истражувањето покажува дека квалитет во здравствените организации на различни нивоа е со премногу отстапувања, и тоа не само на хиерархиско, туку се бележат сериозни отстапувања од одделение до одделение, на исто ниво на здравствена заштита. Од друга страна, иако испитувањето најмалку ја третираше ПЗЗ, се извлече заклучокот дека таа е интегралниот, перманентниот и најопфатниот дел од формалниот систем на здравствена заштита. Очиглено е дека таа е средство со кое се балансираат двете основни цели на системот на здравствена заштита: оптимизацијата и рамнотежата во дистрибуцијата на здравствените услуги низ системот на квалитетен здравствен менаџмент. ПЗЗ се детектира и како потенцијално решение за поголема функционалност на системот, со ставање акцент врз превентивата и преземање на себе околу 79 проценти од здравствените услуги кои треба да бидат сервисирани на тоа ниво. Ваквата констелација на работите, ја потврдува и актуелноста и потребата за примена на стратегискиот менаџмент во целост, најпрво во ПЗЗ. Добиените резултати од ова истражување ќе помогнат да се постават насоките за понатамошен развој на сите ниво на здравствена заштита, како и да се согледаат областите, кои давателите и корисниците на здравствените услуги ги идентификуваа како проблематични, со цел да се овозможи адекватно и квалитетно функционирање на здравствените установи. Ова истражување може да се смета како посебен вид контрола на утврдените стандарди на работата на здравствените установи и воспоставување на нови ставови, по однос на резултатите.

При вршењето на емпириските истражувања на пазарот на здравствена заштита доаѓаме до заклучокот дека за успешно имплементирање на стратегиите за управувањето со здравствената заштита, во денешните пазарни околности кај услужните дејности, нужно е пронаоѓањето на конкурентска предност, надвор од сопствениот услужен капацитет, односно, во ланците на вредност кај добавувачите, дистрибутерите и корисниците на услуги. Услужните компании, какви што се здравствени установи, мора да располагаат со потребните ресурси, за да бидат способни да ја испорачаат создадената вредност на своите потрошувачи, односно, пациентите. Сублимирано, се истакнува потребата за структурирање на проблемите со управувањето како сериозен предизвик кој стои пред здравствените организации во земјава, за во иднина да се насочи во правец на точно дефинирање на стратегиите за управување со здравствена заштита и нивното позиционирање на пазарот. Истражувањата упатуваат на тоа дека: Приватните здравствени организации во поглед на стратегиското управување имаат поголеми предности од Јавните здравствени организации. Предностите на Приватните здравствени организации се добро дефинираните продажни канали кои ја креираат продажбата и маркетинг активностите и создаваат поголема предност на пазарот на кој орднираат. Во таа смисла, јасна е препораката од ова истражување кон новоотворените здравствени установи, кои за да се структурираат нужно е позиционирањето да го базираат на корпоративни клиенти, од чиј волумен ќе настојуваат да генерираат потенцијални независни пациенти, додека, пак, здравствените установи кои се долго на здравствениот пазар ќе треба да го стават својот фокус на лојалноста, како и на задржување на клиенти од корпорациите со кои соработуваат долго време, во областа на систематски прегледи и други видови задолжителни прегледи предвидени со закон во Р Македонија. Од опсервацијата на анализата на понудата и побарувачката на пазарот на здравствена заштита, може да се стакне дека најважна е соработката со пациентите кои имаат здравствено осигурување, без оглед на должината на присуство на пазарот. Меѓудругото, се провлекува заклучокот дека преференцијален статус ќе имаат оние здравствени организации, чии менаџерски тимови ќе успеат да избалансираат меѓу цената која произлегува од здравственото осигурување, со добра организациска поставеност и стручен квалитетен медицински персонал, имајќи го во предвид степенот на опременост со медицински апарати и осовременување на просторот во кој се извршува здравствената дејност. При извршување на

активностите, откако темелно се разгледаа специфичните прашања се издиференцира ставот кој упатува на тоа дека здравствени институции се изложени на бројни фактори кои се многу поразлични од обично дејствување на компаниите кои работат во други сфери. Оттаму, произлгува препораката дека клучна е потребата за одговорно однесување на здравствената установи. Императив е нивната подготвеност за практикување на етичките, моралните и еколошките принципи, кое се постигнува, покрај другото, со развој на општествено одговорен маркетинг и менаџмент. Општествено одговорните здравствени организации треба да настојуваат постојано да го унапредуваат односот со корисниците и со останатите сејкхолдери, создаваќи основа за одржлива конкурентска предност. Со интерактивното комуницирање се зголемува нивото на информираност на сите учесници во ланецот на вредности. Она што е важно да се разбере, е тоа дека барањата на потрошувачите денес се многу поголеми. Нивните потреби не се однесуваат само на имплементирање на стратегиите за управување, туку и на креирање и испорака на услугите, на начин на кој не се загрозуваат интересите на заедницата. Лесно може да се забележи дека здравствени установи, кои се карактеризираат со широк спектар услуги покажуваат дека традиционалниот маркетинг и вообичаениот стратегиски пристап не овозможуваат успех во услужните дејности. Логично, кога понудата на услугите во голема мера ги надминува потребите, здравствените компании мора да се фокусираат на микропазарот кој се разликува од специфичните желби, очекувања и перцепциите на корисниците на услуги, односно, од нивните критериуми при носењето на одлуката за давање доверба за грижа на здравјето. Се мисли на тоа, прашањето е дали здравствената установа треба да се насочи кон процесот на испорака на вредности, наместо своето работење да го фокусира само на креирање и продажба на услугите. Креирањето и испораката на вредностите претставува процес кој се состои од три дела: избор на вредности, создавање на вредности и испорака на вредности. Изборот на вредности е неопходно да се направи пред да пристапи кон креирање на услугите, односно, понудата. Во оваа фаза нужно е да се спроведе сегментација, позиционирање и таргетирање, што се смета за суштина на стратегискиот менаџмент кој е нужно да го спроведуваат сите организации. Создавањето на вредност на овај начин, подразбира утврдување на карактеристиките на понудата за здравствени услуги, одредување на цената и носење на одлука за дистрибуција на услугите. Испораката на вредности бара ангажирање на личности кои ќе ги вршат услугите, односно реализација на промоција на услугите, во поглед на унапредување на: продажбата,

услужната пропаганда, и останатите услуги од промотивниот дел, за да се остварат целите на здравствената организација.

Ако погледнеме другата страна, имајќи предвид дека постојано се зборува за огромниот долг во здравството, , слободно може да се каже дека здравството не должи ништо, туку државата му должи нему, затоа токму таа не може да ги плати услугите на граѓаните. Оваа инверзија е со цел да се укаже на непотребноста од комплицирање на работите, и да ја истакне потребата од имплементирање на најдобрите решенија кои се покажуваат како успешни во одредени здравствени системи и организации, а кои исто така се среќаваат со идентични проблеми пред повеќе од дваесет години. Реструктуирање на системот, односно, подигнување на неговата ефикасност и задоволувањето на потребите на сите учесници е остварлива задача, но за негова спроведување пред сè е потребна политичка воља, која подразбира широк политички договор и согласност на сите учесници во здравствениот систем. Неоспорно е дека на квалитетот и финансиската одржливост на јавното здравство влијае генералната економска состојба во која се наоѓа земјата и затоа е потребно здравствениот систем да биде предмет на анализа, но во симбиоза со останатите параметри на социјалната и економската политика. Слободно, може да се заклучи дека е многу тешко успешно да се направи вистинско реструктуирање на здравството. Стратегиите за управување со здравствената заштита, кои се употребуваат за реструктуирање на здравствениот пазар, не можат да се гледаат изолирано од: реформите во пензискиот систем, реформите во пазарот на труд, реформите во фискалната политика и во потребата од работење по пазарните принципи. Македонското јавно здравство, сè уште се базира на социјалистичкиот модел на управување, а за тоа да се промени потребно е знаење и визија за тоа какво здравство сакаме да имаме по десет или дваесет години. Парите во здравството се ограничен ресурс, а тоа бара дисциплинирано, планирано и одговорно управување, зашто вака како што е поставен здравствениот систем, создава долгови од година во година, што укажува на тоа дека не постојат никакви менаџмент принципи на управување. Аналогно на тоа, се покажува дека таквиот систем е неодржлив и осуден на пропаст. Со помош на релевантна литература квалитативно се истражени основните карактеристики на стратемскиот менаџмент и здравствениот систем и нивната кохерентност, и нивната форма на организирање. Важна е улогата на економијата која дава можност за проучување на здравството и нејзините импликации - од индивидуалното донесување одлуки до анализирање на нејзината улога во дефинирањето на алтернативните механизми кои се на располагање, за да

направат подобрување во распределувањето на ресурсите. Со тоа се постигнува правилно креирање на здравствената политика која се заснова врз здрави организациски принципи поврзани на многу чувствителен начин.

Од друга страна, истражувањето го разбива вековниот стереотип кој се однесува на постојаниот недостаток на средства со кои се соочуваат здравствените организации. Проблемите во здравството нема да се решат само ако се вбригаат повеќе пари, што е потребно, но пред сè поважно е да бидеме во чекор со новите светски трендови за развој на нови процедури на лечење и сериозно реструктурирање на системот каде што постои можност за штедење по сите основи. Вистина е дека Македонија во однос на бројот на жители има премногу болници и затоа никогаш некои од нив нема да постигнат финансиска одржливост, дел заради недостатокот на лекари, дел заради недоволниот број пациенти. За жал, многу од тие болници се настанати како резултат на политички, а не на економски одлуки. Функционалното спојување на болниците е парцијално решение и тоа може да генерира исплативост и намалување на трошоците само и само доколку се унапреди здравствената заштита. Ова ја наметнува потребата од создавање медицински центри кои ќе применуваат нови медицински постапки и кои ќе генерираат нови приходи, а за нивната реализација клучни се лекарите и другиот медицински персонал. За сето ова е потребна соодветна проекција и сериозна изработка на бизнис планови. Понатаму, при анализирањето на пазарот на здравствена заштита дојдовме до заклучокот дека досегашниот системот на работа на здравствените установи мора да се замени со пазарниот модел на управување, односно со системот за пресметка по извршена услуга. Постоечкиот модел, освен тоа, потполно е дестимулирачки и оневозможува здрав натпревар меѓу здравствената заштита на различни нивоа.

Со квалитативното истражување се истакнува заклучокот во врска со разбирањето на економијата на здравствената заштита од повеќе причини. Прво, здравјето е важно за нас и како поединци и како општество, а здравствената заштита е еден, иако не и единствен, начин на менување на инциденцата и влијанието на лошо здравје и болест. Достапноста на здравствената заштита може да ги одреди квалитетот на животот и не/можноста за опстанок. Економската анализа нуди единствена и систематска интелектуална рамка за анализа на важни прашања во здравствената заштита и за идентификување решенија за заедничките проблеми. Конкретно, односно во крајност, економијата на здравствената заштита, реално, е прашање на живот и смрт. Второ, здравствениот сектор е многу голем. Здравствената заштита е главната

компонента на трошењето, инвестициите и вработувањето во секоја развиена земја, така што економското работење на здравствениот систем е клучно поврзано со целокупната економска благосостојба на една земја и на нејзините граѓани. Трето, одлуките за тоа како е финансирана, обезбедена и дистрибуирана здравствената заштита, се под силно влијание на економското опкружување и економските ограничувања. Глобалните, националните и локалните реакции на здравствените прашања стануваат сè повеќе информирани со економските идеи и методи на анализи.

Евидентно е дека државата мора да ги дефинира таканаречените пакети на здравствени услуги кои се покриени со основно здравствено осигурување, да го либерализира пазарот на здравствено осигурување, по теркот на успешните и развиените здравствени системи. Единствено, таа мерка може да значително да го зголеми квалитетот на здравствните услуги, да создаде здрава конкуренција за во иднина да се продуцира одржлив здравствен систем. Од истражувањето може да се заклучи дека Јавните болници мора да бидат информатизирани, да се воведат систем за централна јавна набавка, фискална одговорност на сите нивоа и чести контроли. Во овој момент, јавниот здравствен систем, што се однесува до неговиот квалитет, а земајќи ја предвид неговата одржливост буквално прави чуда, за што веројатно најзаслужни се здравствените работници, посебно едуцираните лекари со меѓународна репутација и големиот ентузијазам. Здравствената заштита се разликува од другите инпути во производството на здравје на повеќе начини. Таа, за разлика од храната, превозните средства и многуте други потрошувачки добра, нема конкретна корисност, освен промовирање здравје. За разлика од другите инпути, еден дел од побарувачката за здравствена заштита е непредвидлив: тешко е да се детерминираат работи кои зависат од болест, а нивото на трошоците за здравствена заштита може да биде прекумерно кога се мери во однос на приходот и богатството на домаќинствата. Во анализата на понудата во економијата честопати доминираат теориите на фирмата кои се засноваат врз претпоставката дека нивна првенствена цел е да се максимизира профитот. Таквите теории можат да бидат разумни описи на целите на некои фирми и затоа може да се користат во позитивна економска смисла за да се генерираат предвидувања за начините на кои функционираат фирмите и пазарите.

Истражувањето го става фокусот врз употребата на стратегискиот менаџмент во здравството и сите процеси од стратегискиот менаџмент се анализираат како перспектива која бара од сите во организацијата да престанат да размислуваат исклучиво во однос на внатрешните функции и оперативните одговорности. Пред

многу години, испораката на здравствената заштита е релативно едноставен однос на капацитетите, лекарите и пациентите кои работат заедно. Владата и бизнисот стоеле на работ, со многу мало влијание. Денес, мноштво интереси се директно или индиректно вклучени во доставувањето здравствена заштита. На пример, сегментот за услуги за профит драстично се зголеми; компаниите во приватниот сектор во голема мера се одговорни за развој и испорака на лекови, медицински материјали и многу технички иновации. И владините агенции регулираат голем дел од реалната испорака на здравствени услуги. Како резултат на тоа, во нивната потрага по конкурентна предност, организациите инвестираат повеќе време и пари во собирање и организирање информации за светот во кој работат. Еден од најголемите предизвици за здравствените организации е идентификувањето на промените кои најверојатно ќе се случат и потоа планирањето за таа иднина. Интервјуата со здравствените работници и прегледот на литературата за здравствена заштита укажуваат на тоа дека здравствените организации ќе мора да се справат со промените во некои, или со сите од следниве области: законодавни/политички, економски, социјални/демографски, технолошки и конкурентни.

Анализирајќи ги перспективите низ призмата на рационализација и реорганизација се заклучува дека управувањето со здравствените организации е предизвик, не само кога финансиските средства се во изобилство, туку особено кога нивната расположливост е ограничена и треба да се донесат важни одлуки за нивна приоритетна распределба. Спектарот на Новото јавно здравство е многу широк. Во него влегуваат традиционалните јавни здравствени програми, но исто така и прашањата на раководење и планирање на сеопфатните услужни системи и мерење на нивната функционалност. Изборот на цели и приоритети често пати се прави од исплатлива, а помалку од идеалистичка гледна точка. Здравствениот менаџер на генерално (систем) или индивидуално ниво (клиника), треба да го задржи фокусот врз реалните можности за постигнување на целите со актуелни и соодветни методи. Доброто раковоство подразбира добра организација на здравствените системи, а тоа е пресудно за нивното успешно функционирање. Сите процеси од стратескиот менаџмент се анализираат како перспектива која бара од сите во организацијата да престанат да размислуваат исклучиво во однос на внатрешните функции и оперативните одговорности. Се инсистира на тоа дека секој го прифаќа она што може да биде фундаментално нов став - надворешна ориентација и загриженост за големата слика. Детално разработени, различните стратески алтернативи и пристапи

овозможува следење на растот и проблемите со кои се соочуваат здравствените организации од влијанието на екстерното и интерното опкружување. Евидентно е дека болничкиот сектор е најголемиот потрошувач во здравствениот систем, а постоечкиот модел на управување е така поставен со што не поттикнува ефикасност, т.е. рационалност во обезбедување на здравствените услуги. На така поставениот систем не може да му помогне ни најдобриот менаџмент, затоа што неговиот сопственик, државата, му одредува невозможни параметри за работа. Пред сè, ги обезвреднува работата и услугите до ниво на финансиски губиток. Во земјава, Јавните болници работат по целосно погрешни начела, кои се одредени по нејасни принципи и се дестимулативни во поглед на квалитетот и квантитетот на здравствените услуги. Имено, постоечкиот систем тргнува од расходите, а не од приходите со што овозможува оние кои работат повеќе и подобро да го немаат иститот третман. Мора да се воспостави систем на пресметка, така што секоја услуга ќе биде пресметана соодветно и на реална основа. Работењето по пазарни принципи ќе овозможи здравствениот систем да се заврти кон пациентот и кон неговиот реален придонес. Пациентите ги плаќаат придонесите во ФЗО, со што е многу логично фондот да има поголема обврска од Министерството за здравство. Креирањето на еден основен пакет на здравствено осигурување, како и фомирање на дополнителни пакети кои ќе се однесуваат за дополнителни услуги кои дополнително ќе се плаќаат, ќе овозможат функционирање на здрава основа и единствено на тој начин, без дополнителни држави средства, одосно со задржување на социјалната основа преку начелото на солидарност, потребно е во иднина да создаде еден одржлив здравствен систем во целост. Потребно е да се прифати ставот на ЕУ дека постои Јавно и Приватно здравство и дека е нужно да се надополнуваат и градат заедно, со цел создавање поефикасен здравствен систем за добробит на сите осигуреници и корисници на здравствени услуги. Меѓутоа, сè додека приватните установи се третираат како непотребни, затоа што така и најдобриот дел од јавниот здравствен систем нема да може да се развива без недостатокот на кокуренија. Во блиска иднина мора да се случат промени, така што приватниот и јавниот сектор потребно е да станат партнери кои ќе се надополнуваат во еден синергиски однос, а посебно во оние сегменти каде Јавното здравство заради недостаток на кадар или опрема не може да ги сервисира здравствените услуги на време. Последица на тоа се огромните листи начекање и незадоволни пациенти. Во нормални услови, соработката со приватните здравствени установи ќе придонесе за квалитетна инфраструктура без дополнителни вложувања,

со можност за рационализација на трошоците и запрање на одливот на лекари надвор од земјава. Кога ќе се отстрани овој двобој, тогаш ќе се зголеми достапноста за здравствени услуги, истовремено сочуввајќи ги начелата на социјална држава која цели на здравствената заштита како основно човеково право.

Со помош на ова истражување се утврдува изборот на ефикасни интервенции по прифатлива цена, особено за популацијата при вонредни услови, и тоа ако се тргне од следните чекори: прво, проценувањето на постоечките фактори на ризик, оптовареноста на заболувањата и обликот на користење на здравствената програма од страна на целната популација, треба да биде постојана активност на менаџерите. Второ, мора да се располага со севкупни информации за цената и ефикасноста на интервенциите, како и стратегиите на интервенциите, така што облиците на изградените сопствени стратегии и практики треба да се прилагодат на локалните цени и на локалните ситуации. Трето, во сите земји потребна е експлицитна политика на рационализација на интервенциите преку обезбедување ограничените ресурси да се трошат во точно одредени области со висок приоритет. По донесувањето ваква политика, ќе треба да се премине на конкретни мерки, како таа политика да се спроведе. Најпосле, ниеден од овие чекори нема да биде од значење, ако не е обезбеден квалитет при нудењето услуги. Мерки односно индикатори на квалитетот-овие индикатори претставуваат квантитативна мерка употребена за да се процени квалитетот на здравствената заштита. Овие мерки се употребуваат во многу специфични ситуации во зависност од специфичноста на популацијата, за да се квантифицираат многу специфични варијабилни. Овие индикатори некогаш се употребуваат наместо мерките за перформанси. Без оглед дали целта на организацијата за здравствени услуги е доставување грижа, јавно здравје, образование или унапредување на здравјето, дали фокусот на организацијата за здравствени услуги е примарната здравствена заштита, акутна нега, долгорочна нега или осигурување и надоместување и дали оперативните вредности на организацијата за здравствени услуги се изведени од урбана или рурална, јавна или приватна, непрофитна или профитна, самостојна сопственост или повеќеслојна институција или академски или заеднички амбиент, сите организации треба да ги дефинираат и редефинираат целите, да ги побудат учесниците да придонесат за услугите, да ги контролираат и да ги координираат овие придонеси, да собираат ресурси од околината, да ги даваат

производите или услугите, да избираат, обучуваат и заменуваат учесници, да се постигне работен компромис со другите.

Анализата спроведена во овој труд покажува дека многу фактори можат да ја изменат актуелната исплатливост на одредена програмирана интервенција во текот на нејзиното извршување. Овие фактори подразбираат: расположливост, мешавина и квалитет на инпутите (на пример, обучен кадар, лекови, опрема и потрошен материјал), локални цени (особено цената на трудот), можности за спроведување на интервенциите, адекватна организациона структура, како и поткрепа на институционалните рамки. Сите овие препреки подразбираат дека и кон еден критериум за исплатливост, анализата на можностите на здравствениот систем треба да започне со моменталните можности, активности и достигнувања и да се разгледа какви чекори можат да се преземат во однос на моменталната состојба, што често значи додавање, измена или елиминирање некоја услуга. Едноставното пренасочување на постојниот кадар, уредите и опремата со скромни инвестиции може да даде високи резултати. Некои здравствени економисти тврдат дека е можно да се создаде здравствен систем кој ќе ја следи исплатливоста, при што ќе може да се постигне многу поголема должина на животот или поголема еднаквост, но многу помалку би одговарало на тоа што луѓето го сакаат и што го очекуваат. Исто така, отежнато е донесувањето одлуки за приоритетите, затоа што критериумите на оние кои даваат и оние кои ги користат здравствените услуги, не се секогаш компатибилни.

При анализата на трошоците се доаѓа до заклучокот дека во секоја растечка економија постои тенденција за зголемување на платите на сите работници. Трошоците за опрема обично опаѓаат со текот на времето (иако ова може да биде маскирано со зголемена софистицираност и повисоки спецификации). Всушност, техничките промени се важен извор на пониски трошоци, но важно е да се знае дека техничката промена сама по себе не може да ги зголеми трошоците за производство на даден производ. Постои широко распространета конфузија бидејќи новата технологија може да се поврзе со повисоки трошоци за здравствена заштита преку подобрување на квалитетот и со обезбедување нови можности за лекување на болеста, но не може да ја зголеми цената на дадената услуга. Резултатот на техничките промени е намалување на трошоците за опремата за која било дадена единица производство. Овој процес се јавува во целата економија, што доведува до постепено зголемување на платите за сите работници. Ова значи дека се менуваат релативните цени на трудот и другите инпути, при што трудот станува релативно поскап од

другите инпути. Поради оваа причина, важно е да се запомни дека начинот на обезбедување услуги по најниската цена веројатно ќе се промени, дури и кога нема промена во основната технологија. Вообичаено, можно е да се направи некоја замена помеѓу опремата и работната сила, што значи дека она што е „ефикасно производство“, најверојатно, ќе се промени со текот на времето. Како што технологијата се развивала, некои стоки и услуги станаа многу „полесни“ и поевтини. Иако многу елементи на услугите се автоматизирани, а новите лекови и апарати можат да ги намалат трошоците, голем дел од повеќето трошоци за здравствени услуги доаѓаат од вработените кои се грижат за пациентите и потешко е да се добие технички напредок во овој вид работа. Цените на занаетчиските стоки генерално се зголемуваат со текот на времето во однос на другите стоки. Додека работниците во индустриите со брзите технички промени можат да добијат повисоки плати од споделување на придобивките од повисоката продуктивност, во здравствената заштита повисоките плати веројатно ќе доведат до повисоки трошоци за неа. Зголемувањето на релативната цена на здравствената заштита може да се смета за неизбежна карактеристика на индустријата која, по својата технологија, е повеќе рачна изработка од масовно производство.

Дел од истражувањето на докторскиот труд е фокусирано врз стратегиите за управување со здравствениот пазар во последните дваесетина години независност. Нашата земја речиси и да немала подолг период на ненарушен развој, без разлика дали зборуваме за здравствени, социјални, политички или економски процеси. Факторите кои придонесуваат за тоа се различни и по својата природа и по силата на влијание, тргнувајќи: од лошо спроведената трансформација на капиталот во почетокот на '90-тите, економски ембарга, граѓанскиот конфликт во 2001-та,... до постојаната политичка криза помеѓу власта и опозицијата. Сето ова ја прави генералната популација многу скептична и недоверлива, како и целосно преокупирана со основното економско преживување. Ова не остава простор за интерес и внимание за било кои теми вон обезбедувањето на потребите (најчесто сосема егзистенцијални) на семејството или индивидуата. Дури ни стартната основа за развој на општествената мисла не е идеална. На крајот со ова се добва заклучокот за суштинските недостатоци на пазарот на здравствена заштита и потребата од реформи.

Емпириските истражувања, на докторскиот труд насловен како „Стратегији за управување со здравствената заштита во Република Македонија“, поврзани со пазарот на здравствена заштита имаат основна цел да обезбедат поголем степен на разбирање

на различните аспекти од работењето на здравствените институции, па во таа смисла и ова истражување има намера да го зголеми степенот на разбирање на стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита во Република Македонија. Управувањето и намалувањето на аномалиите се предуслов за долгорочен просперитет, опстанок и овозможување одржлив здравствен систем, имајќи предвид дека токму опстанокот, односно одржливоста се предизвик со кој константно се соочува здравствениот пазар. Правилно креирање на здравствената политика се засновува врз здравите организациски принципи кои се поврзани на многу чувствителен начин. Менаџерите го немаат последниот збор во управувањето со здравствените системи, но можат да дадат значаен придонес во управувањето со нив и начините на кои тие се поврзуваат со системот на здравствена заштита. И покрај огромните познавања од економијата, сепак се важни концептите што ќе се користат кога се анализираат медицинските пазари и политиките на овие пазари.

Од друга страна, потребно е да се истакне дека самите истражувачки напори поврзани со здравствените установи, лекарите, медицинскиот персонал и пациентите се изложени на голем број ограничувања и пречки, кои можат да бидат од различна природа. Така, на пример, лекарите се преоптоварени со прегледи на пациенти и бирократија и дел од нив сметаат дека учеството во различни видови истражување е непотребно. Исто така, здравствените институции немаат желба да споделуваат информации во однос на својата работа, плашејќи се да не пренесат доверливи информации и на тој начин да се изложат на ризици. Заводите за статистика, исто така, години наназад работат нетранспарентно, веројатно поради „шминкање“ на лошите показатели. Економистите користат „трошок“ за да означат трошок за прилика - тоа е вредноста на излезот на ресурсите во нивната најдобра алтернативна употреба. Тоа е многу едноставно. Се поставуваат прашањата за тоа: што ја одредува цената што мора да се плати за инпутите и која е вредноста на најдобрата алтернативна употреба на ресурсите; која е најдобрата алтернативна употреба на ресурсите. Системите за здравствена заштита вообичаено се подложни на многу правила и прописи – често тоа се важни извори на безбедност и заштита на корисниците. Меѓутоа, ограничувањата можат да ги нарушат цените. Во многу случаи, цените на инпутите (платите и цени на капиталните и потрошните инпути) вклучуваат елемент на економската рента - односно, тие се платени повеќе отколку што е неопходно за да бидат достапни. Посложените прашања произлегуваат од патентираните уреди и лекови. Трошоците за развој се наплатуваат преку наплата на цени кои се над директните трошоци за

производство на добрата и одржување на опремата. Без надоместок за инвестирање во истражување и развој на нови производи, малку е веројатно дека ќе се развијат многу нови лекови, па на многу начини заштитата на патентите е ефикасен начин за обезбедување стимулации за иновации. Но, ова не значи дека цената што се наплаќа е над трошоците.

Од суштинско значење при детерминирање нови стратегии, се стави на разбирањето на линковите помеѓу структурата и перформансите. Понекогаш теориите и емпириските резултати се од интерес особено за академиците како авторитет. Главната причина за нивното иницирање и развоје да добиеме подобро разбирање за работата и ефикасноста на реалната состојба во здравствениот сектор. Ако здравствената економија не е социјално ефикасна и правична, треба да се бараат решенија и да се променат стратегии за да дојде до подобрување. Структурата игра важна улога во одредувањето во тоакако луѓето се однесуваат или треба да се однесуваат според правилата на менаџментот во здравство. До одреден степен, цените на инпутите зависат од работата на пазарот. Цените на опремата, лековите, објектите и потрошниот материјал во голема мерка се одредуваат од пазарните сили. Побарувачката и обезбедувањето персонал со одредени вештини, исто така, може да игра главна улога во одредувањето на платите. Сепак, често пати постојат и други фактори кои имаат важни влијанија врз одредувањето на цените на инпутите. Работата на синдикатите (вклучувајќи ги и „професионалните“ здруженија) може да ги зголеми платите. Професионалните организации можат да бидат ефикасни во ограничувањето на понудата на квалификуван персонал и на тој начин може да ги покачат платите. Многу земји имаат закони за минимална плата што влијаат врз цената на неквалификуваниот персонал. Сепак, на долг рок, условите за понуда и побарувачканајверојатно ќе бидат важни детерминанти на овие цени.

Респондентите/испитаниците во голем дел уште на самиот почеток несебично „дадоа“ дел од своите искуства и имаа убедувања дека учеството во истражувањето може да има значење врз понатамошната анализа (сепак имајќи ја предвид ограниченоста на делувањето). Исто така, потребно е да се нагласи дека се испитувани и трошоците на здравствениот систем, ставовите околу нив, при што и во литературата постојат несогласувања за тоа што треба да има примат при носењето медицински одлуки. Во однос на добиените одговори во одреден дел беше потребно да се направи појаснување заради слободниот момент кој е даден во прашалникот за лични

толкувања. Во тој контекст, испитаниците/експертите покажуваат свои видувања за одделни специфични стратегии, кога се земаат предвид и квантитетот и квалитетот, перформансите, како и законските регулативи кои имаат влијание врз водечки резултати поврзани со соодветно функционирање на здравствениот пазар и временска рамка на нивното остварување во рок од 5 години, со нулта година 2017.

Менаџмент анализата низ призмата на квалитетот упатува на заклучокот дека еден од најважните стожери на здравствениот систем е квалитетот на здравствената заштита. Здравствениот систем е исклучително важен сегмент на социјалната држава кој треба да овозможи квалитетот на животот да не биде привилегија на тие што имаат да платат, туку право кое, не само формално, ќе го уживаат сите. Остварувањето на правата на граѓаните во здравствениот систем, треба да подразбира отпор против секоја дискриминација во здравството, бидејќи жртви на таквиот здравствен систем секогаш се помалку имотните граѓани. Со промената на општественото уредување и со започнувањето на примена на либералните начела и принципи, концептот за јавно здравје е променет. Парадоксот произлегува од тоа што доколку постои и се користи поимот „Јавно здравство“, нормално дека тогаш треба да постои и Приватно здравство. Сепак, во класичниот либерализам акцент се става врз индивидуата која е слободна и одговорена за себе. Здравјето на поединецот се смета за лична работа. Здравствените проблеми, пак, за кои поединецот не е одговорен, спаѓаат во јавниот сектор, како на пример, состојби настанати поради загадена вода за пиење. Мора да се потенцира дека денешниот концепт на јавно и приватно здравство, сè уште ги нема определено маргините кои се предмет на недоразбирање, а што произлегува од фактот наведен погоре (каде здравствени состојби за кои е одговорен само пациентот и никој друг спаѓаат во Приватното здравство, додека лекување на медицински состојби настанати без учество на пациентот спаѓаат во Јавното здравство).

Еден од поклучки проблемите на здравствениот систем и пазарот на здравствена заштита на земјава е тоа дека честопати се жртви на прекумерната потреба од воведување здравствени реформи, пренагласениот правен аспект во водењето на здравствената заштита, измената на закони заради купување социјален мир, а не продуцирање, преку измени на законите за сметка на социјално-политичкиот аспект кој е далеку поважен и ја содржи хуманата компонента. Тој е еден вид механизам кој, почнувајќи од 1991 година, па, до ден денес, им одзел многу права на пациентите, кои многупати беа аморфна маса што не предизвика големи шокови и

притисок во однос на тие мерки во јавната сфера. За жал, нешто што често се употребува и нешто зад што сите „се кријат“, е концептот за човекови права. Затоа правата, освен како законска категорија, нужно е да се анализираат персонално и низ призмата за достапноста на ресурсите, со една единствена цел: да се реализираат. Истражувањето ги третира и правата на пациентите кои се опсервирани на повеќе нивоа: формално-на ниво на закони; материјално – преку достапноста на ресурсите, и политичко-од аспект на свеста или несвеста на пациентите во борбата за своите права, со носење правилни одлуки за проблемите со кои се соочуваат. Отаму се извелкува заклучокот дека здравјето не смее да се опсервира изолирано, односно, ако луѓето немаат некој акутен здравствен проблем, како грип, на пример, сметаат дека се здрави, иако врз генералната здравствена состојба имаат влијание огромен број други фактори, како социјалната сигурност, мирот, домот, буџетот и друго.

Делот од анализата на политичките состојби во земјава, покажа дека власта во Македонија, независно од идеолошката провиниенција, во последните 14 години го држеше здравството како амортизер за социјален мир додека течеше процесот на транзиција, како и создавање и прераспределба на првичниот приватен капитал во Македонија. Цената беше - колапс на здравството. Резултатот е незадоволни даватели на здравствени услуги (пред сè лекарите) и незадоволни граѓани приматели на здравствените услуги. Лошата услуга, поткупот и корупцијата станаа нужни нуспродукти на таквото пререформирано здравство. Постојано граѓаните раскажуваат свои приказни за голготите што ги минуваат при користење на здравствените услуги. Здравството е и своевиден репер за реформите во едно општество и за вистинската еманципација и добронамерноста на политичките елити, независно од нивните декларативни заложби. Во јавниот сектор во медицината не се направи ништо. Немаме подготвено мрежа на здравствени установи со кои би се гарантирала еднаквост и право на здравствени услуги гарантирани од државата, а финансирани од националниот ФЗО.

Согласно истакнатите ставови на експертите во Прашалникот, од мислењето на мнозинството се издвојува мислењето на повеќето за недоволната обученост и мотивираност за работа на кадарот на ПЗЗ, издвојувајќи го како дополнителен проблем покрај споменатите и веќе идентифицирани проблеми. Експертите во поголем број ја истакнуваат потребата од вработување нутриционист, психијатар, фармаколог и дополнителни одржувачи на хигиената, но при тоа делумно од нив го

земаат предвид моментот на долгорочно намалување на трошоците при ангажирање на овие кадри, истакнувајќи ги трошоците за вработување на овој кадар. Согласно се за проблемот со недоволноста од кадар и преоптовареноста на „мој термин“. Економскиот приод и поглед кон овој систем недостасува и при одговарање на останатите прашања поврзани со cost benefit приодот, што е донекаде и разбирливо во согласност со нивната специјалност.

Согласно со резултатите од првиот дел од истражувањето во кој се квантифицира идното очекувано време на решавање на веќе идентификуваните проблеми на здравствениот систем, можеме да заклучиме дека се очекува најбрзо реализирање на проблемот во врска со честите измени на Законот за здравствена заштита. Имено, согласно мислењето на експертите, се очекува тие чести измени на Законот за здравствена заштита (кои предизвикуваат конфузија кај пациентите и лекарите) да бидат предмет на темелни анализи во 2019-та година, согласно со резултатите на првиот сет мерења и согласно резултатите на вториот сет мерења каде тежинското учество на одговорите со оптимистичко, реалистичко и песимистичко очекување е согласно ПЕРТ методата. Секако, дека треба да се земе предвид и стандардната девијација за оваа проекција која изнесува 1,8 и во двете мерења. Согласно со мерењата, можеме да заклучиме дека експертите највисоко ниво на консензус постигнале по очекуваното време на реализирање на намалување на преоптовареноста на ТЗЗ, кој според двете мерења се очекува да се реализира во 2021 година и тоа со најниска стандардна девијација на очекуваното време за реализација.

Откриваме дека во земјава имало реформи на повеќе клучни аспекти на здравствениот систем, веројатно со крајна цел сериозно унапредување на функционирањето на системот, зголемување на квалитетот на здравствената услуга, зголемување и зајакнување на одговорноста на директорите на јавните здравствени установи и давање алатки во рацете на пациентите со кои ќе се зголеми нивното влијание во насока на почитување на нивните права и подобро функционирање на здравствениот систем. За жал, таквите реформи не ги потврди статистиката, ниту пак задоволството на пациентот, кој треба е на пиедестал во здравствениот систем. Повеќето од реформите не ги постигнуваат ни одблиску резултатите кон кои се целеше. Во вакви услови, премногу е тешко да се разграничи дали политиката и несоодветноста на одговорните „ги изедоа“ добрите идеи или преамбициозноста во

кампањите и избрзаните решенија резултираа со дисконтинуитет во здравствениот систем и негова неможност за разгледување, пред сè заради нетранспарентноста. Постојат и неколку светли примери и социјални поместувања на кои сме сведоци, но малку од нив придонесуваат за долготрајна промена во здравствениот систем. Предмет мора да бидат темелни реформи, дистинкција меѓу нивоата за здравствена заштита, заштеда на ресурси или нивно најсоодветно користење и најважното: намалување на поразителните статистики, како и, несомнено, правата и на пациентите и на здравствените работници. Тоа може да се направи со економско вреднување на перформансите, имплементирање на квалитетот на здравствена заштита, подобрување на комуникацијата на лекарите од различните нивоа, подобрување на комуникацијата „лекар-пациент“, итн.

Еден од основните проблеми за кои е посиромашно ова истражување е „скржавоста“ во поглед на транспарентноста на статистичките податоци од ЈЗУ, кои според Законот треба да бидат транспарентни. Оттаму, се извлекува заклучокот дека токму не/транспарентноста на бројките во здравството, односно показателите планирано/очекувано, трошоците и смртноста, се дел од клучните области во однос на реформите кои треба да се реализираат. Имајќи ја предвид сегашната ситуација, мора да се реализираат бројни мерки и активности кои се наведени во стратешките документи на меѓународните финансиско-здравствени институции. Министерството за здравство мора да ја промени структурната поставеност во поглед на задолжителен мониторинг од страна на сите институции кои се негова продолжена рака, а извештаите нужно е да бидат вистиски приказ на состојбите со што понатаму треба да бидат предмет на ревизија. Со цел да се зголеми транспарентноста, нужно е статистика да добие на значење, како основен патоказ за мерливоста на квалитетот на работа, или отсуство на истиот. Голем дел од овие податоци не се достапни за јавноста. Истовремено, важно е здравствениот буџет да биде транспарентен и подостапен за граѓаните. Овие показатели ќе ја подигнат свеста на јавноста за пречестите неоправдани и честите оправдани осудувања на ЈЗУ. Еден од најголемите проблеми е показателот на смртност. Приватните болници имаат една некоректна пракса, па се случува заради намалувањето на смртноста во нивната установа, пациентите со сериозна и комплицирана состојба, со извесно предвидлив смртен исход (според медицинските параметри) да ги пратат во ЈЗУ. Меѓу другото, пациентите мора да бидат свесни дека во болниците покрај тоа што се лечат луѓе, таму, за жал, и умираат луѓе. Приватните болници во државава не покажуваат

показатели на смртност, освен еден изолиран случај кој под притисок на Лекарската комора прикажал процент на смртност од 1%, бројка која никако не може да кореспондира со реалноста.

За крај, доаѓаме до заклучокот дека е нужно да се реорганизира преоптоварената примарна заштита која се соочува со обемна администрација и многу законски ограничувања во поглед на регулативите. Од квалитативниот дел од прашалникот може да се заклучи дека ППЗ се чувствуваат инфериорно од страна на своите колеги кои работат во повисоките ниво на здравствена заштита, иако тие се првите кои ги примаат ударите од пациентите. Сепак, ППЗ е стожер на еден здравствен систем и генерален заклучок е дека дел од нејзините двигатели служат само за препраќање на пациентите, но исто така голем дел од нив ја контролираат и превенираат смртноста кај популацијата. Постојат сериозни индикации за несоодветно препраќање на секундарно и терцијарно ниво, но и сериозни индикации дека токму таквата проценка резултирала со позитивен исход. СЗЗ е веројатно тампон-зоната која понекогаш ја работи работата од ПЗЗ (со исклучок на одделенијата за гинекологија, дијагностика и интерна медицина), додека поголем дел од нив практично хибернираат и само вршат проследување и преоптоварување на ТЗЗ. Терцијарното ниво, пак, се соочува со огромен број несоодветно препратени или погрешно третирани пациенти со што потфрлаат кај својата научно-истражувачка дејност, заради непотребна презафатеност. Жртви на ова се пациентите со сериозни заболувања за кои ПЗЗ и СЗЗ немаат соодветни компетенции. Последниве години, веројатно, заради низа случувања, како: непотизам, партиски доделени специјализации, несоодветен третман на специјализантите, несоодветен третман кон специјалистите со сериозни референци, несоодветното продуцирање кадри од страна на Медицинскиот факултет, економската неиздржливост на системот, комплексноста во врска со непотребната суета кај лекарите, употребувањето на пациентите против лекарите и создавање непотребна војна наместо меѓусебна доверба, нејасно дефинираните права на лекарите и најчесто нејасно сфатените права од страна на пациентите, митото и корупцијата, непотребните трошоци, малите примања, несоодветната обученост за соодветно работно место,... резултираа, покрај економската пропаст, да има и крах на меѓучовечките односи. Оттаму, истражувањето упатува на неопходност да се воспостави систем на вредности, по теркот на оној кој го трасира менаџментот на човечки ресурси, со задолжителна примена на стратегиите кои ќе служат како насоки

за долгорочно планирање и подготвување за предизвиците со кои ќе се соочува здравствениот систем во иднина.

На самиот крај на работата на оваа докторска дисертација утврдивме дека: во оваа земја сè уште е огромен процентот на интрахоспитални инфекции, има недостигот од хоспитална култура, нема соодветни инструменти како основен прибор за работа и основни елементарни услови за работа. Честопати, за среќа, сè уште има огромен број лекари со изразена социјална и морална димензија, но сепак самата состојба ги принудува на импровизации. Од друга страна, во оваа земја често се употребува терминот „бесплатно здравство“, што е сосема погрешно, имајќи предвид дека имаме партиципативно здравство и покрај финансиските средства што населението ги плаќа како придонеси за здравство. Погрешното и несоодветно користење и управување со нив, е еден од основните проблеми кои треба да бидат предмет на други анализи што ќе го опфаќаат финансискиот момент. Сепак, од ова повеќегодишно истражување, може да се заклучи дека Специјалните болници се токму оние кои се избориле со огромниот број предизвици и од обични престојувалишта стануваат здравствени установи кои покрај тоа што ја покажуваат својата економска издржливост, имаат и сериозни резултати во намалување на смртноста кај населението, со помош на стратегиското управување. Токму ваквите специјализирани болници за определена област, можат да бидат патоказот кон кој треба да се движат истражувањата на организациските науки во здравствената заштита.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. „Assessment Function,” *Managerial Planning*, Vol.32, pp. 17–22.
2. Acton, JP., (1973) *Demand for Health When Time Prices Vary More than Money*, Rand Corporation, Santa Monica.
3. Alchian, A. A. and Demsetz, H., (1972), „Production, information costs, and economic organization”, *American Economic Review*, Vol.64, No.(5), pp.777–95.
4. Aljunid, S., (1995) *The role of private practitioners in a rural district of Malaysia and their interactions with public health services*, Ph.D. thesis, University of London.
5. Armstrong, M. (2001) *The performance management audit*, Cambridge Strategy Publications, Cambridge.
6. Arnold, M. (2004) „France Prescribes Bitter Medicine for ailing health System Tipped into Crisis by the Summer Healthwave”, *Financial Times*, p.7.
7. Arrow, KJ. (1963) „Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *The American Economic Review*, Vol.53, No. 36, pp.941–973.
8. Arrow, KJ., (1963) „Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *American Economic Review*, Vol.5, No.72, pp. 941–972.
9. Auster, Richard, Irving Leveson, and Deborah Sarachek, (1969), „The Production of Health: An Exploratory Study.” *Journal of Human Resources*, Vol.9, pp. 36-411.
10. Axelsson, R., (2000), *The organizational pendulum: healthcare management in Sweden 1865-1998*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(1), pp.47-53.
11. B. McPake and A. Mills (eds), (1999) *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?* Zed Press, London.
12. Balia, Silvia and Andrews M. Jones, (2008), „Mortality, Lifestyle, and Socioeconomic Status.” *Journal of Health Economics*, Vol.27, pp. 1–26.
13. Barbara Karmel, (1980), *Point and Counterpoint in Organizational Behavior*, Dryden Press, Hinsdale, p. 11.
14. Barber, J. A. and Thompson, S. G., (1998), „Analysis and interpretation of cost data in randomised controlled trials: review of published studies”, *British Medical Journal*, Vol.317, No.25, pp.200-1195.
15. Baker, G.R., (2008), *High performing healthcare systems: delivering quality by design*. Longwoods Publishing.

16. Barker J.A, (1992) *Future Edge: Discovering the New Paradigms of Success*, William Morrow & Co, New York.
17. Bartlett, W. (1996) 'The regulation of general practice in the UK', *International Journal of Health Planning and Management*, Vol.11, pp.3–18.
18. Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. and Salivaras, S., (2003), "The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model", *Healthcare Quarterly*, Vol.7, No.1.
19. Baumol, W. J. (1995) *Health Care as a Handicraft Industry*, Office of Health Economics, London.
20. Bazzoli, Chan, Shortell, and D'Aunno, "The Financial Performance of Hospitals Belonging to Health Networks and Systems," California Health Care Foundation ,pp. 234–252.
21. Beck, R. G. and Horne, J. M. (1980) "Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after co-payment", *Medical Care*, Vol.18, No(8), pp. 787–806.
22. Becker, GS. (1965) "A theory of the allocation of time", *The Economic Journal*, Vol.75, No. 6 pp.493–517.
23. Begun, J. and Heatwole, K.B, (1999), "Strategic Cycling: Shaking Complacency in Healthcare Strategic Planning," *Journal of Healthcare Management* 44, no.5 pp.339–351.
24. Bentham, J., (1970), *An introduction to the principles of morals and legislation*. In: *Burns, JH and LHA Hart, eds. The Collected Works of Jeremy Bentham*, Athlone Press, London.
25. Berkowitz, Eric N., Roger A. Kerin, Rudelius, W., (1989) *Marketing*, 2nd ed., Homewood.
26. Bjorn Lovas and Sumantra Ghoshal, (2000), "Strategy as Guided Evolution," *Strategic Management Journal* , Vol.54, No. 9, pp. 89-875
27. Blendon, RJ, Hyams, TS, and JM. Benson, (1993) "Bridging the gap between expert and public views on health care reform". *Journal of the American Medical Association*, Vol.269, No.19, pp.2573–2578.
28. Bobaddila J.L.,(1998), *Searching for essential health services in low-and middle-income countries*, Inter-American Development Bank, Washington DC.

29. Boyle, M.H, and G.W Torrance. (1984) "Developing multiattribute health indexes", *Medical Care*, Vol. 22. No.3, pp.1045–1057.
30. Bracker, J., (1980), "The Historical Development of the Strategic Management Concept," *Academy of Management Review* 5, No. 2, pp. 219–224.
31. Brainerd, E. and David M. Cutler., (2005), "Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union." *Journal of Economic Perspectives* , Vol.19, pp. 107–130.
32. Breslow, L. (1972) "A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: Physical, mental, and social well-being.", *International Journal of Epidemiology*, Vol.11, No. 1 pp.75-200.
33. Bruce D. Henderson, (1989), "The Origin of Strategy," *Harvard Business Review*, Vol. 67, No.6, p. 142
34. Buchmueller, T et al., (2002) "Union effects on health insurance provision and coverage in the United States", *Industrial and Labor Relations Review*, Vol.55, No.6, pp. 610–627.
35. Buchmueller, T. and J. DiNardo, (1999) "Did Community Rating Induce an Adverse Selection Death Spiral? Evidence from New York, Pennsylvania and Connecticut". *NBER Working Paper*, No. 6872.
36. Burns, L.R., Bazzoli, G. J., Dynan L., and Wholey D.R, (2000), "Impact of HMO Market Structure on Physician–Hospital Strategic Alliances," *Health Services Research* , Vol.35, No. 1 pp. 101–132.
37. Card, David, Carlos Dobkin and Nicole Maestas, (2007), "Does Medicare Save Lives?" *National Bureau of Economic Research*, Working Paper 13683, *Journal of Health Economics* Vol.24, pp. 365–389.
38. Case, Anne, Darren Lubotsky, and Christina Paxson, (2002) "Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient." *Working paper*, Center for Health and Well-being, Princeton University.
39. Chambers, R., (1983), *Rural Development: Putting the Last First*, Longman, London.
40. Charles R. Morris, (2007), "Why U.S. Health Care Costs Aren't Too High," *Harvard Business Review* Vol.85, No. 2, p.52.
41. Coffey, R.M. (1983), "The effect of time price on the demand for medical services", *The Journal of Human Resources*, Vol.6, No.4 p.422.
42. Cole, R. E., and W. R. Scott , (2000), *The Quality Movement and Organization Theory*, Sage Publications, Thousand Oaks.

43. Cowling, K. and Cubbin, J. (1971), "Price, quality and advertising competition: an econometric investigation of the UK car market", *Economica*, Vol.38, pp.94-378.
44. Cropper, ML. (1977), "Health, investment in health, and occupational choice". *Journal of Political Economy*, Vol.85, No.3, pp.275–294.
45. Cuyler, A and J Newhouse. (2000), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
46. Dalrymple, J., and E. Drew. (2000), "Quality: On the Threshold or the Brink?", *Total Quality Management*, Rost Publication, pp. 697–703.
47. Donaldson, C., Shackley, P., Abdalla, M. and Miedzybrodzka, Z., (1995), "Willing to pay for antenatal carrier screening for cystic fibrosis", *Health Economics*, Vol. 4, pp.439–52.
48. Duncan, W. J., Ginter, P.M., Swayne, L. E. (1992), *Strategic Issues in Health Care Management*, PWS-Kent Publishing, Boston,
49. Edlin, Gordon, and Eric Golanty., (1988), *Health and Wellness: A Holistic Approach*. Jones and Bartlett, Boston.
50. Edward De Bono, (1992), *Serious Creativity: Using the Power of Lateral Thinking to Create New Ideas*, HarperBusiness, New York, p. 17.
51. Ellis, R. P. and McGuire, T. G. (1986), "Provider behavior under prospective reimbursement: cost sharing and supply", *Journal of Health Economics*, Vol.5, No.2, pp. 129–51.
52. Enthoven, A., (1985) *Reflections on the Management of the NHS*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
53. Evans, R. (1984) *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Butterworths, Toronto.
54. Farson R., (1996) *Management of the Absurd*, Simon & Schuster, New York.
55. Feldstein, MS and B. Friedman, (1977), "Tax subsidies: The rational demand for insurance and the health care crisis", *Journal of Public Economics*, Vol.7, No.2, pp. 155–178.
56. Franks, P. and Fiscella, K. (1998) "Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditure and mortality experience", *Journal of Family Practice* Vol.47, No.(2), pp.4-103.
57. Friedman, M. (1953) 'The methodology of positive economics', in *Essays in Positive Economics*, University of Chicago Press, Chicago.

58. Fuchs, VR. (2005) "Health care spending reexamined", *Annals of Internal Medicine*, Vol.143, No. 56, pp.76–78.
59. Gani, A. (1996) 'Improving quality in public sector hospitals in Indonesia', *International Journal of Health Planning and Management*, Vol.11, No.(3), pp.96-275.
60. George Yip and Gerry Johnson, (2007), "Transforming Strategy," *Business Strategy Review* , Vol.18, No. 1, p. 12.
61. Gerdtham, U and B Jonnsen. (2001)" International comparisons of health care expenditures". In: Cuyler AJ and JP Newhouse, eds. *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A. Amsterdam: North-Holland.
62. Gertler, P., Locay, L. and Sanderson, W. (1987), "Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru", *Journal of Econometrics*, Vol.36, pp. 67–88.
63. Gloria J. Bazzoli, Benjamin Chan, Stephen M. Shortell, and Thomas D'Aunno, (2000), "The Financial Performance of Hospitals Belonging to Health Networks and Systems", *Inquiry*, Vol.37, No. 3, pp. 234–252.
64. Gold, M. R., Seigel, J. E., Russell, L. B. and Weinstein, M. C., (1996) *Cost effectiveness in Health and Medicine*, Oxford University Press, New York.
65. Grol, R. (2001) "Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer, profit and patient satisfaction", *Journal of the American Medical Association*, Vol.286, No.(20), pp.2578–2585.
66. Grossman, M. (1972) "On the concept of health capital and the demand for health". *Journal of Political Economy*, Vol.80, No.2, pp.223–255.
67. Grossman, M. (1972) *The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation*, Occasional Paper, National Bureau of Economic Research, New York.
68. Gruber, J., (2000), "Health insurance and the labor market. In: Cuyler, AJ and JP Newhouse, eds", *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Vol. 1, A. Amsterdam.
69. Gudex, C., Williams, A., Jourdan, M., Mason, R., Maynard, J., O'Flynn, R. and Rendall, M., (1990) 'Prioritising waiting lists', *Health Trends*, Vol.22, No.3, pp.8-103.
70. Guralnik, J.M., Land, K.C., Blazer, D., Fillenbaum, G.G. and Branch, L.G., (1993), "Educational status and active life expectancy among older blacks and whites", *New England Journal of Medicine*, 329(2), pp.110-116.
71. Hackey, S. (1993) 'Regulatory regimes and state cost containment programs: commentary', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.18, No.(2), pp. 491–502.

72. Hall, JE and CI Jones. (2004) *The value of life and the rise in health spending*, New York.
73. Hanratty, M. (1996): “Canadian Health Insurance and Infant Health.” *American Economic Review*, Vol.86, No.84-276.
74. Hartman, M., Martin, A.B., Benson, J., Catlin, A. and National Health Expenditure Accounts Team, (2013), “National health spending in 2011: overall growth remains low, but some payers and services show signs of acceleration”, *Health affairs*, Vol.32, No.1, pp.87-99.
75. Henderson, J.W., (2005) *Health Economics and Policy*, 3d ed., Thomson South-Western, Mason, Ohio.
76. Hitt, M.A., Ireland D., Camp M., Sexton D.L. (2002), *Strategic Entrepreneurship*, Blackwell Publishing, Oxford.
77. Hodgkin, D. and McGuire, T. G., (1994), “Payment levels and hospital response to prospective payment”, *Journal of Health Economics* , Vol.13, No.(1), pp.1-29.
78. Holmstrom, B., (1989), “Agency costs and innovation”, *Journal of Economic Behaviour and Organisation*, Vol.12(3), p. 305.
79. Howard S. Zuckerman and Arnold D. Kaluzny, (1991), “Strategic Alliances in Health Care: The Challenges of Cooperation,” *Frontiers of Health Services Management* Vol.1, No. 3, p.4.
80. Hsiao, WC and WB Stason. (1979), “Toward developing a relative value scale for medical and surgical services”, *Health Care Financing Review*, Vol.23, No.39, p.55.
81. Iacobucci, D., Rosa P. (2005), “Growth, diversification and business group formation in entrepreneurial firms”, *Small Business Economics*, Vol.25, No.1, pp.65-82.
82. Ian H. Wilson, (1996), “The 5 Compasses of Strategic Leadership,” *Strategy & Leadership* ,Academy of Management Review, Vol.24, No.4, pp. 26–31
83. IFC (2008), *Family Business Governance Handbook*, International Finance Corporation, Washington.
84. Institute for Family Business, (2011), *The UK Family Business Sector, Working to grow the UK economy*, IFB Research Foundation, London.
85. Irwin, R.D, Bolin, K., Jacobson, L., and Lindgren, B., (2002), “The Family as the Health Producer—When Spouses Act Strategically.” *Journal of Health Economics*, Vol.21, pp. 475–95.
86. Iverson, T., (1993) “A theory of hospital waiting lists”, *Journal of Health Economics*, Vol.12, No.1, pp. 55–71.

87. Jacobs, P. and J Rapoport. (2002) *The Economics of Health and Medical Care*, 5th ed, MA: Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.
88. Jacobson, Lena., (2000), „The Family as Producer of Health—An Extended Grossman Model.” *Journal of Health Economics*, Vol.19 pp. 37-611.
89. Johnson, D., Colin T. (2003), *International business: Themes and issues in the modern global economy*, Routledge, London.
90. Johnson, G., Scholes K. (2003), *Exploring Corporate Strategy*, 7th Edition, FT Prentice Hall, London.
91. Johnson-Lans, S. (2006) *A Health Economics Primer*, Pearson, Addison Wesley, Boston.
92. Jones, N. (2009), “SME’s life cycle—steps to failure or success?” *Working Papers, Graduate School of Business*, Assumption University, Bang Kapi.
93. Joseph, H., (1975) ‘On economic theories of hospital behaviour’, *Journal of Economics and Business* Vol.27, No.3, pp. 69–74.
94. Joyce, P., Woods A. (2003), “Managing for growth: decision making, planning, and making changes”, *Journal of Small Business Enterprise Development*, Vol.10, No.2, pp.144–151.
95. Kathleen K. Reardon,(2007), “Courage as a Skill,” *Harvard Business Review*, Vol.85, No.1, p. 63.
96. Kelly, D. L. (2002), *Using the Baldrige Criteria for Improving Performance in Public Health*, Ph.D. dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill.
97. Klein, H. E. and R. E. Linneman, (1984), “Environmental Assessment: An International Study of Corporate Practice,” *Journal of Business Strategy*, Vol.5, pp. 66–75.
98. Kumaranayake, L., (1997), “The role of regulation: influencing private sector activity within health sector reform”, *Journal of International Development* Vol.9, No(4), p.641.
99. Lancry, P. J. and Sandier, S. (1999) “Rationing health care in France”, *Health Policy*, Vol.50. No.1, pp. 23–38.
100. Langham, S., Soljak, M., Keogh, B., Gill, M., Thorogood, M. and Normand, C., (1997) ‘The cardiac waiting game: are patients prioritized on the basis of clinical need?’ *Health Services Management Research*, Vol.10, No(4). pp.24-216
101. Lee, L., (1971), “Conspicuous production theory of hospital behavior”, *Southern Economics Journal*, Vol.38, No.2, pp. 48–58..

102. Leffler, K. B., (1978), "Physician licensure: competition and monopoly in American medicine", *Journal of Law and Economics* Vol.21, No.(1), pp. 165–8.
103. Levy, H. and Meltzer, D.,(2004), "What do we really know about whether health insurance affects health", *Health policy and the uninsured*, pp.179-204.
104. Lichtenberg, F., 2002 "The Effects of Medicare on Utilization and Outcomes." *Frontiers in Health Policy Research*, Vol.5, pp. 27–52.
105. Lorgelly, P.A. and Lindley, J., (2008), "What is the Relationship Between Income Inequality and Health? Evidence From BHPS." *Health Economics*, Vol.17, pp. 249–265.
106. Loo, R., (2002), "The Delphi method: a powerful tool for strategic management", *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, Vol. 25, No.4, pp.762-769.
107. Lynch, J., Smith, G.D., Harper, S.A., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G.A. and Wolfson, M., (2004), "Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review", *The Milbank Quarterly*, Vol.82, No.1, pp.5-99.
108. Lyons, J.S., Howard, K.I., O'Mahoney, M.T. and Lish, J.D, (1997) *The measurement management of clinical outcomes in mental health*, John Wiley, New York.
109. McCoskey, S. and Selden, T.M (1998), "Health care expenditure and GDP: panel data unit root test results", *Journal of Health Economics*, Vol.17, No.5, pp.369–376.
110. McGinnis, J. M., P. Williams-Russo, and J. R. Knickman, (2002), "The Case for More Active Policy Attention to Promotion." *Health Affairs*, Vol.21, No. (2), pp.78–93.
111. McGuire, T.G., (2000), Physician agency. In *Handbook of health economics* (Vol. 1, pp. 461-536). Elsevier.
112. McWilliams, J. Michael, Ellen Meara, Alan M. Zaslavsky, and John Z. Ayanian, (2007) "Health of Previously Uninsured Adults After Acquiring Medicare Coverage." *Journal of the American Medical Association*. Vol.24, No.5, pp. 2886–2894.
113. McWilliams, J.M., Meara, E., Zaslavsky, A.M. and Ayanian, J.Z., (2007), "Health of previously uninsured adults after acquiring Medicare coverage", *Jama*, Vol.298, No.24, pp.2886-2894.
114. Mintzberg, H.,(1989) *Mintzberg on Management*, Press Ant, New York.
115. Mooney, G. (1994) *Key Issues in Health Economics*, Harvester, Wheatsheaf, New York.

116. Morris S, Devlin, N., and D. Parkin, (2007) *Economic Analysis in Health Care*. West Sussex, John Wiley & Sons, Ltd, England
117. Mossialos, E, Dixon, A, Figueras, J, and J Kutzin, (2002),” Funding Health Care Options for Europe”, Policy Brief, No. 4, European Observatory on Health Care Systems, London.
118. Muurinen, J. (1982)” Demand for health: a generalized Grossman mode'l”, *Journal of Health Economics*, Vol.1, No. 16, pp.5–28.
119. Nelson, E.C., Godfrey, M.M., Batalden, P.B., Berry, S.A., Bothe, A.E., McKinley, K.E., Melin, C.N., Muething, S.E., Moore, L.G., Nolan, T.W. and Wasson, J.H., (2008), “Clinical microsystems, part 1. The building blocks of health systems”, *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Vol.34. No.7, pp.367-378.
120. Newhouse, J.P., (1988) “Has the erosion of the medical market place ended?” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.13, pp.263–277.
121. Newhouse, JP. (1977) “Medical care expenditures: a cross-national survey”, *Journal of Human Resources*, Vol.12, No.3, pp.115–124.
122. Nonaka I., (1995), *Knowledge creating company*, Oxford University Press, New York.
123. Nyman, J.A., (2001), “The income transfer effect, the access value of insurance and the RAND Health Insurance Experiment”, *Journal of Health Economics*, Vol.20, No.5, pp.295–298.
124. Parker, C.S. (2009), *The Economics of Entrepreneurship*, Cambridge University Press, Cambridge.
125. Parsonage, M. and Neuberger, H. (1992), “Discounting and health benefits”, *Health Economics*, Vo.1, No.(1), pp. 9-71.
126. Pasanen, M. (2007), “SME growth strategies: Organic or non-organic?”, *Journal of Enterprising Culture*, Vol.15, No.4, pp.317–338.
127. Pauly, M. and Redisch, M. (1973), “The not-forprofit hospital as a physicians cooperative”, *American Economic Review* Vol.63, No.7, pp 87–100.
128. Pauly, M., (1978). *Is medical care different? In: Greenburg A, ed. Competition in the Health Care Sector, Past, Present and Future*, Pergamon, Colorado.
129. Peng, M.W. (1997), “Firm Growth in Transition Economies: Three Longitudinal Cases from China”, *Strategic Management Journal*, Vol.18, No.3, pp.247-254.
130. Peng, M.W. (2006), *Global Strategy*, South-Western Educational Publishing, Mason.
131. Peng, M.W., Tan J., Tong T.W. (2005), “Ownership Types and Strategic Groups in an Emerging Economy”, *Journal of Management Studies*, Vol.41, No.7, pp.1106—1129.

132. Peng, W.M (2000), *Business Strategies in Transition Economies*, Thousand Oaks, Sage Publications, London.
133. Peter M. Ginter and Linda E. Swayne, (2006) "Moving Toward Strategic Planning Unique to Healthcare," *Frontiers of Health Services Management*, Vol.23, No. 2, pp. 33-34.
134. Peter Schwartz, (1991) *The Art of the Long View: Planning for the Future in An Uncertain World*, Currency Doubleday Publishers, New York.
135. Porter, M.E, (1980) *Competitive Strategy*, Free Press, New York.
136. R., Taylor, H., Koeck, C. and Gitterman, D., (1995) 'Who has the best health care system? A second look', *Health Affairs*, Millwood, Vol. 14 No.(4), pp.220–30.
137. Rice, T. (1998) *The Economics of Health Reconsidered*, Health Administration Press, Chicago.
138. Roberts, J., (1998) "Spurious regression problems in the determination of health care expenditure: a comment on Hitiris", *Applied Economics Letters*, Vol.7, No.2, pp.279–283.
139. Roger Martin, (2007) "How Successful Leaders Think," *Harvard Business Review*, Vol.85, No. 6, pp. 60–67.
140. Rothschild, M. and J. Stiglitz, (1976), "Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information", *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 90, No.4, pp.629–649.
141. Rouleau, L., (2005), "Micro-Practices of Strategic Sense making and Sense giving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day," *Journal of Management Studies*, Vol.42, No. 7, pp. 1413–1441.
142. Ruhm, Christopher J., (2003), "Good Times Make You Sick", *Journal of Health Economics*, Vol.22 pp. 637–58.
143. Ruhm, Christopher, (2000), "Are Recessions Good for Your Health?" *Quarterly Journal of Economics*, Vol.115, pp.50-617.
144. Russell L. Ackoff, (1999) "Transformational Leadership," *Strategy & Leadership*, Vol.27, No. 1, pp. 20–25.
145. Saffo, P., (2007), "Six Rules for Effective Forecasting," *Harvard Business Review* 85, No. 7/8, p. 130.
146. Santerre, R.E, Neun S.P. (2004) *Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies*, 3rd ed, Thomson South-Western, Ohio.

147. Santerre, RE and SP. Neun, (2007) *Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies*, 4th ed, Thomson South-Western, Mason, Ohio.
148. Scheiber, GJ. (1990) "Health care expenditures in major industrialized countries", *1960–1987. Health Care Financing Review*, Vol. 11, No.3, pp.159–167.
149. Schendel, D. and Hofer, C.W., (1979), *Strategic management: A new view of business policy and planning*. Little, Brown.
150. Senge, Peter M., Charlotte Roberts, Richard B. Ross, Bryan J. Smith, and Art Kleiner, (1994), *The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building A Learning Organization*, Currency Doubleday, New York.
151. Shayne Gary, M., (2005), "Implementation strategy and performance outcomes in related diversification", *Strategic Management Journal*, 26(7), pp.643-664.
152. Shi, L., Singh, D.A (2005) *Essentials of the U.S. Health Care System.*, MA: Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.
153. Shortell, S.M. and Kaluzny, A.D., (2000), *Health care management: organization, design, and behavior*. Cengage Learning.
154. Stebbins, E.L. and Williams, K.N., (1972), History and background of health planning in the United States. *Health Planning*, ed. William Reinke. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University, Department of International Health, p.7.
155. Swayne, L.E., Duncan, W.J. and Ginter, P.M., (2012), *Strategic Management of Health Care Organizations*. John Wiley & Sons.
156. Swierenga, I, Wierdsma, W., (1990), *Performance Management in Health Care*, Routledge, London.
157. Tierney, P., Farmer, S.M, (2004), "The Pygmalion Process and Employee Creativity," *Journal of Management*, Vol.30, No. 3, pp. 413–432.
158. Wagstaff, A. (1993), "The demand for health: an empirical reformation of the Grossman model", *Health Economics*, Vol.2, No 8, pp.189–198.
159. Wagstaff, A., (1986), "The demand for health: some new empirical evidence". *Journal of Health Economics*, Vol.5, No.4, pp.195–237.
160. Walshe, K. and Smith, J., (2011), *Healthcare management*. McGraw-Hill Education (UK).
161. Waterhouse and Coopers (2013), *Medical Cost Trend: Behind the Numbers 2013*, PWC Health research institute

162. Weil, T.P. (2000), "Management of Integrated Delivery Systems in the Next Decade," *Health Care Management Review*, Vol.25, No. 3, pp. 9–23.
163. Zweifel, P and F Breyer. (1997), *Health Economics*, Oxford University Press, New York
164. Zweifel, P., (1985) *The effect of aging on the demand and utilization of medical care.*
In: C. Tilquin, ed. Systems Science in Health and Social Services for the Elderly and Disabled, Pergamon Press, Toronto.

Интернет извори

1. Center for Medicare & Medicaid Services, <https://www.cms.gov/> (accessed June 23, 2017).
2. <http://www.who.int/en/> (accessed July 10, 2016).
3. <https://www.rand.org/topics/delphi-method.html> (accessed May 5, 2017)
4. <http://www.nationalplanningcycles.org/> (accessed May 12, 2016).

ПРИЛОГ 1

Анкетен прашалник





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



АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК

**АНАЛИЗА НА СТРАТЕГИИТЕ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ПАЗАРОТ НА
ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

Правилното креирање на здравствената политика се заснова врз здравите економски принципи кои се поврзани на многу чувствителен начин. Лекциите може да се научат од основите на економијата - лекции за човековото однесување и начинот на кој поединците донесуваат одлуки, реагираат на стимулации, комуницираат едни со други - и за ефикасната распределба на ограничените ресурси. Економистите го немаат последниот збор во управувањето со здравствените системи, но можат да дадат значаен придонес во управувањето со нив и начините на кои тие се поврзуваат со системот на здравствена заштита. И покрај огромните познавања од економијата, сепак се важни концептите кои ќе се користат кога се анализираат медицинските пазари и политиките на овие пазари.

Во рамките на истражувањето во докторската дисертација вниманието пред сè е насочено кон стратегиите за управување со пазарот на здравствена заштита. Целта е да се идентификуваат проблемите со кои се соочува системот на здравствена заштита, како и предлози за идни очекувања за употреба на соодветни стратегии во управување со пазарот на здравствена заштита. Здравствените економисти истражуваат широк спектар прашања: од природата и производството на здравје на пазарот за здравствена заштита и медицинска нега, па, сè до микро-евалуација на интервенциите.

Вашето учество, преку пополнување на Анкетниот прашалник даден во прилог, ќе овозможи осознавање на постојните состојби во здравствените организации, со што ќе се овозможи да се креираат корисни и практични насоки за соодветно користење на ресурсите и давање примат на квалитетот на здравствена заштита. Како избрани во групата експерти, односно критериум што го исполнувате, во ова истражување ќе се користи Делфи методот. За разлика од традиционалните методи на Делфи, новиот модел нема дополнителни повратни информации или повторени кругови на испитување. Главната предност е што е полесно да се регрутираат признати експерти, бидејќи тие не треба да посветат толку многу од своето време. Според Делфи методот, односно првиот чекор е дефинирање на работите за кои експертите би сакале да зборуваат, нормално претходно информирани за темата на докторската дисертација. По завршување на првата фаза, се постигна консензус за темите, со давање слобода да се допишат работи на крајот на овај прашалник, доколку испитаниците почувствуваат потреба. Вториот чекор беше формулирањето на прашалникот врз основа на договорените теми за дискусија.

Методот Делфи е особено корисен кога здравствените работници сакаат да разберат специфичен проблем за опкружувањето. На пример, студијата Делфи била дизајнирана да ги дефинира улогата и одговорностите на специјалисти за спортска медицина во Обединетото Кралство.

Податоците што ќе се добијат од истражувањето ќе бидат третирали доверливо и ќе бидат искористени исклучиво за потребите на оваа докторската дисертација.

Сите испитаници се анонимни, докажани експерти, без оглед на нивото на здравствена заштита во кое работат. Доколку сметате дека прашањето Ве упатува на нешто, може да не го одговорите. Исто така, доколку не се согласувате со формулацијата на прашањето, може да побарате соодветна преформулација или да приложите причини за несоодветноста. Новиот метод Делфи е комуникација која може да го промени првичниот изглед на прашалникот без повторување на круговите. Доколку имате дополнителни прашања, Ве молам контактирајте ме.

М-р Дејан Блажески

Економски факултет - Скопје

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје

E-mail: mca_789@yahoo.com

Моб.072249772

I ДЕЛ. ОПШТИ ПОДАТОЦИ

Никој од испитаниците нема обврска да го напише името и презимето, но заради истражувањето би било важно да ја напишете специјализација и нивото на здравствена заштита во кое работите.

Име и презиме : _____

Град : _____

1. Здравствената институција во која работите?

2. Вашиот работен стаж?

1-3 3-5 5 и повеќе

3. Вашата специјалност?

4. Здравствената установа во која работите е во:

а) Приватен сектор

б) Јавен сектор

5. Со какви форми на образование сте се здобиле (1 означува најнизок интензитет на појавата, 5 највисок интензитет на појавата.)

а) Обуки од пошироката област 1 2 3 4 5

б) Обуки од соодветната област 1 2 3 4 5

в) Здобивање со одредени сертификати и квалификации од соодветната област 1 2 3 4 5

II ДЕЛ. ПРАШАЊА КОИ СЕ ОДНЕСУВААТ НА ВАШИТЕ ИДНИ ОЧЕКУВАЊА ЗА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО ЗЕМЈАВА

Во графите од табелите треба да се дадат одговори на дванаесетте прашања кои се темелат врз Вашите идни очекувања. Одговорите, понатаму, ќе бидат предмет на статистичка обработка. Во Табела бр.1, треба да обележитесо (X), за соодветното прашање за годината во која ги очекувате остварувањата. Во Табела бр.2, треба да дадете одговор на истите дванаесет прашања, но овој пат се определувате за оптимистичко(О), песимистичко(Р) и очекувано(М) предвидување.

1. Кога очекувате соодветна искористеност на здравствените капацитети кои се однесуваат на вашата специјализација?

2. Кога очекувате честите измени на Законот за здравствена заштита (кои предизвикуваат конфузија кај пациентите и лекарите) да бидат предмет на темелни ализи?

3. Кога очекувате со помалку ресурси да се добие истиот квалитет на здравствена услуга?

4. Кога очекувате намалување на смртноста од водечките болести во државава?

5. Кога очекувате примарното ниво на здравствена заштита да престане да биде само патоказ на пациентите?

6.Кога очекувате да се доопремаат институциите на примарна здравствена заштита со што би се зголемил квалитетот на услугите и непотребното препраќање на секундарно и терцијарно ниво?

7.Кога очекувате за соодветните здравствени проблеми пациентите да бидат третирани на соодветното ниво?

8.Кога очекувате да се намали преоптовареноста на ПЗЗ?

За колку години	0	1	2	3	4	5
Година	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Прашање	Прогнози					
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

9.Кога очекувате да се намали преоптовареноста на одделни специјалистички одделенија на СЗЗ?

10.Кога очекувате да се намали преоптовареноста на ТЗЗ?

11.Кога очекувате одделенијата на СЗЗ, кои работат на дијагностика(магнетна резонанса, компјутерска томографија и други) да не бидат пречесто користени без претходни сериозни индикации за такви испитувања?

12.Кога очекувате квалитетот на здравствена заштита да биде над квантитетот?

Табела бр.1, треба да обележитесо (X) во која година ги очекувате промените врз основа на поставените прашања.

Експерт бр. _____

Табела бр.1

За колку години	0	1	2	3	4	5
Година	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Експерт	Прогнози					
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Табела бр.2, треба да дадете одговор дали имате оптимистичко(O), песимистичко(P) и очекувано(M) предвидување, врз основа на поставените прашања.

III ДЕЛ. ПРАШАЊА ПОВРЗАНИ СО ВАШИОТ КОНКРЕТЕН СТАВ ЗА ПРОБЛЕМИТЕ СО КОИ СЕ СООЧУВА ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

Доколку за некое од поставените прашања сметате дека е навредливо, однапред се извинувам. Во тој случај, Ве молам или напишете контра аргументи или воопшто не давајте одговор.

- **Каков е Вашиот став за регрутирање нутриционисти во секое одделение на СЗЗ и ТЗЗ и сметате ли дека таквите услуги ќе ги намалат трошоците на болниците?**

- **Каков е Вашиот став за ангажирање задолжителна психолошка и психијатриска поддршка кога се соопштуваат тешки дијагнози и нивно редовно следење во текот на лекувањето?**

- **Каков е Вашиот став за формирање посебна група одржувачи на хигиената во болниците, со цел намалување на болничките инфекции, како еден сериозен показател кој ја зголемува смртноста?**

- **Каков е Вашиот став за преоптовареноста на интерните одделенија кога, имајќи ја предвид статистиката , голем број од пациентите токму таму се препраќаат?**

- **Каков е Вашиот став за доопремување на ПЗЗ со соодветна опрема, со цел намалување на непотребното упатување на пациентите до повисоките нивоа?**

- **Каков е Вашиот став за интернет медицината и медицината која не е базирана врз докази?**

- **Каков е Вашиот став за даночната политика кај производитите кои врз основа на сериозни истражувања покажаа директна корелација со одредени заболувања?**

- **Каков е Вашиот став за злоупотребата на лекови?**

- **Каков е Вашиот став за дополнителна потреба од фармакологи во здравствените установи, со цел соодветно дозирање на лековите, тргнувајќи од посебноста на пациентите?**

- **Каков е Вашиот став за регрутирањето дополнителен број медицински административци, кои ќе му реферираат на лекарот пред да биде извршен прегледот за анамнезата на пациентот, како и за претходните третмани кога станува збор за луѓето со хронични болести што се третираат на СЗЗ и ТЗЗ ниво?**

- **Да се направи рамнотежа помеѓу ограничените ресурси и неограничените желби вклучува правење избор. Во овој свет, компромисите се неизбежни, бидејќи не можеме секогаш да го добиеме она што го сакаме. Медицинските одлуки вклучуваат трошоци и придобивки. Од суштинско значење е лекарите и креаторите на политиките да имаат познавање на економските модели за да обезбедат основа за разбирање на проблемите кои влијаат врз медицинската нега и политика. Важно е да се постигне рамнотежа помеѓу поединечните придобивки и трошоци. Носењето одлуки ретко се заснова врз ситуација на сè или ништо, туку обично вклучува компромиси. На пример, ако сакаме да потрошиме повеќе за магнетна резонанца, тогаш треба да потрошиме малку помалку за услугите за ментално здравје. Ова дава благ вовед во некои од основните економски концепти кои го поткрепуваат подеталниот и ригорозен третман на здравствената економија. Вашиот став ?**

- **Каков е Вашиот став за „непотребните” испитувања барани лично од пациентите?**

- **Каков е Вашиот став за одговорноста кога се игнорираат барањата на пациентите?**

- **Каков е Вашиот став за односот помеѓу лекарите од сите нивоа на здравствена заштита?**

- **Каков е Вашиот став за конзилијарната (не)функционалност?**

- Здравствената заштита е сè покомплексна и сè повеќе чини. Општеството не може да ги покрие сè повисоките трошоци за здравствена заштита. Сè поголема е разлика помеѓу она што се сака и она што се може. Дали неадекватно користење на средствата за здравствена заштита и лошото планирање на здравствената заштита се клучните проблеми за лошиот квалитет?

- Дел од болните се жалат дека поминуваат и по неколку недели додека да закажат обичен преглед, а многу повеќе ако треба да закажат колоноскопија на дебело црево, онколошки преглед, магнетна резонанца, компјутерска томографија. Во тој случај чекаат од два до три месеци. Друг проблем е што не се води сметка дека „освен дваесет пациенти со први прегледи кои се закажани од матичен лекар“, на пример, хирургот има уште дваесетмина пациенти кои доаѓаат на контрола за преврски, вадење конци и консултации, обврски кои не се списокот на „мој термин“, па така се создава нервоза и гужва, бидејќи за нив нема одредено време кога ќе бидат примени од докторот. Спорна работа во врска со ова е што се прави обид со закон да се унифицира времето потрошено за една медицинска интервенција, што е крајно непрофесионално и сатирично. Дополнителен проблем е тоа што медицинскиот тим кој што е задолжен за хируршката интервенција постојано ќе го чувствува притисокот на времето кое поминува и истиот притисок може реално да влијае врз квалитетот на работата. Тоа, од друга страна, директно ќе го почувствуваат пациентите. Тука се и пациентите со приоритетни упати издадени од матичниот лекар кои се десетина дневно, така што специјалистот во амбуланта во период од 8:30 до 14:30 треба да прегледа и до педесетина пациенти, да креира упати, да закажува операции и интервенции, да упатува на дополнителни испитувања и да биде сконцентриран, да го сослуша пациентот, да го прегледа, да постави дијагноза, да му објасни каква интервенција е потребно да се изврши, да му објасни кои сè испитувања се потребни и да ги закаже. Јавните здравствени установи немаат доволно капацитет за да може овој проект да функционира нормално. Вашиот став?

- Здравјето не смее да се опсервира изолирано, односно, ако луѓето немаат некој акутен здравствен проблем, како грип, на пример, сметаат дека се здрави, иако врз генералната здравствена состојба имаат влијание огромен број други фактори како: социјалната сигурност, мирот, домот, буџетот и друго. Дали, според Вас, овој површен аспект на анализа на здравјето и здравствената заштита е соодветно детерминиран?

- Текстот од Законот за здравствена заштита во член 3, од 1991 година, најдобро ја дефинира природата на здравствениот систем како една алтруистичка и филантропска гранка која е задолжителна во секоја држава која се декларирала себеси како социјална држава. Тој гласи: „Секој има право на заштита на здравјето“. Во оваа докторска дисертација, од разбирливи причини се разгледува и правниот аспект и слободно може да се заклучи, анализирајќи ги законските промени, дека една од најважните, најсеопфатни, круцијално човечки, е токму оваа точка во Законот за здравствена заштита. Повеќе од јасно е дека таквиот опис ја потенцира потребата за сечиј пристап до јавниот здравствен систем, темелено врз начелото на солидарност. Подоцна со законските промени, не се среќава зборот „солидарност“ како мерка која што би имала за цел да ја избрише неаод колективната меморија на пациентите, дека е таа дел, „од стариот систем“. Последиците од оваа измена повеќе од јасно упатуваат дека зборот „солидарност“ е отфрлен, а за сметка на тоа се внесени повторувачки кованици и плеоназми, кои се препишани од друг закон. Гледано аналитички, нема воопшто потреба истите да фигурираат во Законот за здравствена, имајќи предвид дека се регулирани со друг закон. Од друга страна е потенцирано дека „секој треба да се грижи за сопственото здравје“, реченица која е необврзувачка, ако се има предвид дека не секој знае или пак мора да знае како да се грижи за сопственото здравје. Имено, дали мислите дека здравствениот систем мора да биде системска обврска, без оглед на општественото уредување, а не избор кој зависи од интелектуалниот потенцијал на поединецот?

-
-
- **Здравствениот систем мора да го штити државата, бидејќи здравството е тесна функција на државата и здравствената политика е политика на државата. Приватниот сектор мора да биде дополнение или луксузирање, а не здравствениот систем да се потпира врз приватниот сектор. Исклучок се системите каде што тоа е така, но и таму има механизми кои ги штитат оние што не можат да платат. Вашиот став?**

- **Како да направиме фер приод и сите бирократски процедури да бидат лимитирани на минимум во случај кога навистина е потребна ургентна нега или ургентна интервенција за одредено лице и колку нашата држава е подготвена да плати за на еден човек или дете да му го продолжи животот?**

- ---

Дали заради тоа што нема брза и ефикасна процедура, многу често на докторската фела и' се врзани рацете (со преобемни административни процедури), имајќи предвид дека сме држава која по устав е социјална и која треба секогаш да обезбеди соодветна здравствена заштита, во границите на медицинските можности?

Дали имаме доволно кадар за да му обезбедиме комплетна здравствена заштита на населението или само ќе имаме кадар за факултети (отворање нови универзитети), а во внатрешноста ќе умираат пациенти заради недостиг од лекари? Главниот град исто така се соочува со недостиг од лекари, затоа што приватниот сектор ги апсорбира сите квалитетни кадри. Тоа е проблематично и од економска гледна точка. Вашиот став?

Вашиот став за правата на пациентите, но не од аспект на лекар, туку од аспект на потенцијален пациент и како гледате на евидентно зголемениот број на лекарски грешки? Меѓу другото, дали за еден лекар може покритие да биде само следењето на протоколот?

Во овој прашалник, доколку сакате може да ги наведете и вашите лични професионални искуства, статистички податоци кои ги поседувате од институцијата во која работите и кои по закон се транспарентни. Покрај идните очекувања, кои се примат за Делфи методата, Ве молам во долните графи да дадете опис за тешкотиите со кои се соочувате при вршењето на својата работа, во зависност од нивото на здравствена заштита во кое работите.

Ви благодарам за Вашиот придонес и одвоеното време.

ПРИЛОГ 2

Анкетен прашалник(пресметки)



ПРИЛОГ 2

1. Кога очекувате соодветна искористеност на здравствените капацитети кои се однесуваат на вашата специјализација?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0		2	0	0
1		1	1	1
2		0	0	4
3		2	6	9
4		1	4	16
5		10	50	250
		16	61	55
				285

$$t_n = 3,8125$$

$$\sigma^2_n = 3,277344$$

$$\sigma = \mathbf{1,810344}$$

$$\mathbf{2020,813}$$

2. Кога очекувате честите измени на Законот за здравствена заштита(кои предизвикуваат конфузија кај пациентите и лекарите) да бидат предмет на темелни ализи?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0	0	0	0	0
1	6	6	1	6
2	3	6	4	12
3	0	0	9	0
4	1	4	16	16
5	6	30	25	150
	16	46	55	184

$$t_n = 2,875$$

$$\sigma^2_n = 3,234375$$

$$\sigma = \mathbf{1,798437}$$

$$2019,875$$

3. Кога очекувате со помалку ресурси да се добие истиот квалитет на здравствена услуга?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0		0	0	0
1		1	1	1
2		2	4	8
3		1	3	9
4		3	12	48
5		7	35	175
		14	55	55
				241

$$t_n = 3,928571$$

$$\sigma^2 n = 1,780612$$

$$\sigma = 1,334396$$

$$2020,929$$

4. Кога очекувате намалување на смртноста од водечките болести во државата?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$	t_n
0		0	0	0	0
1		0	0	1	0
2		2	4	4	8
3		2	6	9	18
4		0	0	16	0
5		11	55	25	275
		15	65	55	301
					0

$$t_n = 4,333333$$

$$\sigma^2 n = 1,288889$$

$$\sigma = 1,135292$$

$$2021,333$$

5. Кога очекувате примарното ниво на здравствена заштита да престане да биде само патоказ на пациентите?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0	0	0	0	0
1	0	0	1	0
2	2	4	4	8
3	2	6	9	18
4	0	0	16	0
5	12	60	25	300
	16	70	55	326

$$t_n = 4,375$$

$$\sigma^2 n = 1,234375$$

$$\sigma = \mathbf{1,111024}$$

$$\mathbf{2021,375}$$

6. Кога очекувате да се доопремаат институциите на примарна здравствена заштита со што би се зголемил квалитетот на услугите и непотребното препраќање на секундарно и терцијарно ниво?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	3	6	4	12
3	2	6	9	18
4	0	0	16	0
5	10	50	25	250
	16	63	55	281

$$t_n = 3,9375$$

$$\sigma^2 n = 2,058594$$

$$\sigma = \mathbf{1,43478}$$

$$2020,938$$

7. Кога очекувате за соодветните здравствени проблеми пациентите да бидат третирани на соодветното ниво?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0	1	0	0	0
1	0	0	1	0
2	1	2	4	4
3	3	9	9	27

4	0	0	16	0	
5	11	55	25	275	
<hr/>		16	66	55	306

t_n 4,125

σ^2_n 2,109375
 σ **1,452369**

2021,125

8. Кога очекувате да се намали преоптовареноста на ПЗЗ?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$	
0	1	0	0	0	
1	2	2	1	2	
2	0	0	4	0	
3	1	3	9	9	
4	2	8	16	32	
5	9	45	25	225	
<hr/>		15	58	55	268

t_n 3,866667

σ^2_n 2,915556
 σ **1,7075**
2020,867

9. Кога очекувате да се намали преоптовареноста на одделни специјалистички одделенија на СЗЗ?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	4	4	8
3	3	9	9	27

4	2	8	16	32
5	8	40	25	200
		16	62	55
				268

t_n
3,875

σ^2_n
 σ
1,734375
1,316957
2020,875

10. Кога очекувате да се намали преоптовареноста на ТЗЗ?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0		0	0	0
1		0	0	1
2		2	4	4
3		3	9	9
4		2	8	16
5		9	45	25
		16	66	55
				292

t_n
4,125

σ^2_n
 σ
1,234375
1,111024
2021,125

11. Кога очекувате одделенијата на СЗЗ, кои работат на дијагностика(магнетна резонанса, компјутерска томографија и други) да не бидат пречесто користени без претходни сериозни индикации за такви испитувања?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0		0	0	0
1		1	1	1
2		2	4	4
3		2	6	9
4		1	4	16

5	10	50	25	250
	16	65	55	293

$$t_n = 4,0625$$

$$\sigma^2_n = 1,808594$$

$$\sigma_n = 1,34484$$

$$2021,063$$

12. Кога очекувате квалитетот на здравствена заштита да биде над квантитетот?

t_i	f_i	$t_i f_i$	t_i^2	$t_i^2 f_i$
0	1	0	0	0
1	0	0	1	0
2	0	0	4	0
3	1	3	9	9
4	0	0	16	0
5	12	60	25	300
	14	63	55	309

$$t_n = 4,5$$

$$\sigma^2_n = 1,821429$$

$$\sigma_n = 1,349603$$

$$2021,5$$

СТАТИСТИЧКИ ПРЕСМЕТКИ

1. Кога очекувате соодветна искористеност на здравствените капацитети кои се однесуваат на вашата специјализација?

$$t_n = 3,569444$$

$$2020,569$$

$$\sigma_n^2 = 3,421103$$

$$\sigma_n = 1,849623$$

2. Кога очекувате честите измени на Законот за здравствена заштита(кои предизвикуваат конфузија кај пациентите и лекарите) да бидат предмет на темелни ализии?

2,361111	σ_n^2	3,249228
2019,361	σ_n	1,802562

3. Кога очекувате со помалку ресурси да се добие истиот квалитет на здравствена услуга?

t_n			
t_n	4,621212	σ_n^2	2,429251
	2021,621	σ_n	1,558606

4. Кога очекувате намалување на смртноста од водечките болести во државава?

t_n			
t_n	4,194444	σ_n^2	1,397377
	2021,194	σ_n	1,182107

5. Кога очекувате примарното ниво на здравствена заштита да престане да биде само патоказ на пациентите?

t_n			
t_n	4	σ_n^2	2,175926
t_n	2021	σ_n	1,475102

6. Кога очекувате да се доопремаат институциите на примарна здравствена заштита со што би се зголемил квалитетот на услугите и непотребното препраќање на секундарно и терцијарно ниво?

t_n			
t_n	3,416667	σ_n^2	2,113426
	2020,417	σ_n	1,453763

7. Кога очекувате за соодветните здравствени проблеми пациентите да бидат третирани на соодветното ниво?

t_n			
t_n	3,777778	σ_n^2	2,635802
	2020,778	σ_n	1,623515

8. Кога очекувате да се намали преоптовареноста на ПЗЗ?

t_n			
t_n	3,560606	σ_n^2	4,287754
		σ_n	

2020,561

2,070689

9. Кога очекувате да се намали преоптовареноста на одделни специјалистички одделенија на СЗЗ?

t_n			
t_n	4,013889	σ_n^2	1,300733
	2021,014	σ_n	1,140497

10. Кога очекувате да се намали преоптовареноста на ТЗЗ?

t_n			
t_n	4,222222	σ_n^2	0,746914
	2021,222	σ_n	0,864242

11. Кога очекувате одделенијата на СЗЗ, кои работат на дијагностика(магнетна резонанса, компјутерска томографија и други) да не бидат пречесто користени без претходни сериозни индикации за такви испитувања?

t_n			
t_n	3,833333	σ_n^2	1,481481
	2020,833	σ_n	1,217161

12. Кога очекувате квалитетот на здравствена заштита да биде над квантитетот?

t_n			
t_n	3,930556	σ_n^2	2,407215
	2020,931	σ_n	1,55152